



OBSAN RAPPORT
14/2024

Étude d'accompagnement à l'introduction de TARPSY

Sonia Pellegrini, Alexandre Tuch, Sacha Roth, Lucas Haldimann, Reto Jörg, Jolanda Jäggi



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution mandatée par la Confédération et les cantons. L'Obsan analyse les informations existant en Suisse dans le domaine de la santé. Il soutient la Confédération, les cantons et d'autres institutions du secteur de la santé publique dans leur planification, leur prise de décisions et leur action. Pour plus d'informations, veuillez consulter www.obsan.ch

Impressum

Éditeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Mandant

Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Auteurs

- Sonia Pellegrini, Obsan
- Alexandre Tuch, Obsan
- Sacha Roth, Obsan
- Lucas Haldimann, Obsan
- Reto Jörg, Obsan
- Jolanda Jäggi, BASS

Liste des experts consultés

- Anna Bauer, Direction générale de la santé, Canton de Vaud
- Andrea Bumbacher, Gesundheitsdirektion Kanton Zürich
- Joy Demeulmeester, Verein Pro Mente Sana Westschweiz
- Matthias Jäger, Direktor Erwachsenenpsychiatrie der Psychiatrie Baselland
- Annika List, Santésuisse
- Jacqueline Minder, Integrierte Psychiatrie Winterthur
- Franziska Rabenschlag, Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK/ASI
- Fulvia Rota, Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP)
- Timur Steffen, Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz (NPG)
- Rafael Traber anstelle von Fulvia Rota
- Johannes Trümper, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern
- Thomas Weiler, Curafutura

Remerciements

Les auteurs remercient sincèrement les expertes et experts pour leur contribution à la mise en perspective des données chiffrées.

Direction du projet à l'Obsan

Sonia Pellegrini

Série et numéro

Obsan Rapport 14/2024

Référence bibliographique

Pellegrini, S., Tuch, A., Roth, S., Haldimann, L., Jörg, R. & Jäggi, Y. (2024). *Étude d'accompagnement à l'introduction de TARPSY* (Obsan Rapport 14/2024). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Renseignements / informations

www.obsan.ch

Observatoire suisse de la santé, CH-2010 Neuchâtel

obsan@bfs.admin.ch, Tél. +41 58 463 60 45

Langue du texte original

Français et allemand

Traduction

Services linguistiques de l'Office fédéral de la statistique (OFS)

Mise en page

Obsan

Graphiques

Obsan

Image page de titre

iStock.com / Matjaz Slanic

Page de couverture

Office fédéral de la statistique (OFS), Publishing et diffusion PUB

En ligne

www.obsan.ch → Publications

Impression

www.obsan.ch → Publications

Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel

order@bfs.admin.ch, tél. +41 58 463 60 60

Impression réalisée en Suisse

Copyright

Obsan, Neuchâtel 2024

La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales, si la source est mentionnée

Numéro OFS

874-2414

ISBN

978-2-940502-51-2



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Étude d'accompagnement à l'introduction de TARPSY

Rapport sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Auteurs Sonia Pellegrini, Alexandre Tuch, Sacha Roth,
Lucas Haldimann, Reto Jörg (Obsan)
Jolanda Jäggi (BASS)

Éditeur Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Neuchâtel 2024

Table des matières

Liste des abréviations	5		
Résumé	6		
Zusammenfassung	10		
1 Introduction	14		
1.1 Contexte	14		
1.2 Objectifs de l'étude	14		
1.3 Démarche générale	15		
1.4 Structure du rapport	15		
2 Méthode	16		
2.1 Analyses quantitatives	16		
2.1.1 Période d'analyse	16		
2.1.2 Univers de base	16		
2.1.3 Données	18		
2.2 Entretiens d'experts	19		
3 Littérature	20		
3.1 Contexte et problématique	20		
3.2 Méthodologie et bases de données	20		
3.3 Effets de l'introduction de forfaits liés à la prestation: observations tirées de la littérature scientifique	20		
3.3.1 Coûts et financement	20		
3.3.2 Qualité des soins	21		
3.3.3 Paysage hospitalier	23		
3.4 Conclusion	23		
4 Évolution des coûts et du financement de la psychiatrie stationnaire	25		
4.1 Objectifs	25		
4.2 Méthode (éléments spécifiques au chapitre)	25		
4.2.1 Notions et concepts d'ordre général	25		
4.2.2 Éléments spécifiques liés aux données	26		
4.2.3 Analyse des effets	26		
4.3 La psychiatrie dans les coûts du système de santé	26		
4.4 Revenus des hospitalisations en psychiatrie	27		
4.4.1 Évolutions des revenus par jour de traitement	27		
4.4.2 Évolutions du nombre de jours de traitement	28		
4.4.3 Évolutions des revenus des hospitalisations	29		
4.5 Gros plan sur l'assurance obligatoire des soins (AOS)	29		
4.5.1 Prestations AOS stationnaires	29		
4.5.2 Prestations AOS ambulatoires	30		
4.6 Transferts de coûts et de prestations	30		
4.7 Évolution du financement	31		
4.7.1 Hypothèses	31		
4.7.2 Répartition du financement selon la source de revenus	31		
4.7.3 Financement des prestations liées aux hospitalisations selon l'agent payeur	33		
4.8 Synthèse locale	33		
5 Prise en charge et qualité des soins	36		
5.1 Objectif du chapitre	36		
5.2 Méthode (éléments spécifiques au chapitre)	36		
5.2.1 Notions et concepts d'ordre général	36		
5.2.2 Indicateurs	37		
5.2.3 Préparation des données	37		
5.3 Évolution globale en psychiatrie hospitalière	38		
5.3.1 Évolution du taux d'hospitalisation	38		
5.3.2 Évolution de la durée de séjour	39		
5.3.3 Évolution dans le suivi de traitement	40		
5.3.4 Évolution du comportement en matière de codage	41		
5.3.5 Évolution des processus de traitement	42		
5.3.6 Évolution de la charge administrative	43		
5.4 Évolution de la qualité des soins	44		
5.4.1 Qualité des résultats	44		
5.4.2 Qualité des procédures	47		
5.4.3 Qualité des structures	47		
5.5 Synthèse locale	49		
6 Évolution du paysage de la psychiatrie stationnaire	53		
6.1 Objectifs	53		
6.2 Méthode (éléments spécifiques au chapitre)	53		
6.2.1 Hypothèses	53		
6.2.2 Notions de concentration et de spécialisation	53		

6.2.3	Le site hospitalier comme unité d'analyse	53
6.2.4	Domaines de prestations	54
6.2.5	Indice de Herfindahl-Hirschmann (HHI)	54
6.2.6	Indice de théorie de l'information (ITI)	55
6.3	Évolution du paysage hospitalier	56
6.3.1	Ouvertures et fermetures de sites	57
6.3.2	Mix de prestations	57
6.3.3	Hospitalisations hors canton	58
6.4	Spécialisation	58
6.4.1	Nombre moyen de domaines de prestations par prestataire	58
6.4.2	Indice de Herfindahl-Hirschmann pour la spécialisation	59
6.5	Concentration	60
6.5.1	Nombre de prestataires par domaines de prestations	60
6.5.2	Évolution des parts de marché des plus grands prestataires	61
6.5.3	Indice de Herfindahl-Hirschmann pour la concentration	61
6.6	Synthèse locale	63
7	Synthèse et conclusions	64
7.1	Contexte et objet d'étude	64
7.2	Effets de l'introduction de TARPSY	64
7.2.1	Effets économiques	64
7.2.2	Effets sur la qualité	65
7.2.3	Effets sur le paysage hospitalier	66
7.3	Conclusions	67
8	Bibliographie	68
9	Annexes	70
9.1	Évolutions des coûts de production des hospitalisations en psychiatrie	72

Index des tableaux

T 2.1	Délimitation des domaines de soins	17
T 6.1	Nombre moyen de domaine de prestations par prestataire, Suisse et régions linguistiques, de 2012 à 2022	59
T 9.1	Résultats de la recherche	70
T 9.3	Évolution du nombre de prestataires par groupe de prestations, Suisse, de 2012 à 2022	73
T 9.4	Évolution des parts de marchés des 10 plus grands prestataires de chaque domaine de prestations, %, Suisse, de 2012 à 2022	73
T 9.5	Évolution de l'indice de théorie de l'information (ITI) pour la concentration, Suisse, de 2012 à 2022	74
T 9.6	Évolution de l'indice de Herfindahl-Hirschmann (HHI) pour la concentration, Suisse, de 2012 à 2022	74

Index des graphiques

G 2.1	Influence du regroupement de cas sur le nombre de cas en psychiatrie, de 2012 à 2022	17
G 4.1	La psychiatrie dans les coûts du système de santé, 2022	27
G 4.2	Évolution des revenus des hospitalisations psychiatriques (totaux et par jour) et des jours de traitement, de 2012 à 2022, indice (2012=100)	28
G 4.3	Évolution des dépenses AOS par assuré, selon le prestataire, de 2012 à 2022	30
G 4.4	Répartition des revenus totaux entre les différentes sources de revenus, de 2012 à 2022	32
G 4.5	Contributions et proportion d'hôpitaux en bénéficiant, de 2012 à 2022	32
G 4.6	Couverture de déficit et proportion d'hôpitaux en bénéficiant, de 2012 à 2022	33
G 4.7	Répartition du financement des prestations liés aux hospitalisations, de 2012 à 2022	33
G 5.1	Variance cantonale du taux d'hospitalisation standardisé en psychiatrie, de 2012 à 2022	39
G 5.2	Variance cantonale de la durée de séjour standardisée, de 2012 à 2022	39
G 5.3	Durée moyenne de séjour, selon le groupe de coûts (PCG de base), de 2012 à 2022	40
G 5.4	Traitement après la sortie, de 2012 à 2022	41
G 5.5	Diagnostics supplémentaires et traitements par cas, de 2012 à 2022	41
G 5.6	Évolution du day mix index (DMI), de 2012 à 2022	42
G 5.7	Taux d'occupation des lits, de 2012 à 2022	42
G 5.8	Convergence entre le 90e percentile et la durée médiane de séjour, de 2012 à 2022	43
G 5.9	Personnel administratif, de 2012 à 2022	43

G 5.10	Intensité des symptômes selon HoNOS, de 2012 à 2022	44
G 5.11	Intensité des symptômes selon BSCL et HoNOS (psychiatrie pour adultes), de 2012 à 2022	45
G 5.12	Réadmissions dans les 18 jours, de 2012 à 2022	46
G 5.13	Durée de séjour en cas de réadmission, selon le groupe de coûts (PCG de base), de 2012 à 2022	46
G 5.14	Sorties sans traitement ultérieur, de 2012 à 2022	47
G 5.15	Délai entre date d'admission et début du traitement, de 2012 à 2022	47
G 5.16	Ressources en personnel par rapport au volume de soins, de 2012 à 2022	48
G 5.17	Mesures limitatives de liberté, de 2012 à 2022	49
G 5.18	Cas sous traitement psychopharmacologique, de 2012 à 2022	49
G 6.1	Paysage de la psychiatrie stationnaire, Suisse, 2022	56
G 6.2	Évolution du mix de prestations, Suisse, de 2012 à 2022	57
G 6.3	Évolution du nombre de sites dans le domaine de la psychiatrie stationnaire, Suisse, de 2012 à 2022	57
G 6.4	Évolution du nombre de prestations hors canton, Suisse, de 2012 à 2022	58
G 6.5	Évolution du nombre de prestataires par groupe de prestations, Suisse, de 2012 à 2022	60
G 6.6	Évolution de l'indice de Herfindahl-Hirschmann (HHI) pour la spécialisation des sites, Suisse, de 2012 à 2022	59
G 6.7	Évolution des parts de marchés des 10 plus grands prestataires de chaque domaine de prestations, Suisse, de 2012 à 2022	61
G 6.8	Évolution de l'indice de Herfindahl-Hirschmann (HHI) pour la concentration du marché, Suisse, de 2012 à 2022	62
G 6.9	Évolution de l'indice de Herfindahl-Hirschmann (HHI) pour les domaines de prestations stables, Suisse, de 2012 à 2022	62
G 6.10	Évolution de l'indice de Herfindahl-Hirschmann (HHI) pour les domaines présentant des variations de concentration, Suisse, de 2012 à 2022	62
G 9.1	Évolution des coûts de production des hospitalisations (totaux et par jour de traitement) et du nombre de jour de traitement de 2012 à 2022, indice (2012=100)	72
G 9.2	Évolution de la couverture des coûts de production par les revenus (en %) de 2012 à 2021	72
G 9.3	Évolution de l'indice de théorie de l'information (ITI) pour la spécialisation des sites, Suisse, de 2012 à 2022	75
G 9.4	Évolution de l'indice de théorie de l'information (ITI) pour la concentration du marché, Suisse, de 2012 à 2022	75
G 9.5	Incitations liées à une rémunération par forfaits liée à la prestation	76
G 9.6	Effets potentiels d'une rémunération par forfaits liée à la prestation sur la qualité et l'efficacité	76

Liste des abréviations

DRG	groupes de cas par diagnostic (<i>diagnosis related group</i>)
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum (Fédération des médecins suisses)
PCG	groupe de coûts psychiatriques (<i>psychiatric cost group</i>)

Résumé

Contexte

La révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) dans le domaine du financement hospitalier – adoptée par les Chambres fédérales le 21.12.2007 – prévoit l'introduction de forfaits liés aux prestations, basés sur des structures tarifaires uniformes au niveau suisse, dans tous les secteurs hospitaliers. La mise en œuvre a été échelonnée, avec l'introduction d'une structure tarifaire uniforme en 2012 pour les soins somatiques aigus (SwissDRG), en 2018 pour la psychiatrie (TARPSY) et en 2022 pour la réadaptation (ST Reha).

La présente étude porte sur les effets de l'introduction de la structure tarifaire TARPSY dans le secteur de la psychiatrie hospitalière. Comme précédemment pour l'évaluation 2016–2019 de la révision de la LAMal sur le financement des hôpitaux, elle examine l'impact du nouveau mode de rémunération des prestations sur les coûts et le financement, sur la qualité et sur le paysage hospitalier de la psychiatrie stationnaire. L'analyse se base sur l'étude de concept préparée par le bureau BASS (Morger et al., 2018) sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Encadré : La structure tarifaire TARPSY a été développée par SwissDRG SA et couvre tous les domaines de prestations stationnaires de la psychiatrie pour adultes, enfants et adolescents. Les patients sont répartis dans des groupes de coûts psychiatriques (PCG) avec des forfaits journaliers liés aux prestations, établis en fonction du diagnostic principal, de l'âge, de la gravité de la maladie et des diagnostics secondaires. Les prix (ou tarifs) de base sont négociés entre les hôpitaux et les assureurs. La rémunération effective est calculée sur cette base. Les forfaits journaliers liés aux prestations sont dégressifs. Leur montant diminue à partir du deuxième jour de traitement. La vitesse et la durée de la diminution du montant du forfait journalier dépendent du groupe de coûts. L'application de TARPSY est obligatoire pour les prestataires de soins hospitaliers à partir du 1^{er} janvier 2018, alors qu'elle était encore facultative pour la pédopsychiatrie jusqu'au 31 décembre 2018.

Objectifs et questions de recherche

L'étude porte sur les questions suivantes:

Coûts et financement

- 1) L'introduction du système de rémunération forfaitaire TARPSY a-t-elle permis de ralentir la croissance des dépenses des coûts des prestations psychiatriques stationnaires, dans le domaine de la LAMal et dans le système de santé en général?
- 2) Une plus grande transparence et une meilleure comparabilité des prestations et des tarifs dans le domaine de la psychiatrie stationnaires a-t-elle pu être obtenue?
- 3) D'éventuelles adaptations non souhaitées sont-elles observables en termes de volume d'activité, de pratique de codage, de prix de base (baserates) ou de transferts de prestations, partielles ou complètes, hors du champ d'application des forfaits?
- 4) Par souci de complétude, des éventuelles modifications dans la structure de financement sont aussi analysées, même si celles-ci sont davantage à mettre en lien avec l'introduction du nouveau financement hospitalier (financement dual-fixe des prestations en particulier) en 2012 qu'avec le système de rémunération des prestations psychiatriques.

Qualité de la prise en charge

- 5) La révision a-t-elle pu être mise en œuvre sans impact négatif sur la qualité des prestations?
- 6) Quelles évolutions dans la qualité des structures, des processus et des résultats de la prise en charge et dans quelle mesure doivent être attribuées à l'introduction de TARPSY?

Paysage hospitalier

- 7) La pression accrue attendue sur les coûts peut amener à un assainissement du portefeuille de prestations. Des mouvements de spécialisation ou de concentration dans le secteur de la psychiatrie stationnaire sont-ils perceptibles?
- 8) L'accès aux soins s'en trouve-t-il modifié?

Méthode

L'étude adopte une approche mixte se basant sur une analyse quantitative, complétée par des entretiens d'experts. Une analyse de littérature complète la démarche.

L'analyse quantitative met en œuvre l'étude conceptuelle commandée par l'OFSP (Morger et al., 2018); elle se base sur l'analyse secondaire des bases de données existantes dans le secteur de la santé (Statistique médicale et administrative des hôpitaux, OFS; pool de données, SASIS SA; données tarifaires, HSK). Elle couvre les cinq ans précédant (2012 – 2017) et suivant (2018–2022) l'introduction de TARPSY. Il convient de noter que différents éléments autres que TARPSY ont évolué durant la période sous revue, dont la pandémie de COVID-19 qui affectent les données des années 2020 et 2021, les tensions internationales, la pénurie de personnel et l'inflation. Cela rend difficile l'interprétation claire des évolutions temporelles et surtout l'évaluation de l'existence d'un lien de cause à effet entre l'introduction de TARPSY et les tendances observées.

En complément de l'analyse des données secondaires, l'étude comporte une enquête auprès d'experts permettant de mieux interpréter et contextualiser les résultats. Dix entretiens semi-structurés ont été menés avec des représentants des principales parties concernées (prestataires, assurances, cantons, associations professionnelles et de patients), à raison de deux représentants par partie. Les résultats des entretiens individuels ont été discutés et consolidés dans le cadre d'un atelier collectif.

Littérature

L'étude de la littérature parue entre 2018 et 2023, réalisée par le bureau BASS sur mandat de l'Obsan, montre qu'il n'existe jusqu'à présent que peu d'études scientifiques sur les effets de TARPSY. Les documents disponibles se limitent en grande partie à 2018 (la première année d'introduction de TARPSY), ou les dispositifs d'étude sont axés sur les développements dans le domaine de la psychiatrie stationnaire en général et ne mettent pas explicitement en lumière le rôle de TARPSY. Il s'agit principalement d'études d'accompagnement sur mandat de la FMH, de documents des cantons concernant la planification de la prise en charge et d'une poignée d'études académiques. Il ressort des 13 documents étudiés que le passage aux forfaits journaliers liés aux prestations en psychiatrie n'a entraîné de changements majeurs à aucun des niveaux étudiés et que les effets observés dans les autres travaux sont largement similaires aux résultats de la présente étude.

Impact sur les coûts et le financement

Depuis l'introduction de TARPSY, les tarifs de base (baserates) ont eu tendance à diminuer, alors que la sévérité moyenne des hospitalisations (augmentation du day mix index) a tendance à augmenter. L'effet conjugué de ces deux indicateurs se

compensent et amène à une stabilisation des revenus par jour de traitement. Les experts interrogés estiment que la diminution des tarifs de base est l'élément principal qui a permis de ralentir la croissance des revenus par jour de traitement.

En parallèle à ces évolutions, les hospitalisations augmentent (recours), sans lien avec TARPSY. Les experts expliquent plutôt l'augmentation du recours par des facteurs externes comme la déstigmatisation des maladies psychiques, le vieillissement de la population et le contexte général de crises (pandémie de COVID-19, tensions géopolitiques et leurs conséquences économiques ainsi que le changement climatique). Même si les durées de séjours tendent à diminuer, l'augmentation du recours engendre une augmentation du nombre total de jours de traitement.

Globalement, les dépenses pour les hospitalisations psychiatriques ont augmenté de manière plus modérée depuis l'introduction de TARPSY. Au vu de l'évolution actuelle du taux de recours, il est encore trop tôt pour affirmer avec certitude que la croissance des dépenses restera plus modérée dans le futur.

TARPSY n'a pas modifié le financement des prestations psychiatriques. Les règles ont été définies par la révision partielle de la LAMal sur le financement hospitalier en 2007 et sont entrées en vigueur en 2012. En application de cette dernière, on observe depuis 2013 un financement accru des prestations par les cantons et en recul par les assurances (de base et complémentaires). Toujours en conformité avec la loi, on observe également une part accrue de financement par les prestations aux patients, qui couvrent désormais environ 90% de l'activité hospitalière. Les montants annoncés comme couvertures de déficit ont quasi disparu tandis que les contributions pour prestations d'intérêt général sont accordées à davantage d'établissements.

Impact sur la prise en charge et sa qualité

Qualité des structures: parmi les effets négatifs potentiels, on craignait que la pression sur les coûts engendrée par TARPSY entraîne une détérioration du taux d'encadrement des patients et donc qu'un recours accru aux mesures limitatives de liberté (MLL) et aux psychotropes tende à remplacer la psychothérapie. Les données recueillies indiquent que l'utilisation de MLL en psychiatrie pour adultes et de psychotropes a effectivement augmenté depuis 2018, mais ne font pas état d'une diminution des ressources en personnel ni d'une détérioration du taux d'encadrement des patients. Les experts estiment néanmoins que le manque de personnel qualifié se traduit souvent par une difficulté à recruter dans la prise en charge hospitalière, d'où une surcharge du personnel en place. Les obligations des médecins, du personnel thérapeutique et soignant en matière d'établissement de documents ont par ailleurs considérablement augmenté le travail administratif. Quant à savoir dans quelle mesure il existe un lien entre le manque de personnel, la charge administrative et le recours accru aux MLL et aux médicaments, les avis divergent. L'accroissement du travail administratif pourrait aussi s'expliquer par une meilleure documentation des cas ou par une aggravation des cas en psychiatrie hospitalière.

Qualité des procédures: selon les experts, l'introduction de TARPSY a amélioré la précision et l'exhaustivité du codage et de la documentation. Elle a également amené à définir des plans de traitement plus détaillés. Ce faisant, elle a accru la transparence des prestations fournies et devrait contribuer à une standardisation de la pratique dans les cliniques. Les documents établis dans le cadre de TARPSY se concentrent cependant davantage sur les aspects liés à la facturation et cette orientation peut conduire à négliger des aspects importants du traitement, telle une anamnèse détaillée.

Qualité des résultats: les indicateurs analysés tendent à montrer que la qualité ne s'est ni améliorée ni détériorée depuis l'introduction de TARPSY par rapport à la période qui a précédé. Divers signes indiquent que les pratiques thérapeutiques se sont modifiées ou accentuées, avec notamment des premiers séjours plus brefs et davantage de réadmissions et de traitements ambulatoires ultérieurs. Selon les experts interrogés, TARPSY n'a toutefois entraîné que peu d'adaptations dans la pratique thérapeutique et les changements observés sont surtout dus à l'évolution de la société. La prise de conscience des problèmes de santé psychique, renforcée par la pandémie de COVID-19 et par les crises (géo)politiques a conduit plus de personnes à recourir à des soins, d'où une augmentation des hospitalisations. Dans ces conditions, il arrive que les cliniques doivent laisser sortir des patients plus tôt (parfois avant qu'ils ne soient suffisamment stabilisés) afin de pouvoir en accueillir de nouveaux et d'être ainsi en mesure de répondre à l'accroissement de la demande. Un tel fonctionnement peut augmenter le nombre de réadmissions. De plus, les patients bénéficient d'une plus grande autonomie, de sorte qu'ils quittent plus souvent la clinique de manière anticipée à leur propre demande, et des sorties de ce type peuvent entraîner davantage de réadmissions. Il convient en outre de relever, comme l'ont fait les experts, qu'il est depuis longtemps déjà courant en psychiatrie d'éviter autant que possible les longs séjours en clinique. Les professionnels conviennent en effet qu'il est préférable de permettre aux patients de retrouver dès que possible leur vie quotidienne normale, c'est-à-dire leur environnement habituel, et que les séjours hospitaliers ne doivent pas se prolonger au-delà du nécessaire. Dans la grande majorité des cas, on envisage dès lors aussi un suivi ambulatoire (ou intermédiaire).

Dans l'ensemble, rien ne permet d'affirmer que l'introduction de TARPSY a eu clairement un impact négatif ou positif sur la qualité des soins. À partir de 2018, certains des indicateurs étudiés font état d'une évolution qui correspond à une stagnation, voire à une légère détérioration, de cette qualité. Il est cependant difficile d'évaluer dans quelle mesure cette évolution est liée à TARPSY, car l'interprétation des séries chronologiques est fortement influencée par les changements dans les pratiques de codage (codage plus précis des diagnostics et des traitements) et par des événements tels que la pandémie de COVID-19.

La majorité des experts interrogés sont d'avis que la pression s'est dans l'ensemble intensifiée dans la prise en charge psychiatrique, mais que la Suisse reste assez bien positionnée dans ce

domaine par rapport aux autres pays. La situation peut néanmoins varier en fonction du prestataire et de la région. Pour expliquer cette pression en hausse, les spécialistes avancent surtout l'augmentation du recours aux soins et la proportion croissante de cas plus complexes et plus sévères, associés à une pénurie chronique de personnel. Ils estiment toutefois que ces changements s'inscrivent dans une tendance globale et ne peuvent pas être attribués à l'introduction de TARPSY. Enfin, ils ajoutent que la qualité de la prise en charge reste élevée, mais qu'il sera difficile de conserver ce niveau si la pression sur les coûts se maintient.

Impact sur le paysage hospitalier

Le secteur de la psychiatrie stationnaire est peu concentré de manière générale, avec un grand nombre de prestataires proposant une grande variété de prestations. L'introduction de TARPSY n'a pas eu d'effet sur la concentration perceptible dans les données à l'heure actuelle, mais les experts s'attendent néanmoins à des mouvements de concentrations dans les prochaines années. Les hôpitaux ayant une structure de coûts défavorable sont en effet mis financièrement sous pression par TARPSY. Il est donc attendu que des regroupements s'effectuent afin d'améliorer la rentabilité des hôpitaux ayant une structure de coût comparative élevée.

Le secteur de la psychiatrie stationnaire est peu spécialisé: il existe dans chaque région des centres de soins qui disposent généralement de tous les types de prestations et qui garantissent une couverture des soins. Il existe en complément aussi certaines cliniques spécialisées dans quelques domaines de prestations. L'effet de la nouvelle tarification psychiatrique sur la spécialisation des sites de psychiatrie stationnaire est modeste à ce jour. Les mouvements s'observent surtout dans les cliniques plus spécialisées que la moyenne et vont autant dans le sens de plus de spécialisation que de moins de spécialisation.

Concernant l'accès aux soins, les experts relèvent que le secteur de la psychiatrie est soumis à des fortes tensions dans plusieurs régions. Le manque de places pour faire face à des besoins décrits comme en hausse en lien avec d'une part une accélération du vieillissement de la population, d'autre part avec le contexte sociétal anxiogène (pandémie de COVID-19, tensions géopolitiques et leurs conséquences économiques ainsi que le changement climatique), met le secteur stationnaire sous forte pression. Tous les experts ont décrit le besoin, pour les établissements accueillant des urgences, de faire sortir les patients dès que possible pour pouvoir prendre en charge les prochaines urgences. Le manque d'offres de soins ambulatoires ou intermédiaires crée des délais d'attente qui accroissent le risque d'hospitalisation d'une part et limitent les possibilités de sortie d'hospitalisations d'autre part, faute de suivi ambulatoire. En considérant cette évolution de la demande de soins psychiatriques et une offre qui ne se modifie pas, les experts estiment que l'accès aux soins est moins bon. Le système tarifaire semble néanmoins jouer un rôle secondaire dans la situation décrite.

Atteinte des buts de la révision

En conclusion, les experts partagent l'avis que le système tarifaire TARPSY a permis d'atteindre l'objectif de ralentir la croissance des dépenses en stabilisant les revenus par jour de traitement. L'introduction d'une structure tarifaire uniforme basée sur des groupes de coûts homogènes a permis d'amener plus de transparence et une meilleure comparabilité des prestations et des coûts. Le renforcement de la concurrence par les coûts, destinée à obtenir des gains d'efficience, a ainsi pu se mettre en place. TARPSY n'influence par contre pas l'augmentation du nombre de cas, principal facteur d'augmentation des dépenses totales.

À ce jour, le rythme des dépenses a pu être ralenti sans impact notable sur la qualité et l'accès aux soins. Les experts se montrent réservés sur la possibilité de maintenir cette situation dans le moyen terme si la pression se poursuit. Ils soulignent que la situation n'est pas la même dans toutes les régions et que le degré de tension ressenti est notamment dépendant des options prises en matière d'offres intermédiaires et ambulatoires. Eût égard aux évolutions encore incertaines de certains paramètres, la mise en place d'un monitoring serait une option utile.

Zusammenfassung

Ausgangslage

Die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) im Bereich der Spitalfinanzierung – verabschiedet durch die eidgenössischen Räte am 21.12.2007 – sieht die Einführung leistungsbezogener Pauschalen auf der Grundlage gesamt-schweizerisch einheitlicher Tarifstrukturen in allen stationären Versorgungsbereichen vor. Die Umsetzung erfolgte gestaffelt ab dem Jahr 2012 für die Akutsomatik (SwissDRG), ab 2018 für die Psychiatrie (TARPSY) und ab 2022 für die Rehabilitation (ST Reha).

Die vorliegende Studie befasst sich mit den Auswirkungen der Einführung der Tarifstruktur TARPSY im Bereich der stationären Psychiatrie. Wie zuvor die Evaluation 2016–2019 der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung untersucht sie die Auswirkungen der neuen Leistungsvergütung auf die drei Themenbereiche «Kosten und Finanzierung», «Versorgungsqualität» sowie «Entwicklung der Spitallandschaft» in der stationären Psychiatrie. Die Analyse basiert auf der Konzeptstudie, die das Büro BASS (Morger et al., 2018) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) erstellt hat.

Kasten: Die Tarifstruktur TARPSY wurde von der SwissDRG AG erarbeitet und deckt alle stationären Leistungsbereiche der Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrie ab. Die Patientinnen und Patienten werden anhand von bestimmten Kriterien wie Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Schwere der Erkrankung und Alter einer Fallgruppe (psychiatric cost group, PCG) zugeordnet. Die Baserates werden zwischen den Spitälern und den Versicherern ausgehandelt. Auf dieser Grundlage wird die effektive Höhe der Vergütung berechnet. Die leistungsbezogenen Tagespauschalen sind degressiv ausgestaltet. Ihre Höhe reduziert sich ab dem zweiten Behandlungstag. Wie schnell und über welche Zeitdauer die Höhe der Tagespauschale gesenkt wird, hängt von der Fallgruppe ab. Die schweizweite, tarifwirksame Einführung von TARPSY für die stationären Leistungsbereiche ist am 1. Januar 2018 erfolgt. Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die Anwendung seit dem 1. Januar 2019 verbindlich.

Ziele und Forschungsfragen

Die Studie geht folgenden Fragen nach:

Kosten und Finanzierung

- 1) Konnte das Ausgabenwachstum bei den stationären psychiatrischen Leistungen im KVG-Bereich und im Gesundheitssystem generell mit der Einführung des pauschalen Vergütungssystems TARPSY gebremst werden?
- 2) Konnten die Transparenz und die Vergleichbarkeit von Leistungen und Kosten im Bereich der stationären Psychiatrie erhöht werden?
- 3) Sind unbeabsichtigte Anpassungen betreffend das Leistungsvolumen (Menge), die Kodierungspraxis und den Basispreis (Baserate) sowie teilweise oder vollständige Leistungsverlagerungen ausserhalb des Anwendungsbereichs der Pauschalen zu beobachten?
- 4) Der Vollständigkeit halber werden auch mögliche Änderungen in der Finanzierungsstruktur analysiert, auch wenn diese eher auf die Einführung der neuen Spitalfinanzierung (insbesondere der dual-fixen Leistungsfinanzierung) im Jahr 2012 als auf das Vergütungssystem für psychiatrische Leistungen zurückzuführen sind.

Versorgungsqualität

- 5) Konnte die Revision ohne negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität umgesetzt werden?
- 6) Welche Entwicklungen in der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung sind auf die Einführung von TARPSY zurückzuführen, und in welchem Ausmass?

Spitallandschaft

- 7) Der erwartete erhöhte Kostendruck kann zu einer Bereinigung des Leistungsportfolios führen. Sind Spezialisierungs- oder Konzentrationsbewegungen im Bereich der stationären Psychiatrie erkennbar?
- 8) Hat sich der Zugang zur Versorgung dadurch verändert?

Methodisches Vorgehen

Die Studie verfolgt einen kombinierten Ansatz, bestehend aus einer quantitativen Analyse und Experteninterviews. Die Ergebnisse werden durch eine Literaturanalyse ergänzt.

Die quantitative Analyse setzt die vom BAG in Auftrag gegebene Konzeptstudie (Morger et al., 2018) um. Sie basiert auf einer Sekundäranalyse der bestehenden Datenbanken im Gesundheitssektor (Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik, BFS; Datenpool, SASIS AG; Tarifiedaten, HSK). Die Analyse deckt die fünf Jahre vor (2012–2017) und nach (2018–2022) der Einführung von TARPSY ab. Vorauszuschicken ist, dass neben TARPSY verschiedene andere Faktoren und Ereignisse die Entwicklung im Untersuchungszeitraum beeinflusst haben, darunter die Covid-19-Pandemie, die Auswirkungen auf die Daten der Jahre 2020 und 2021 hatte, internationale Spannungen, der Fachkräftemangel und die Inflation. Dies macht es schwierig, die Entwicklungen im Zeitverlauf eindeutig zu interpretieren und vor allem zu beurteilen, ob ein kausaler Zusammenhang zwischen der Einführung von TARPSY und den beobachteten Trends besteht.

Neben der Sekundärdatenanalyse umfasst die Studie Experteninterviews, die helfen sollen, die Ergebnisse besser zu verstehen und einzuordnen. Es wurden zehn halbstrukturierte Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern der wichtigsten Akteure (Leistungserbringer, Versicherungen, Kantone, Berufs- und Patientenverbände) geführt, wobei jeweils zwei Personen pro Interessengruppe befragt wurden. Die Ergebnisse der Einzelinterviews wurden im Rahmen eines kollektiven Workshops diskutiert und konsolidiert.

Literatur

Die vom Büro-BASS im Auftrag des Obsan durchgeführte Analyse der publizierten Literatur im Zeitraum 2018–2023 zeigt, dass sich bislang nur wenige wissenschaftliche Studien mit den Auswirkungen von TARPSY befasst haben. Die verfügbaren Publikationen beschränken sich grösstenteils auf das Jahr 2018 (das Jahr der Einführung von TARPSY) oder sie fokussieren auf die Entwicklungen im Bereich der stationären Psychiatrie im Allgemeinen und gehen nicht ausdrücklich auf die Rolle von TARPSY ein. Es handelt sich hauptsächlich um Begleitstudien im Auftrag der FMH, um Dokumente der Kantone zur Versorgungsplanung und um eine Handvoll wissenschaftlicher Studien. Aus den dreizehn untersuchten Dokumenten geht hervor, dass der Übergang zu leistungsbezogenen Tagespauschalen in der Psychiatrie auf keiner der untersuchten Ebenen zu grösseren Veränderungen geführt hat und dass die in den anderen Arbeiten beobachteten Auswirkungen weitgehend mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie vergleichbar sind.

Auswirkungen auf Kosten und Finanzierung

Seit der Einführung von TARPSY sind die Baserates tendenziell gesunken, während der durchschnittliche Schweregrad der hospitalisierten Fälle tendenziell gestiegen ist (Anstieg des Day-Mix-Index). Die Auswirkungen dieser beiden Indikatoren kompensieren sich gegenseitig, was eine Stabilisierung der Einnahmen pro

Behandlungstag zur Folge hat. Die Senkung der Baserates ist nach Ansicht der befragten Expertinnen und Experten der Hauptfaktor, weshalb sich das Wachstum der Einnahmen pro Behandlungstag verlangsamt hat.

Parallel zu diesen Entwicklungen nehmen die Hospitalisierungen (Inanspruchnahme) zu, wobei hier kein Zusammenhang mit TARPSY besteht. Die Expertinnen und Experten erklären den Anstieg der Inanspruchnahme vielmehr mit externen Faktoren wie der Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen, der Alterung der Bevölkerung und dem allgemeinen Krisenkontext (Covid-19-Pandemie, [geo-]politische Krisen und ihre wirtschaftlichen Folgen sowie Klimawandel). Obschon die Aufenthaltsdauer tendenziell rückläufig ist, führt die Zunahme der Inanspruchnahme zu einem Anstieg der Gesamtzahl der Behandlungstage.

Die Ausgaben für psychiatrische Hospitalisierungen sind seit der Einführung von TARPSY insgesamt moderater gestiegen. Angesichts der Entwicklung der Inanspruchnahme ist aktuell noch nicht absehbar, ob das Ausgabenwachstum auch in Zukunft moderater sein wird.

Die Finanzierung psychiatrischer Leistungen hat sich mit TARPSY nicht verändert. Die Regeln wurden durch die KVG-Teilrevision im Bereich der Spitalfinanzierung 2007 festgelegt und traten 2012 in Kraft. In der Folge ist seit 2013 eine verstärkte Finanzierung der Leistungen durch die Kantone und eine rückläufige Finanzierung durch die Versicherungen (Grund- und Zusatzversicherungen) zu beobachten. Ebenfalls infolge der gesetzlichen Neuregelung hat sich der Anteil der Finanzierung, der auf Leistungen an Patientinnen und Patienten entfällt, erhöht. Diese machen aktuell rund 90% der Spitalaktivitäten aus. Die als Defizitdeckungen deklarierten Beträge sind fast verschwunden, hingegen erhielten mehr Einrichtungen Beiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen.

Auswirkungen auf die Versorgung und die Versorgungsqualität

Strukturqualität: Als möglicher negativer Effekt wurde genannt, dass TARPSY aufgrund des Kostendrucks zu einer Verschlechterung des Personalschlüssels und damit zu einem vermehrten Einsatz von freiheitsbeschränkenden Massnahmen (FM) und Psychopharmaka anstelle von Psychotherapie führen könnte. Die Daten zeigen tatsächlich eine Zunahme des Einsatzes von FM in der Erwachsenenpsychiatrie und von Psychopharmaka seit 2018, aber keine Abnahme der personellen Ressourcen und keine Verschlechterung des Personalschlüssels. Nach Einschätzung der Expertinnen und Experten besteht jedoch vielerorts in der stationären Versorgung aufgrund des Fachkräftemangels ein Personal-mangel, der zu einer Überlastung des vorhandenen Personals führt. Zudem hat der administrative Aufwand durch die Dokumentationspflichten für das ärztliche, therapeutische und pflegerische Personal deutlich zugenommen. Inwieweit ein Zusammenhang zwischen Personalmangel, administrativem Aufwand und dem vermehrten Einsatz von FM und Medikamenten besteht, wird unterschiedlich beurteilt. Als weitere mögliche Gründe für den

Anstieg werden die verbesserte Dokumentation dieser Situationen oder die Zunahme der Fallschwere in der stationären Psychiatrie genannt.

Prozessqualität: Nach Einschätzung der Expertinnen und Experten hat TARPSY zu einer präziseren und umfassenderen Kodierung und Dokumentation sowie zu detaillierteren Behandlungsplänen geführt, was die Transparenz der erbrachten Leistungen erhöht und zu einer Standardisierung der Praxis in den Kliniken beitragen dürfte. Allerdings konzentriert sich die Dokumentation im Rahmen von TARPSY stärker auf abrechnungsrelevante Aspekte, wodurch möglicherweise wichtige Behandlungsaspekte wie eine detaillierte Anamnese vernachlässigt werden.

Ergebnisqualität: Die analysierten Indikatoren deuten tendenziell darauf hin, dass sich die Qualität seit der Einführung von TARPSY im Vergleich zur Zeit davor weder verbessert noch verschlechtert hat. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass sich die Behandlungspraxis verändert bzw. akzentuiert hat: kürzere Erstaufenthalte mit vermehrten Wiedereintritten und ambulanten Nachbehandlungen. Nach Einschätzung der befragten Expertinnen und Experten hat TARPSY allerdings nur zu wenigen Anpassungen in der Behandlungspraxis geführt und die beobachteten Veränderungen sind in erster Linie auf gesellschaftliche Entwicklungen zurückzuführen. So haben das Bewusstsein für psychische Probleme in Verbindung mit der COVID-19-Pandemie und (geo-)politischen Krisen dazu geführt, dass sich mehr Menschen in Behandlung begeben, was einen deutlichen Anstieg der stationären Inanspruchnahme zur Folge hatte. Dies führt dazu, dass Kliniken ihre Patientinnen und Patienten teilweise früher entlassen müssen (z.T. bevor sie ausreichend stabilisiert sind), um Platz für neue Patientinnen und Patienten zu schaffen, da sonst die erhöhte Nachfrage nicht befriedigt werden kann. Dies kann zu vermehrten Wiedereintritten führen. Zudem haben die Patientinnen und Patienten mehr Autonomie, was dazu führt, dass sie die Klinik häufiger auf eigenen Wunsch frühzeitig verlassen, was ebenfalls zu mehr Wiedereintritten führen kann. Darüber hinaus ist anzumerken, dass es nach Aussagen der Expertinnen und Experten im Bereich der Psychiatrie seit längerem gängige Praxis ist, lange Klinikaufenthalte möglichst zu vermeiden. Es besteht ein allgemeiner Konsens darüber, dass es von Vorteil ist, wenn die Patientinnen und Patienten so schnell wie möglich in ihren normalen Alltag bzw. in ihr privates Umfeld zurückkehren können und die Klinikaufenthalte daher nur so kurz wie nötig sind. Deshalb wird in den allermeisten Fällen auch eine ambulante (oder intermediäre) Nachbehandlung angestrebt.

Insgesamt gibt es keine Hinweise darauf, dass die Einführung von TARPSY einen klaren negativen oder positiven Einfluss auf die Versorgungsqualität hatte. Einige der untersuchten Indikatoren weisen ab 2018 in eine Richtung, die als Stagnation oder leichte Verschlechterung der Versorgungsqualität interpretiert werden kann. Inwieweit diese Entwicklung mit TARPSY zusammenhängt, ist schwierig zu beurteilen, da die Interpretation der Zeitreihen stark von Veränderungen in der Kodierungspraxis (präzisere

Kodierung von Diagnosen und Behandlungen) und von Ereignissen wie der COVID-19-Pandemie beeinflusst wird.

Die befragten Expertinnen und Experten sind mehrheitlich der Ansicht, dass der Druck in der psychiatrischen Versorgung generell zugenommen hat, die Schweiz aber im internationalen Vergleich noch gut dasteht. Die Situation kann jedoch je nach Leistungserbringer und Region unterschiedlich sein. Als Hauptgründe für den zunehmenden Druck sehen die Expertinnen und Experten die steigende Inanspruchnahme und den zunehmenden Anteil an komplexeren und schwereren Fällen, verbunden mit einem chronischen Personalmangel. Sie sind jedoch der Ansicht, dass diese Entwicklungen Teil eines globalen Trends sind und nicht auf die Einführung von TARPSY zurückgeführt werden können. Die Expertinnen und Experten fügen hinzu, dass die Qualität der Versorgung derzeit noch hoch ist, dass es aber schwierig sein wird, dieses Niveau zu halten, wenn der Kostendruck weiter anhält.

Auswirkungen auf die Spitallandschaft

Der Sektor der stationären Psychiatrie weist generell eine geringe Konzentration auf: Viele Anbieter zeichnen sich durch ein breites Leistungsspektrum aus. Anhand der Daten ist aktuell keine Veränderung der Konzentration infolge der Einführung von TARPSY festzustellen, die Expertinnen und Experten rechnen jedoch mit Konzentrationsbewegungen in den nächsten Jahren. Spitäler mit einer ungünstigen Kostenstruktur geraten durch TARPSY finanziell unter Druck. Es wird daher erwartet, dass es zu Zusammenschlüssen kommen wird, um die Rentabilität von Spitälern mit einer vergleichsweise hohen Kostenstruktur zu verbessern.

Der Spezialisierungsgrad des Sektors ist gering: Jede Region verfügt über Behandlungszentren, die in der Regel ein umfassendes Leistungsspektrum anbieten und eine flächendeckende Versorgung gewährleisten. Daneben gibt es einzelne Kliniken, die sich auf bestimmte Leistungsbereiche spezialisiert haben. Die Auswirkungen der neuen Tarifstruktur auf die Spezialisierung der Standorte für stationäre Psychiatrie sind bislang bescheiden. Bewegungen sind vor allem bei überdurchschnittlich spezialisierten Kliniken zu beobachten, wobei die Trends sowohl in Richtung mehr Spezialisierung als auch in Richtung weniger Spezialisierung gehen.

Was den Zugang zur Versorgung betrifft, steht die Psychiatrie nach Ansicht der Expertinnen und Experten in mehreren Regionen stark unter Druck. Es fehlen Plätze, um den steigenden Bedarf zu decken, der zum einen auf die beschleunigte demografische Alterung und zum anderen auf den unsicheren gesellschaftlichen Kontext (Covid-19-Pandemie, [geo-]politische Krisen und ihre wirtschaftlichen Folgen sowie Klimawandel) zurückzuführen ist. Die Expertinnen und Experten berichten übereinstimmend, dass alle Einrichtungen, die Notfälle behandeln, bestrebt sind, die Patientinnen und Patienten so schnell wie möglich zu entlassen, um die nächsten Notfälle versorgen zu können. Der Mangel an ambulanten und intermediären Versorgungsangeboten führt zu Wartezeiten für die Patientinnen und Patienten, was das Risiko einer Hospitalisierung erhöht. Gleichzeitig schränkt dieser Mangel die

Möglichkeiten der Nachsorge nach der Entlassung aus dem Spital ein. Angesichts der wachsenden Nachfrage und des stagnierenden Angebots an psychiatrischer Versorgung gehen die Expertinnen und Experten davon aus, dass sich der Zugang zur Versorgung verschlechtert hat. Das Tarifsystem scheint in der beschriebenen Situation jedoch eine zweitrangige Rolle zu spielen.

Erreichen der Revisionsziele

Die Expertinnen und Experten kommen zum Schluss, dass die angestrebte Verlangsamung des Ausgabenwachstums mit dem Tarifsystem TARPSY insofern erreicht wurde, als die Einnahmen pro Behandlungstag stabilisiert werden konnten. Die Einführung einer einheitlichen Tarifstruktur auf der Grundlage homogener Fallgruppen hat zu mehr Transparenz und einer besseren Vergleichbarkeit der Leistungen und Kosten geführt. Der verstärkte Kostenwettbewerb zur Effizienzsteigerung konnte so in Gang gesetzt werden. TARPSY hat hingegen keinen Einfluss auf die Zunahme der Fallzahlen, dem wichtigsten Faktor für den Anstieg der Gesamtausgaben.

Das Ausgabenwachstum konnte bisher ohne nennenswerte Auswirkungen auf die Qualität und den Zugang zur Versorgung gebremst werden. Die Expertinnen und Experten sind skeptisch, dass dies mittelfristig so bleibt, sollte der Druck anhalten. Sie weisen darauf hin, dass die Lage je nach Region unterschiedlich ist und dass der empfundene Druck insbesondere von den Optionen abhängt, die im Bereich der intermediären und ambulanten Angebote zur Verfügung stehen. Angesichts der noch unsicheren Entwicklung einiger Parameter könnte ein Monitoring nützliche Informationen liefern.

1 Introduction

1.1 Contexte

La révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) dans le domaine du financement hospitalier – adoptée par les Chambres fédérales le 21.12.2007 – a pour objectif de freiner la croissance des coûts dans le secteur hospitalier stationnaire sans compromettre l'accès à des soins de haute qualité. À cette fin, la révision contient une série de mesures qui ont été progressivement mises en œuvre depuis 2009. L'une de ces mesures concerne l'introduction de forfaits liés aux prestations, basés sur des structures tarifaires uniformes au niveau suisse. Dans le domaine des soins aigus, les forfaits par cas (SwissDRG) ont été introduits au 1^{er} janvier 2012. En psychiatrie, le passage aux forfaits liés aux prestations a eu lieu le 1^{er} janvier 2018 (TARPSY version 1.0) tandis que l'introduction de ST Reha dans le secteur de la réadaptation a pris effet au 1^{er} janvier 2022.

Afin de suivre de manière détaillée l'évolution du passage à TARPSY et ST Reha, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a fait élaborer, en 2018 déjà, un concept en vue d'une étude ultérieure portant sur l'introduction de TARPSY et ST Reha (Morger et al., 2018). Fin 2022, l'OFSP a confié à l'Obsan la réalisation de la dite étude pour le secteur de la psychiatrie stationnaire. L'introduction de ST Reha dans le secteur de la réadaptation sera évaluée ultérieurement du fait de sa mise-en-œuvre plus tardive.

Encadré 1.1 La structure tarifaire TARPSY

La structure tarifaire TARPSY a été développée par SwissDRG SA et couvre tous les domaines de prestations stationnaires de la psychiatrie pour adultes, enfants et adolescents. Les patients sont répartis dans des groupes de coûts psychiatriques (PCG) avec des forfaits journaliers liés aux prestations, établis en fonction du diagnostic principal, de l'âge, de la gravité de la maladie et des diagnostics secondaires. Les prix (ou tarifs) de base sont négociés entre les hôpitaux et les assureurs. La rémunération effective est calculée sur cette base. Les forfaits journaliers liés aux prestations sont dégressifs. Leur montant diminue à partir du deuxième jour de traitement. La vitesse et la durée de la diminution du montant du forfait journalier dépendent du groupe de coûts.

Le Conseil fédéral a approuvé l'introduction d'une première version de TARPSY au 1^{er} janvier 2018. L'application de TARPSY est obligatoire pour les prestataires de soins hospitaliers à partir du 1^{er} janvier 2018, alors qu'elle était encore facultative pour la pédopsychiatrie jusqu'au 31 décembre 2018.

1.2 Objectifs de l'étude

Le mandat confié à l'Obsan porte sur chacun des trois thèmes que comportait l'évaluation 2016–2019 de la révision de la LAMal sur le financement des hôpitaux, à savoir l'impact sur les coûts et le financement, sur la qualité et sur le paysage hospitalier. À relever ici que la présente étude se concentre sur l'introduction de la structure tarifaire TARPSY en 2018 et non sur l'impact des mesures de la révision de la LAMal sur le financement des hôpitaux en général. Les changements apportés par ces mesures sont pris en compte comme une évolution du contexte général impactant la psychiatrie stationnaire.

De manière plus spécifique, l'étude poursuit les **objectifs** suivants:

- 1) **Coûts et financement:** l'introduction d'un système de rémunération forfaitaire vise à ralentir la croissance des dépenses. Il s'agit donc d'examiner si cet effet est observable dans la croissance des coûts des prestations psychiatriques stationnaires, dans le domaine de la LAMal et dans le système de santé en général, en lien avec l'introduction de la structure tarifaire TARPSY. Une plus grande transparence et une meilleure comparabilité des prestations et des tarifs dans le domaine de la psychiatrie stationnaires est également attendue. D'éventuelles adaptations des prestataires au nouveau système de rémunération en termes de volume d'activité, de pratique de codage, de prix de base ou de transferts de prestations, partielles ou complètes, hors du champ d'application des forfaits sont aussi examinées. Par souci de complétude, des éventuelles modifications dans la structure de financement sont aussi analysées, même si celles-ci sont davantage à mettre en lien avec l'introduction du nouveau financement hospitalier (financement dual-fixe des prestations en particulier) en 2012 qu'avec le système de rémunération des prestations psychiatriques.
- 2) **Qualité de la prise en charge:** la révision vise un effet sur les coûts sans impact collatéral sur la qualité des prestations. Il s'agit donc d'examiner les effets de l'introduction de TARPSY sur la sécurité et la qualité des soins. La qualité des structures, des processus et des résultats est examinée.
- 3) **Paysage hospitalier:** la révision, à travers la pression sur les coûts, vise une augmentation de l'efficacité qui peut amener à un assainissement du portefeuille de prestations. Il s'agit donc d'examiner si l'introduction de la nouvelle structure tarifaire s'accompagne de mouvements de spécialisation ou de

concentration dans le secteur de la psychiatrie stationnaire et si l'accès aux soins pourraient s'en trouver modifié.

1.3 Démarche générale

La présente étude se base principalement sur une analyse quantitative, en combinaison avec des entretiens d'experts. Une analyse de la littérature complète la démarche. L'analyse quantitative s'appuie sur les hypothèses et indicateurs définis par l'étude de concept (Morger et al., 2018); elle met en œuvre l'étude conceptuelle commandée par l'OFSP en se basant sur l'analyse secondaire des ensembles de données existants dans le secteur de la santé. Les sources de données utilisées sont brièvement décrites au chapitre 0. L'Obsan, qui avait contribué à chacun des trois thèmes (Roth et Pellegrini 2018, Tuch et al. 2018, Jörg et Ruflin (2016)), s'appuie sur cette expertise pour l'analyse et l'interprétation des données.

Il convient de noter ici que l'introduction de TARPSY est un élément partiel de la révision de la LAMal sur le financement des hôpitaux, qui comprenait globalement les mesures suivantes:

- 1) des changements dans la planification hospitalière des cantons: l'inscription dans la loi des critères de mesure de l'économicité et de la qualité, la distinction entre hôpitaux répertoriés et hôpitaux conventionnés et l'obligation pour les cantons de coordonner la planification hospitalière au niveau intercantonal,
- 2) le renforcement de la liberté des assurés dans le choix d'un hôpital (choix élargi de l'hôpital),
- 3) l'élargissement de la base d'informations sur l'économicité et la qualité des prestations hospitalières stationnaires,
- 4) le remboursement des prestations hospitalières stationnaires au moyen de forfaits liés aux prestations et
- 5) le financement dual-fixe des prestations hospitalières par les assureurs et les cantons.

La plupart de ces mesures sont également entrées en vigueur pour la psychiatrie en 2012, tandis que le passage aux forfaits liés aux prestations pour la psychiatrie adulte a eu lieu le 1er janvier 2018. Certaines des hypothèses formulées dans l'étude conceptuelle se réfèrent également à des éléments de la révision qui ont été introduits avant 2018. Cela rend difficile l'interprétation claire des évolutions temporelles et surtout l'évaluation de l'existence d'un lien de cause à effet entre l'introduction de TARPSY et les tendances observées.

De plus, les années de données 2020 et 2021 sont biaisées par la pandémie de COVID-19. Même si le recul d'activité y a été moins prononcé que dans les soins somatiques aigus, on peut supposer que l'interprétabilité de l'évolution du nombre de cas en psychiatrie s'en trouve limitée.

C'est pourquoi, en complément de l'analyse des données secondaires, l'étude comporte une enquête auprès d'experts, pour mieux interpréter et contextualiser les résultats. Dix entretiens semi-structurés ont été menés avec des représentants des principales parties concernées (prestataires, assurances, cantons, associations professionnelles et de patients), à raison de deux représentants par partie.

1.4 Structure du rapport

Après la présente partie introductive, les éléments de méthode communs à l'ensemble des thèmes abordés sont présentés au chapitre 2. L'étude est ensuite divisée en cinq chapitres: elle débute par une analyse de la littérature relative à l'introduction de TARPSY, publiée entre 2017 – 2022¹ (chapitre 3). Elle se poursuit avec un compte-rendu de l'évolution des coûts et du financement de la psychiatrie hospitalière, dans lequel sont également abordés les questions du transfert des prestations et des coûts vers d'autres secteurs de soins (chapitre 4). L'évolution des caractéristiques et de la qualité de la prise en charge est abordée au chapitre 5. Enfin, les évolutions décelables dans le paysage de la psychiatrie hospitalière font l'objet du chapitre 6. Chacun des chapitres 4, 5 et 6 se conclut par une synthèse thématique. Le chapitre 7 apporte une synthèse et discussion générale des effets de TARPSY en lien avec les objectifs poursuivis par la révision légale.

¹ L'analyse de la littérature a été réalisée par le bureau BASS sur mandat de l'Obsan.

2 Méthode

2.1 Analyses quantitatives

2.1.1 Période d'analyse

L'étude conceptuelle recommande d'analyser une période de trois à cinq ans avant et après l'introduction de TARPSY. Au moment de la réalisation de l'étude, les données 2022 sont les données les plus récentes disponibles à l'OFS. En conséquence, après la date d'introduction, les développements peuvent être observés sur une période de cinq ans (années de données 2018-2022).

En ce qui concerne la période précédant l'introduction, les données sont disponibles à partir de 2012, selon la source de données. La période d'analyse effective prévue est définie par module et, si nécessaire, par source de données, en tenant compte de la disponibilité et de la qualité des données.

En outre, il faut tenir compte du fait que les années de données 2020 et 2021 sont "faussées" par les effets de la pandémie de COVID-19. Cette influence est sans doute moins importante dans le domaine psychiatrique que dans les soins somatiques aigus, mais elle n'est pas négligeable, d'autant plus qu'en 2020 et en partie 2021, les hospitalisations psychiatriques ont été réduites au minimum ou certaines interrompues précocement afin de mettre à disposition des lits et des capacités pour les patients atteints de COVID-19.

2.1.2 Univers de base

Nombre de cas en psychiatrie (MS)

Délimitation du domaine de soins «psychiatrie»: les analyses de la statistique médicale des hôpitaux (MS) ont pris en compte uniquement les cas relevant de la psychiatrie et donc potentiellement pertinents pour le TARPSY. La distinction a été opérée selon la procédure décrite ci-après.

Afin de distinguer les différents domaines de soins – soins somatiques aigus, réadaptation et psychiatrie –, on a réparti les cas recensés dans la MS selon le type d'établissement (conformément à la typologie des hôpitaux), le centre de prise en charge des coûts (variable 1.4.V01) et le tarif de facturation (variable 4.8.V01): une première étape a consisté à attribuer les cas à la psychiatrie (M500) ou à la réadaptation (M950) en fonction du centre de prise en charge des coûts. Parmi les cas restants, on a identifié dans un deuxième temps et en se basant sur le type d'établissement, d'autres cas de psychiatrie (K211, K212) ou de réadaptation (K221). Pour la troisième étape, le tarif de facturation a servi de critère pour attribuer soit aux soins somatiques aigus soit à la réadaptation les cas recensés dans les cliniques

spécialisées en gériatrie (K234) ou les cas relevant du centre de prise en charge des coûts de la gériatrie (M900). Les cas non attribués à un domaine de soins lors des étapes précédentes (une à trois) ont été classés dans les soins somatiques aigus lors de la quatrième étape. Enfin, une cinquième étape a consisté à adapter la répartition des cas pour certains hôpitaux. Ces adaptations s'appuient sur les résultats de la plausibilisation des données, les expériences de l'Obsan tirées d'études antérieures ainsi que des clarifications auprès des cantons compétents. Elles sont consignées dans un système central (ObsanSITE). L'analyse utilise les définitions ci-après.

Définition des cas: un cas correspond en principe à une hospitalisation (voir à ce sujet les regroupements de cas dans la section «Harmonisation des séries temporelles» ci-dessous). Pour le secteur de la psychiatrie, les analyses de la MS ont pris en compte aussi bien des cas statistiques A que C. Les cas A désignent des hospitalisations dont l'admission et la sortie ont toutes deux eu lieu au cours de la même année civile. Les cas C sont des hospitalisations qui se sont prolongées durant toute l'année considérée, c'est-à-dire que le patient ou la patiente n'a pas quitté l'hôpital au cours de l'année.

Nombre de sites de psychiatrie (KS)

L'analyse des coûts et du financement et celle de l'évolution du paysage se concentrent respectivement sur les établissements et les sites de psychiatrie stationnaire. L'univers est défini comme l'ensemble des sites répertoriés dans la statistique des hôpitaux (KS) ayant des cas relevant de la psychiatrie dans la statistique médicale des hôpitaux (MS). Quelques ajustements ont toutefois été nécessaires dans les données afin d'assurer la cohérence temporelle:

- Lorsqu'il n'est pas possible de différencier les cas psychiatriques des cas de soins somatiques aigus sur une partie ou la totalité de la période étudiée, le site a été exclu de l'analyse. C'est le cas pour deux sites sur la période d'analyse, un en Argovie et un à Bâle;
- Dans quelques rares cas, lorsque les séries temporelles étaient presque complètes et qu'aucune information ne permettait de supposer une fermeture, les données temporelles ont été corrigées sur la base de l'année successive. C'est le cas pour deux sites en 2012.

Les autres ajustements spécifiques à l'analyse des établissements ou des sites sont décrits dans les chapitres correspondants.

T 2.1 Délimitation des domaines de soins

	Critère (variable)	Soins somatiques aigus	Psychiatrie	Réadaptation
Définition d'un cas ¹	Cas statistique	A	A, C	A
Délimitation des secteurs de prise en charge	Centre de prise en charge des coûts ²	autres	M500	M950
	Typologie des établissements de santé ³	autres	K211, K212	K221
	Typologie des établissements de santé ³ Tarif de facturation ⁴	autres - combiné avec le centre de coûts M900	K211, K212 M900 et tarif = Swiss-DRG	K221
	Tarif de facturation ⁴ Adaptations spécifiques aux hôpitaux (état en novembre 2023)	- combiné avec le type d'hôpital K234 Adaptations spécifiques aux hôpitaux		M900 et tarif ≠ SwissDRG K234 et tarif ≠ SwissDRG

¹⁾ A: sortie entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre; C: entrée avant le 1^{er} janvier et poursuite du traitement après le 31 décembre.

²⁾ M500 = psychiatrie et psychothérapie; M900 = gériatrie; M950 = médecine physique et réadaptation

³⁾ K21 = cliniques psychiatriques; K221 = cliniques de réadaptation; K234 = cliniques spécialisées en gériatrie

⁴⁾ Tarif de facturation: 1 = le cas est facturé selon SwissDRG

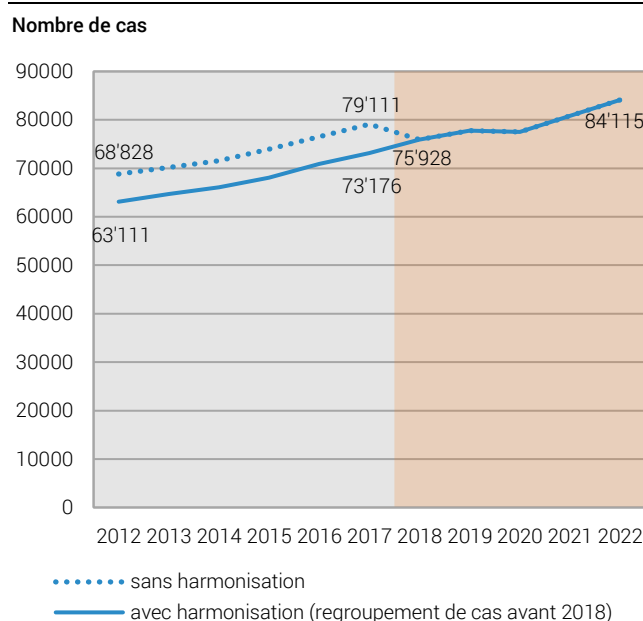
Sources: OFS – statistique médicale des hôpitaux (MS), statistique des hôpitaux (KS)

© Obsan 2024

Harmonisation des séries temporelles: l'introduction de TARPSY a entraîné une rupture dans la série des données entre 2017 et 2018. Jusqu'à fin 2017, la statistique enregistrait comme cas psychiatrique à part entière toute admission dans un établissement hospitalier, qu'elle fût ou non liée à une hospitalisation antérieure (réadmission). Autrement dit, lorsqu'une patiente ou un patient devait être réhospitalisé, pour cause de complications, cinq jours après sa sortie de l'hôpital, cette deuxième hospitalisation était considérée comme un cas en soi et les deux séjours hospitaliers faisaient l'objet de deux entrées distinctes dans la statistique médicale des hôpitaux. L'introduction de TARPSY a modifié le mode de saisie des cas à partir du 1^{er} janvier 2018. Les cas de personnes réadmis ou transférées dans le même hôpital dans les 18 jours qui suivent leur sortie sont désormais regroupés en un seul cas. Dans la MS, cette nouvelle règle régissant le regroupement de cas signifie que certaines admissions enregistrées depuis 2018 se composent de plusieurs séjours hospitaliers regroupés et que le nombre effectif de séjours ne figurera plus dans la statistique. Cette manière de procéder conduit à une réduction «artificielle» du nombre de cas (voir G 2.1) et se répercute également sur le calcul de certains indicateurs tels que la durée moyenne de séjour ou les réadmissions. À partir de 2018, les valeurs de ces deux indicateurs apparaissent d'ailleurs comme trop élevées par rapport aux années précédentes.

Pour qu'il soit malgré tout possible d'établir des comparaisons dans le temps, les cas de 2012 à 2017 ont été regroupés rétroactivement selon les règles de regroupement de TARPSY (voir SwissDRG, 2019). Cette opération a réduit le nombre total des cas de 2,0% en 2009 et de 2,2% en 2010 et en 2011. La rupture dans la série chronologique est ainsi éliminée, et il est possible de procéder à des comparaisons temporelles de 2012 à 2022 (voir G 2.1).

G 2.1 Influence du regroupement de cas sur le nombre de cas en psychiatrie, de 2012 à 2022



Source: OFS – statistique médicale des hôpitaux (MS) © Obsan 2024

Code de liaison anonyme (CLA): pour analyser le parcours de traitement de certains patients dans la statistique médicale (notamment en cas de réadmissions ou de séjours multiples), on utilise le code de liaison anonyme de l'OFS. Ce code est un identifiant anonyme du patient, généré pour chaque cas par cryptage des données d'identification (nom, prénom, date de naissance et sexe). Le cryptage et la génération du code sont assurés directement par les hôpitaux, le code étant ensuite transmis à l'OFS.

Il s'est cependant avéré par le passé que le code de liaison pouvait être erroné. Tuch et al. (2018) ont par exemple montré que la proportion de patients au code de liaison erroné varie fortement d'une année à l'autre et se situe entre 0,86% et 7,01% pour la période 2009 à 2016. Pour une étude systématique des CLA erronés, voir Zellweger et Bopp (2019). Une certaine prudence s'impose dès lors dans l'interprétation des indicateurs ou des variables basés sur le CLA.

Regroupement en groupes de coûts psychiatriques (PCG)

Les cas attribués au domaine de la psychiatrie ont été réunis dans des groupes de coûts psychiatriques (PCG) ou des PCG de base (APCG) au moyen d'un logiciel de regroupement de SwissDRG (Javagrouper) installé sur un ordinateur local. Les groupes de coûts psychiatriques de base (APCG) réunissent en principe des diagnostics identiques. Les PCG se distinguent des APCG par le fait qu'ils sont plus homogènes en termes de coûts, car ils sont définis sur la base de séparateurs de coûts (tels le degré de gravité [HoNOSCA]), l'âge, les diagnostics secondaires aggravants, etc.), qui sont associés à une utilisation accrue de ressources.

Entre la version 1.0 et la version 2.0 de la structure tarifaire TARPSY, les PCG ont subi des changements (le groupe TP20 a été intégré dans le groupe TP21). Afin de garantir une pertinence optimale des comparaisons temporelles, les cas des années 2012 à 2018 ont dès lors été regroupés sur la base de la version 2.0 (et non pas 1.0). Les données des années 2019 à 2022 ont quant à elles été regroupées à l'aide de la version correspondante: 2019 et 2020 avec la version 2.0, 2021 avec la version 3.0 et 2022 avec la version 4.0.

À titre général, relevons qu'avant 2018 certaines informations pertinentes pour le regroupement n'étaient pas saisies dans la statistique médicale des hôpitaux. Cela vaut en particulier pour l'intensité des symptômes au moment de l'admission, qui est saisie sous «Procédures» dans la statistique médicale et consignée au moyen de HoNOSCA. En l'absence de cette information, il est impossible de répartir les cas de manière fiable dans les PCG. C'est les cas des APCG TP21, TP24 et TP27. Aux côtés des valeurs HoNOSCA, le codage des diagnostics secondaires joue un rôle central pour la répartition dans les PCG (diagnostics secondaires dits de complication). Comme la saisie des diagnostics secondaires ne jouait pas un rôle en soi pour la facturation avant l'introduction de TARPSY (certains cantons l'utilisant peut-être déjà), les diagnostics secondaires étaient codés moins souvent qu'après l'introduction de TARPSY (voir le chapitre sur la qualité du codage). Cet état de fait exerce en toute logique une influence sur la répartition dans les PCG. Pour qu'il soit néanmoins possible d'établir des comparaisons sur la période allant de 2012 à 2022, nous utilisons en priorité les APCG. L'attribution à un APCG se base sur le diagnostic principal, dont on peut supposer qu'il était codé de manière fiable avant 2018.

Puisque l'attribution aux PCG détermine les *cost-weights* journaliers des cas, l'absence de codage des diagnostics secondaires et de l'intensité des symptômes exerce également une influence

sur les *cost-weights* moyens ou le *day mix index*. La prudence est donc de mise lors de l'interprétation des valeurs d'avant 2018.

2.1.3 Données

Les sources de données suivantes servent de base à l'analyse des données secondaires:

Statistique des hôpitaux (KS): la statistique des hôpitaux de l'OFS sert en premier lieu à décrire l'infrastructure et l'activité des hôpitaux et maisons de naissance de Suisse. Les établissements soumis à l'obligation de renseigner rendent compte chaque année, entre autres, des prestations ambulatoires et hospitalières fournies, du personnel ainsi que de leur compte d'exploitation. Pour le présent mandat, la statistique des hôpitaux utilise d'une part des informations permettant d'identifier les fournisseurs de prestations et le type d'hôpital, et analyse d'autre part les données relatives à la dotation en personnel ainsi qu'aux coûts et aux recettes selon la comptabilité analytique par unité finale d'imputation.

Statistique médicale des hôpitaux (MS): la MS de l'OFS recueille chaque année les données relatives à toutes les hospitalisations dans les hôpitaux et les maternités suisses. L'OFS recueille des informations sociodémographiques sur les patients (par exemple leur âge et leur région de résidence), des données administratives (par exemple le type d'assurance ou le lieu de séjour avant l'hospitalisation) et des informations médicales telles que les diagnostics et les traitements. Un défi concerne la délimitation des domaines de soins somatiques aigus, de réadaptation et de psychiatrie dans les données de la SEP. Certes, les cliniques psychiatriques et de réadaptation peuvent être distinguées selon la typologie des hôpitaux de l'OFS. Toutefois, d'une part, les hôpitaux de soins aigus traitent également des patients psychiatriques et, d'autre part, la classification selon la typologie des hôpitaux est régulièrement actualisée, ce qui ne permet pas d'obtenir des évolutions stables dans le temps. L'Obsan dispose d'un système central (ObsanSITE) qui assure une délimitation stable des domaines de prise en charge des soins somatiques aigus, de la réadaptation et de la psychiatrie à partir de 2012. Le système se base sur l'expérience acquise par l'Obsan lors de nombreux mandats dans le cadre de planifications hospitalières cantonales.

Données des patients des hôpitaux ambulatoires (PSA): les données des patients des hôpitaux ambulatoires sont collectées par l'OFS et comprennent toutes les prestations ambulatoires facturées par les hôpitaux et les maisons de naissance. Les prestations ambulatoires fournies sont enregistrées conformément à la facturation. Le relevé PSA contient des informations sociodémographiques de base sur les patients, des indications sur les prestations individuelles facturées (positions tarifaires) ainsi que sur les fournisseurs de prestations qui les réalisent. La collecte de données sert à des fins statistiques et administratives. Avec les statistiques hospitalières et médicales, elles donnent une image complète de ces établissements et de leurs prestations aux patients.

Mesures ANQ: l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) coordonne et réalise des mesures de qualité dans les soins hospitaliers. Entre autres, la satisfaction subjective des patients est régulièrement évaluée à l'aide de questionnaires pour toutes les spécialités, mais aussi spécifiquement pour le domaine de la psychiatrie. En outre, des informations sur les symptômes et les mesures de restriction de liberté sont collectées pour la psychiatrie.

SASIS AG, pool de données (DP): le pool de données est une base de données dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Le DP sert en premier lieu de système d'information sectoriel et permet aux assureurs-maladie de suivre le comportement des groupes d'assurés et des fournisseurs de prestations (notamment pour les contrôles d'économicité) ainsi que l'évolution des primes et des coûts dans le domaine de l'AOS. Le DP contient des informations sur les prestations AOS et fournit un résultat global par institution médicale (cabinet médical, pharmacie, hôpital, établissement médico-social, soins à domicile, etc.) en tant que "centre de coûts" avec toutes les indications telles que les prestations brutes facturées, le nombre de documents facturés. Conformément à la protection des données, les informations concernant les fournisseurs de prestations < 6 ne peuvent pas être transmises.

Données tarifaires HSK: la communauté d'achat HSK effectue pour Helsana, Sanitas et CPT l'achat de prestations dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS). HSK propose sur demande des informations tarifaires étendues contre rémunération. Pour les présentes analyses, nous utilisons un jeu de données dans lequel tous les tarifs hospitaliers de tous les hôpitaux et cliniques sont réenregistrés depuis 2016.

2.2 Entretiens d'experts

Des experts ont été consultés afin de mieux comprendre les résultats. La procédure suivante a été suivie:

- 1) **Entretiens avec des experts:** dans un premier temps, les experts ont été confrontés aux principaux résultats de l'analyse statistique et leur interprétation recueillie dans le cadre d'entretiens semi-structurés. Les opinions individuelles ont ensuite été rassemblées et synthétisées.
- 2) **Consolidation en groupe:** dans un deuxième temps, les déclarations et surtout les différences de point de vue ont été discutées dans le cadre d'une séance commune avec tous les experts. Les résultats de ce processus enrichissent l'interprétation des résultats ainsi que le chapitre de discussion ou de synthèse.

Les experts à impliquer ont été définis en collaboration avec le mandant. Il s'agit de représentants des parties prenantes suivantes: prestataires de soins, assureurs, cantons, organisations de patients et associations professionnelles. Deux représentants par partie prenante ont été interrogés.

3 Littérature

Texte original en allemand, à consulter dans le [document d'accompagnement](#).

3.1 Contexte et problématique

Le dispositif de l'étude (basé sur Morger et al., 2018) comprend non seulement des analyses de données et des entretiens avec des experts, mais aussi une analyse de la littérature. Le présent chapitre résume les constats qui ressortent d'études scientifiques et d'articles spécialisés consacrés aux effets de TARPSY dans les domaines suivants: 1) coûts et financement; 2) qualité des soins et 3) paysage hospitalier. Pour permettre d'apprécier plus aisément l'évolution de la situation en psychiatrie, ce rapport présente également, pour chacun de ces trois niveaux d'analyse, les principales observations issues de l'évaluation de l'introduction des forfaits par cas en médecine somatique (voir à ce sujet OFSP, 2019).

3.2 Méthodologie et bases de données

Une recherche bibliographique systématique a servi à identifier, parmi la littérature scientifique et la littérature grise, les publications qui mettent en lumière les effets de l'introduction de TARPSY. Cette recherche a été menée à l'aide de mots-clés en allemand, en français et en anglais² dans diverses bases de données (PubMed, Swisscovery) et des archives de revues spécialisées (Bulletin des médecins suisses, Swiss Medical Weekly, Revue médicale suisse, Swiss Medical Forum). Elle comporte aussi une recherche documentaire générale. Le rapport tient compte d'études empiriques et de publications spécialisées publiées à partir de 2018 et présentant la situation en Suisse, ainsi que de la recherche concomitante de la FMH (enquête annuelle représentative menée depuis 2011 auprès du corps médical sur les conditions-cadres régissant l'activité médicale). Ont été exclus de l'analyse les articles de presse, les prises de position et les interviews, de même que les articles spécialisés consacrés à la conception du système tarifaire.

Les critères de recherche appliqués ont permis d'identifier une bonne cinquantaine d'articles ou rapports spécialisés susceptibles d'être retenus ainsi que des documents de six cantons

relatifs aux soins psychiatriques. Après élimination des doublons et des publications non pertinentes, treize références bibliographiques ont été examinées plus en détail. Dans l'ensemble, il apparaît que les études scientifiques sur les effets de TARPSY sont jusqu'ici plutôt rares: soit les données probantes se limitent pour l'essentiel à 2018 (première année d'application de TARPSY), soit le dispositif des études porte sur l'évolution dans le domaine de la psychiatrie stationnaire en général et ne met pas explicitement en évidence le rôle de TARPSY (voir T 9.1 en annexe).

3.3 Effets de l'introduction de forfaits liés à la prestation: observations tirées de la littérature scientifique

Ce sous-chapitre présente les effets du passage aux forfaits liés aux prestations en soins somatiques aigus (SwissDRG) et en psychiatrie (TARPSY), tels qu'ils sont décrits dans la littérature scientifique, en distinguant trois niveaux d'analyse: coûts et financement (3.3.1), qualité des soins (3.3.2) et paysage hospitalier (3.3.3). Les résultats concernant l'évolution dans le domaine des soins somatiques aigus (OFSP, 2019) se réfèrent à la période 2012 à 2016.

3.3.1 Coûts et financement

Parmi les effets escomptés de l'introduction de forfaits liés aux prestations au niveau des coûts et du financement figurent une transparence accrue des prestations et des coûts, une meilleure comparabilité et, partant, la promotion de la **concurrence** entre les hôpitaux. Ces effets comprennent également l'**accroissement de l'efficacité** (optimisation des processus, spécialisation, meilleure gestion des interfaces), le **transfert de prestations** vers des secteurs situés en amont ou en aval et le **ralentissement de la croissance des coûts** (OFSP, 2019).

² Le mot-clé «TARPSY» a été utilisé seul ou a parfois été associé à d'autres mots-clés (effect*, effet*, impact, remuneration, psychiatric); dans PubMed, la recherche a de plus été limitée à la Suisse (affiliation: switzerland).

Évolution en soins somatiques aigus

Conformément aux attentes, l'introduction de SwissDRG en 2012 a amélioré la transparence des prestations et des coûts dans le domaine des soins somatiques aigus. La pression financière sur les hôpitaux de soins aigus s'est intensifiée et les forfaits par cas liés aux prestations ont incité les établissements à accroître leur efficacité et leurs efforts en matière de qualité (p. ex. standardisation des processus thérapeutiques, principes d'organisation, gestion des sorties et des interfaces, certifications, systèmes de gestion des erreurs). Après une forte hausse en 2012, les coûts de production par cas se sont stabilisés à partir de 2014 et le montant des tarifs de base a diminué entre 2012 et 2016 (OFSP, 2019). Si la croissance des coûts des prestations hospitalières stationnaires relevant du domaine de l'assurance obligatoire des soins (AOS) a certes légèrement ralenti, il n'est pas certain que cet effet perdure sur le long terme. Aucun ralentissement de la croissance des coûts n'a cependant été obtenu en dehors du secteur des soins aigus. Les données disponibles ne permettent pas de déterminer dans quelle mesure les transferts de prestations vers les secteurs situés en amont et en aval (voir à ce sujet le chapitre 3.3.3) se sont révélés rentables ou s'ils n'ont pas du tout permis d'économiser des coûts.

Les effets non souhaités des forfaits par cas liés aux prestations (mesures visant à augmenter les recettes, tels l'accroissement du volume d'activités, le surcodage, le rationnement, la réduction du personnel) ont pour l'essentiel épargné la médecine somatique aiguë (OFSP, 2019).

Évolution en psychiatrie

En ce qui concerne la psychiatrie stationnaire, on ne dispose guère d'informations sur l'évolution des coûts, des quantités et des prix ni sur celle des transferts de prestations suite à l'introduction de TARPSY. Les analyses de la statistique des hôpitaux et de la statistique médicale des hôpitaux pour l'année 2018 font état d'une hausse du nombre et de la qualité des codes de diagnostic et de procédure saisis, ces codes étant déterminants pour l'attribution aux groupes de coûts psychiatriques (PCG) et donc pour le financement (OFS, 2020)³. La saisie plus détaillée des informations (notamment pour ce qui est de la gravité des symptômes et des diagnostics secondaires) a accru, par rapport à 2017, la part des PCG nécessitant davantage de ressources au sein de la plupart des groupes de coûts de base⁴. Selon les estimations de l'OFS, le montant des tarifs moyens facturés par journée de soins sous TARPSY aurait également augmenté au début de l'application du nouveau système tarifaire. En psychiatrie adulte, le tarif journalier moyen avait certes déjà légèrement augmenté entre 2016 et 2017 (soit les deux dernières années du système à forfaits journaliers), mais la hausse s'est avérée plus forte en 2018. Bien que le nombre de séjours ait diminué entre 2017 et 2018 et que leur durée moyenne soit restée relativement stable,

on peut admettre, sur la base de ces estimations, que les coûts totaux ont légèrement augmenté dans le système TARPSY (OFS, 2020).

Comme dans les soins somatiques aigus, la pression financière semble s'être accrue en psychiatrie. À lire la littérature scientifique, cette situation serait toutefois moins liée au changement de système tarifaire lui-même qu'aux défis posés par la représentation des coûts effectifs dans ce système. La sortie d'essai (sortie prolongée ou week-end hors de la clinique), souvent nécessaire à la réinsertion des patients, ne serait par exemple pas suffisamment rémunérée dans TARPSY (voir notamment Baumgartner et al., 2022).

La littérature ne fait pas état d'effets indésirables (surcodage ou accroissement du volume d'activités, p. ex.) ou ne comprend pas d'études qui leur soient spécialement consacrées.

3.3.2 Qualité des soins

La révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier avait pour objectif prioritaire d'endiguer la croissance des coûts dans le secteur hospitalier stationnaire tout en préservant l'accès à des soins de haute qualité. L'introduction des forfaits liés aux prestations a cependant suscité, tant en médecine somatique aiguë qu'en psychiatrie, la crainte d'assister à une dégradation systématique de la qualité. La préoccupation première était de voir les hôpitaux autoriser la sortie trop précoce de patientes ou de patients pour des raisons financières, sorties à même d'entraîner un effet de «tourniquet» (réadmissions rapides dans le secteur stationnaire; voir entre autres OFSP, 2019; Schneeberger et al., 2018). La deuxième crainte était d'assister à une hausse de la charge administrative incombant au personnel au détriment des activités directement liées au patient (voir p. ex. Unger-Köppel, 2016).

Évolution en soins somatiques aigus

En médecine somatique aiguë, l'évolution des cinq premières années qui ont suivi l'introduction de SwissDRG n'a pas confirmé les craintes quant à la détérioration de la qualité des soins (OFSP, 2019). Les hôpitaux ont apporté des améliorations à la qualité des structures et des processus (infrastructure, qualité des services, optimisation des procédures de traitement, etc.) et l'accès aux soins reste garanti: rien n'indique que les DRG aient conduit à des violations systématiques de l'obligation d'admission (sélection des patients) ou à des changements dans l'établissement des diagnostics ou dans le choix des traitements. Divers signes montrent cependant que l'optimisation des processus dans les hôpitaux augmente le stress chez le personnel médical et soignant, une évolution qui pourrait en fin de compte détériorer la qualité des soins. Des défauts de qualité apparaissent parfois aussi au niveau des interfaces avec le secteur en aval, notamment dans la

³ Trezzini (2021) souligne cependant qu'il reste nécessaire d'améliorer encore la qualité de la saisie des données.

⁴ À titre de comparaison, le système TARPSY (version de décompte 2018) a été appliqué aux séjours de l'année 2017 (OFS, 2020).

gestion des sorties (transferts de courte durée et rapports de transfert incomplets, p. ex.).

Pour ce qui est de la qualité des résultats, les données empiriques sur les effets des DRG ne sont pas claires. Les durées de séjour en soins somatiques aigus s'étant raccourcies, des sorties prématurées ne sont pas à exclure. On ignore toutefois dans quelle mesure les séjours plus courts ou les sorties plus précoces ont un impact négatif sur la patientèle. En soins somatiques aigus, le nombre des réhospitalisations avait déjà augmenté avant l'introduction des DRG, mais les analyses approfondies des données ne confirment pas l'hypothèse d'un effet de «tourniquet» causé par la réduction des durées de séjour. Du point de vue des prestataires intervenant en aval, des indices dénotent néanmoins une tendance allant dans ce sens. Pour ce qui est d'autres indicateurs de la qualité des résultats, certains révèlent une amélioration (telle la baisse de la morbidité à 30 jours après une intervention hospitalière), tandis que d'autres sont restés stables (comme la prévalence de chutes et d'escarres ou la satisfaction des patients). Dans l'ensemble, le changement de système ne semble pas avoir eu des effets clairement négatifs ou positifs sur la qualité des résultats en soins somatiques aigus (OFSP, 2019).

Évolution en psychiatrie

Alors que les forfaits par cas en soins somatiques aigus incitent à l'évidence à transférer les patients le plus tôt possible vers le secteur de soins en aval, le barème dégressif des forfaits journaliers dans TARPSY ne vise pas à raccourcir les durées de séjour en psychiatrie. La structure tarifaire reflète plutôt les observations faites dans la pratique, à savoir que les coûts journaliers moyens diminuent au fil des séjours plus longs (Hepp et al., 2020). En moyenne, TARPSY permet de couvrir aussi les coûts de séjours plus longs (Morger et al., 2018). Les réglementations qui prévoient le regroupement de cas (les réadmissions dans les 18 jours étant regroupées avec le traitement initial) constituent en outre une mesure visant à prévenir les sorties prématurées (Schneeberger et al., 2018).

Pour étudier l'impact de TARPSY sur les durées de séjour et les taux de réadmission, Hepp et al. (2020) ont analysé les données statistiques sur les traitements administrés dans les quatre plus grandes cliniques psychiatriques du canton de Zurich en 2017 (système tarifaire des forfaits journaliers) et en 2018 (TARPSY)⁵. Les résultats montrent que les craintes ne se sont pas vérifiées, du moins durant la première année après le passage aux forfaits liés aux prestations: la durée moyenne de séjour est restée globalement stable, tant en psychiatrie pour adultes qu'en gérontopsychiatrie. Dans certains groupes de diagnostics, la durée

moyenne de séjour a certes diminué de manière significative (addictions, groupe de diagnostics F10-F19 dans CIM-10; troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes, groupe de diagnostics F40-F48), alors que les taux de réadmission sont demeurés constants et que le risque de réadmission a même plutôt diminué en psychiatrie pour adultes au cours de la première année après l'introduction de TARPSY. Selon Hepp et al. (2020), les données disponibles ne permettent pas de savoir dans quelle mesure cette dernière évolution est une conséquence directe de TARPSY, si elle reflète une tendance générale à la baisse des taux de réadmission ou si d'autres facteurs encore sont ici en jeu.

En ce qui concerne la durée de séjour, les rapports cantonaux sur les soins psychiatriques soulignent que les dispositions relatives au regroupement de cas dans TARPSY rendent difficile la comparaison avec les années précédentes (voir également Schuler et al., 2020). Certains cantons constatent que la durée moyenne de séjour s'est allongée après le passage à TARPSY (BS et SO,⁶ p. ex.); tandis que la nouvelle définition des cas, adoptée avec le changement de système, a aussi diminué le nombre de cas (notamment à BS, SO, LU et SG)⁷. Indépendamment du système tarifaire, les durées moyennes de séjour en psychiatrie stationnaire sont en baisse depuis de nombreuses années (depuis 2003 dans le canton de SG, avec une réduction annuelle d'un peu plus de 2%, voir Département de la santé du canton de Saint-Gall, 2022; à l'échelle de la Suisse, la durée moyenne de séjour a diminué d'environ 2,5 jours entre 2012 et 2020, voir GS BS et VGD BL, 2022). Il s'agit là d'une évolution souhaitable du point de vue du renforcement des soins psychiatriques de proximité. Elle nécessite cependant un accompagnement efficace des transferts vers des structures intermédiaires ou ambulatoires afin de garantir le suivi et d'éviter les réadmissions (Baumgartner et al., 2022; concernant l'interaction entre les structures de soins, voir le chapitre suivant 3.3.3).

Certaines informations concernant l'influence du système tarifaire sur les soins psychiatriques proviennent de la recherche concomitante de la FMH, une enquête représentative menée chaque année depuis 2011 auprès des médecins. En psychiatrie, la part des personnes interrogées qui jugent plutôt mauvaise la qualité des soins sous le système tarifaire en vigueur a nettement augmenté l'année de l'introduction de TARPSY par rapport à l'année précédente (22% en 2017; 29% en 2018; voir Golder et Jans, 2018). Il en va de même pour l'influence du système de tarification sur les conditions générales de travail, où 35% des personnes interrogées ont estimé que TARPSY a eu un effet négatif (contre 22% en 2017). La comparaison à long terme de ces indicateurs et d'autres encore (telle l'influence du système tarifaire sur la satisfaction des patients, la liberté thérapeutique, le nombre d'erreurs

⁵ Sorties enregistrées en 2017 et en 2018: plus de 26 000 traitements, soit 15 000 patientes et patients. Il s'agit des données de dossier anonymisées que les cliniques sont tenues de fournir à la direction de la santé du canton de Zurich.

⁶ Selon les résultats de Hepp et al. (2020), cela ne s'applique pas à la clinique spécialisée dans le traitement d'addictions sise dans le canton de SO: la durée moyenne de séjour y était plus courte en 2018 et

en 2019 (après l'introduction de TARPSY) que les années précédentes (2016 et 2017; voir Office de la santé du canton de Soleure, 2022).

Dans le canton de FR, les durées de séjour des personnes présentant des problèmes de dépendance ont également diminué depuis le passage à TARPSY (Dessart et Dietrich, 2021).

⁷ Voir Conseil d'État du canton de Bâle-Ville (2019); Office de la santé du canton de Soleure, 2022; Conseil d'État du canton de Lucerne, 2021; Département de la santé du canton de Saint-Gall, 2022.

médicales causées par des personnes) faisant état de fortes variations, il s'avère cependant impossible de donner une appréciation réelle de l'effet de TARPSY⁸. Les données issues de l'enquête ne dénotent pas non plus de tendances claires démontrant que TARPSY serait la cause d'une évolution problématique dans la prise en charge (réhospitalisation non planifiée avec le même diagnostic, renoncement à des traitements ou remplacement de traitements pour des raisons de coûts; voir Golder et al., 2022).

Selon la recherche concomitante de la FMH, près d'un tiers (32%) des médecins travaillant en psychiatrie ont estimé en 2018 et en 2019 que le système tarifaire avait une (plutôt) forte influence sur leur travail quotidien avec les patientes et les patients. Cette proportion est nettement plus élevée qu'avant l'introduction de TARPSY (25% en 2017). Les enquêtes de 2014 et de 2015 avaient néanmoins aussi révélé que des parts accrues parmi les personnes interrogées estimaient que le système tarifaire de l'époque exerçait une influence importante (Golder et al., 2019). En ce qui concerne l'équilibre entre la charge de travail administratif et le traitement du patient proprement dit, la recherche concomitante de la FMH révèle, depuis qu'elle a été lancée en 2011, une tendance à l'accroissement de la charge de travail que représente la tenue des dossiers des patients. Rien n'indique cependant que le travail en contact direct avec les patients en ait été affecté; le temps consacré aux tâches médicales auprès des patients n'a guère changé après le passage à TARPSY (Golder et al., 2022).

3.3.3 Paysage hospitalier

Pour ce qui est du paysage de la psychiatrie hospitalière, on s'attendait à ce que le passage aux forfaits liés aux prestations engendre des **transferts** «aptes à améliorer l'efficacité» vers des secteurs situés en amont ou en aval (en supposant que certaines prestations puissent être fournies en dehors du secteur hospitalier stationnaire moyennant la même qualité et à des coûts moindres). Un autre effet escompté (à plus long terme) résidait dans les **processus de concentration et de spécialisation** dans le système hospitalier (OFSP, 2019).

Évolution en soins somatiques aigus

En soins somatiques aigus, le transfert de prestations vers des secteurs en aval avait déjà commencé avant l'introduction des forfaits par cas, notamment dans le cadre de l'accroissement général de la part ambulatoire dans les prestations de soins. Cette évolution s'est renforcée à partir de 2012, coïncidant avec une forte hausse des transferts des soins somatiques aigus vers les EMS, les soins ambulatoires et les hôpitaux de réadaptation.

Durant la période de 2012 à 2016, la révision n'avait encore guère produit d'effets au niveau du système hospitalier. Dans le domaine des soins somatiques aigus, les tendances à la concentration amorcées déjà auparavant se sont poursuivies après 2012 (OFSP, 2019).

Évolution en psychiatrie

Les effets de TARPSY sur les transferts de prestations ainsi que sur le paysage hospitalier dans la prise en charge psychiatrique n'ont pas encore fait l'objet d'analyses empiriques. Dans les rapports de planification cantonaux et les programmes de psychiatrie analysés, le transfert (souhaité) du secteur stationnaire vers des structures ambulatoires et intermédiaires – en lieu et place ou à la suite d'un traitement stationnaire – est en grande partie considéré indépendamment du barème du système tarifaire stationnaire. Du point de vue des cantons, le potentiel de transfert du secteur stationnaire vers les secteurs intermédiaire et ambulatoire représente 5 à 25% des cas (GS BS et VGD BL, 2022). La littérature spécialisée relève cependant que les différences dans les modalités de financement entre secteur hospitalier et secteur ambulatoire⁹ ainsi que les disparités cantonales dans la réglementation régissant les structures de soins intermédiaires¹⁰ peuvent engendrer des incitations erronées pour l'évolution du système de soins et entraver les transferts de prestations susceptibles d'accroître l'efficacité (voir notamment Baumgartner et al., 2022; Noll et al. 2022). TARPSY est en outre parfois perçu comme un obstacle à la mise en place de soins psychiatriques intégrés, car le système tarifaire est conçu pour le traitement aigu, mais pas pour le suivi socio-pédagogique et sociothérapeutique destiné à stabiliser l'état du patient et à assurer son intégration (Baumgartner et al., 2022). Des documents cantonaux consacrés aux soins psychiatriques, il ressort néanmoins dans l'ensemble que c'est moins la rémunération des prestations stationnaires que la volonté des prestataires et des acteurs cantonaux à mettre en place et à développer les structures en amont et en aval qui déterminent l'évolution du paysage hospitalier.

3.4 Conclusion

Les effets du nouveau système tarifaire TARPSY sur l'évolution des coûts, la qualité de la prise en charge et le système de soins n'ont jusqu'ici guère fait l'objet d'études scientifiques. Il ressort des travaux et documents disponibles que le passage aux forfaits journaliers liés aux prestations en psychiatrie n'a entraîné de grands changements à aucun niveau de l'analyse. L'amélioration de la transparence et de la comparabilité des prestations et des

⁸ Ces fluctuations peuvent notamment s'expliquer par la taille relativement petite de l'échantillon dans le domaine de la psychiatrie (n≈ 100).

⁹ Le passage prévu à un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS) permettrait d'atténuer ce problème.

¹⁰ En l'absence de structure nationale ou à même de couvrir les coûts, les structures de soins telles que les cliniques de jour et de nuit ou le traitement à domicile sont cofinancées via des contrats de prestations cantonaux.

coûts a toutefois créé une base permettant de réaliser les recherches correspondantes.

Les études menées à ce jour n'ont pas confirmé les conséquences négatives que l'on redoutait lors du passage à TARPSY (sorties trop précoces pour des raisons financières ou moins de temps pour les tâches auprès des patients). En psychiatrie, la qualité de la prise en charge dépend dans une large mesure de l'interaction entre les différents domaines de soins. Les documents et projets cantonaux actuels relatifs à la planification des soins en psychiatrie confirment l'appréciation de Morger et al. (2018), selon laquelle les modifications du paysage hospitalier sont largement indépendantes du système tarifaire (stationnaire). Ce qui compte surtout dans ce domaine, c'est la question du financement (uniforme et couvrant les coûts) des structures intermédiaires ainsi que les incitations induites par le financement différencié des prestations ambulatoires et stationnaires. TARPSY fait certes partie intégrante de ce système, mais il semble toutefois exercer une influence bien moindre (du point de vue cantonal du moins) que les autres conditions-cadres.

4 Évolution des coûts et du financement de la psychiatrie stationnaire

4.1 Objectifs

Ce chapitre porte sur l'évolution des coûts et du financement de la psychiatrie stationnaire en lien avec l'introduction du système tarifaire TARPSY au 1.1.2018. Il inclut l'analyse des transferts de coûts et de prestations.

Ce chapitre répond aux questions suivantes de l'étude de concept (Morger et al., 2018):

- 1) Quelle est l'influence de l'introduction de forfaits liés aux prestations TARPSY sur la croissance des coûts de la psychiatrie stationnaire, dans l'assurance-maladie obligatoire (AOS) et dans le système de santé en général? (Morger et al., 2018, p.15, groupe de questions A)
- 2) Quelle est l'influence respective des prix (effet-prix) et des quantités (effet-quantité) dans l'évolution des coûts de la psychiatrie stationnaire? (Morger et al., 2018, p.15, questions A.6 et A.7)
- 3) Quelle est l'influence de l'introduction de forfaits liés aux prestations TARPSY sur le financement du système de santé? (Morger et al., 2018, p.15, groupe de questions A)
- 4) L'introduction de forfaits liés aux prestations dans le domaine de la psychiatrie stationnaire entraîne-t-elle des transferts de coûts ou de prestations? (Morger et al., 2018, p.15, groupe de questions B)

4.2 Méthode (éléments spécifiques au chapitre)

Seuls les éléments de méthode spécifiques à ce chapitre sont présentés ici. Les éléments communs à l'ensemble du rapport figurent au chapitre 2. Les notions et concepts généraux de comptabilité analytique nécessaires à la compréhension du chapitre sont tout d'abord exposés à la section 4.2.1. Les spécificités concernant les années disponibles pour les analyses de coûts et financement et certains ajustements apportés aux données sont ensuite explicités à la section 4.2.2. Enfin, les critères retenus pour estimer qu'une différence statistique est perceptible suite à l'introduction de TARPSY sont présentés à la section 4.2.3.

4.2.1 Notions et concepts d'ordre général

Les analyses de ce chapitre se basent en grande partie sur le module de comptabilité analytique de la statistique des hôpitaux (OFS – KS, questionnaire version 1.3). Différentes notions de comptabilité analytique, qu'il importe de définir pour comprendre ce chapitre, sont utilisées.

L'évolution des revenus de la psychiatrie stationnaire constitue l'indicateur principal de l'évolution des dépenses pour ce secteur. Les revenus des hôpitaux correspondent en effet par définition aux dépenses des agents financeurs. Ils constituent donc l'indicateur le plus approprié pour suivre l'évolution des coûts des hôpitaux pour le système de santé (voir à ce sujet l'encadré 2 méthode, [Pellegrini, S. & Roth, S. 2017](#)).

Les *revenus du secteur hospitalier stationnaire* sont tirés de la comptabilité analytique des hôpitaux, telle que relevée dans la statistique des hôpitaux (OFS – KS). Ils se composent de deux éléments distincts:

- Les *revenus des prestations liées aux hospitalisations*. Il s'agit des montants perçus par les hôpitaux à titre de rémunération pour les prestations de soins stationnaires délivrées aux patients.
- Les *revenus des prestations non liées aux hospitalisations*. Ils se composent des contributions perçues par les hôpitaux à titre de rémunération pour l'exécution des prestations d'intérêt général (PIG) (recherche et formation universitaire, autres prestations d'intérêt général), des revenus financiers et des revenus résultant de prestations au personnel et à des tiers.

Les *coûts supportés par les hôpitaux* sont également analysés dans ce chapitre. Ils reflètent ce que coûte aux hôpitaux la fourniture de soins aux patients, leurs tâches d'enseignement et de recherche universitaires et les mandats attribués par les cantons (prestations d'intérêt général).

En complément aux indicateurs de revenus et de coûts, les *dépenses de l'assurance obligatoire des soins (AOS)* sont également analysées. Elles représentent le montant des prestations remboursées aux prestataires de soins (tiers payant) ou aux assurés (tiers garant), y compris la participation aux coûts des personnes assurées. Elles sont calculées selon l'année de traitement (par opposition avec l'année de facturation).

4.2.2 Éléments spécifiques liés aux données

Période d'analyse

La statistique médicale des hôpitaux (MS), la statistique des hôpitaux (KS), les données des patients ambulatoires des hôpitaux (PSA) ainsi que le pool de données de SASIS SA (DP) sont les sources de données principales pour les analyses de ce chapitre (voir leur description au chapitre 2). Les périodes d'analyse s'étendent de 2012 à 2022 pour la MS et la KS, de 2012 à 2021 pour le DP, de 2017 à 2022 pour PSA. Les données de la communauté d'achat HSK sont également utilisées pour les indicateurs qui concernent les tarifs de base (baserates). Ces données sont disponibles à partir de l'année 2016. Les analyses sont descriptives comme proposé dans la variante 2 de l'étude de concept (Morger et al., 2018).

Sélection des hôpitaux

Pour ce module, les critères de sélection appliqués sont les mêmes que décrits à la section 2.1.2. Pour s'assurer de la qualité des données, nous avons en sus vérifié que les données concernant les revenus, les coûts et le nombre de cas étaient renseignées et cohérentes pour chaque hôpital sur l'ensemble de la période d'analyse 2012–2022. Ce contrôle a engendré quelques corrections mineures, tant du point de vue du nombre d'établissements concernés que des montants des revenus et des coûts¹¹.

4.2.3 Analyse des effets

Par analogie avec l'étude des SwissDRG (Pellegrini, S. & Roth, S. 2018), les effets de l'introduction du système tarifaire TARPSY sont analysés dans une perspective de court et de moyen terme:

- 1) Effet de court terme: vise à identifier si un effet de seuil est observable lors du passage au nouveau système tarifaire. Pour ce faire, la variation de l'année 2018, année de l'introduction de TARPSY, est comparée aux variations historiques. La variation de l'année 2018 est considérée comme comparable aux variations historiques si elle se situe dans l'intervalle constitué de la moyenne arithmétique des taux de croissance annuels 2012 à 2017 +/- un écart-type des taux croissance annuels.
- 2) Effet de moyen terme: vise à comparer les périodes avant et après 2018. Pour ce faire, les taux de croissance annuels moyens (moyenne géométrique) sont comparés entre ces deux périodes.

4.3 La psychiatrie dans les coûts du système de santé

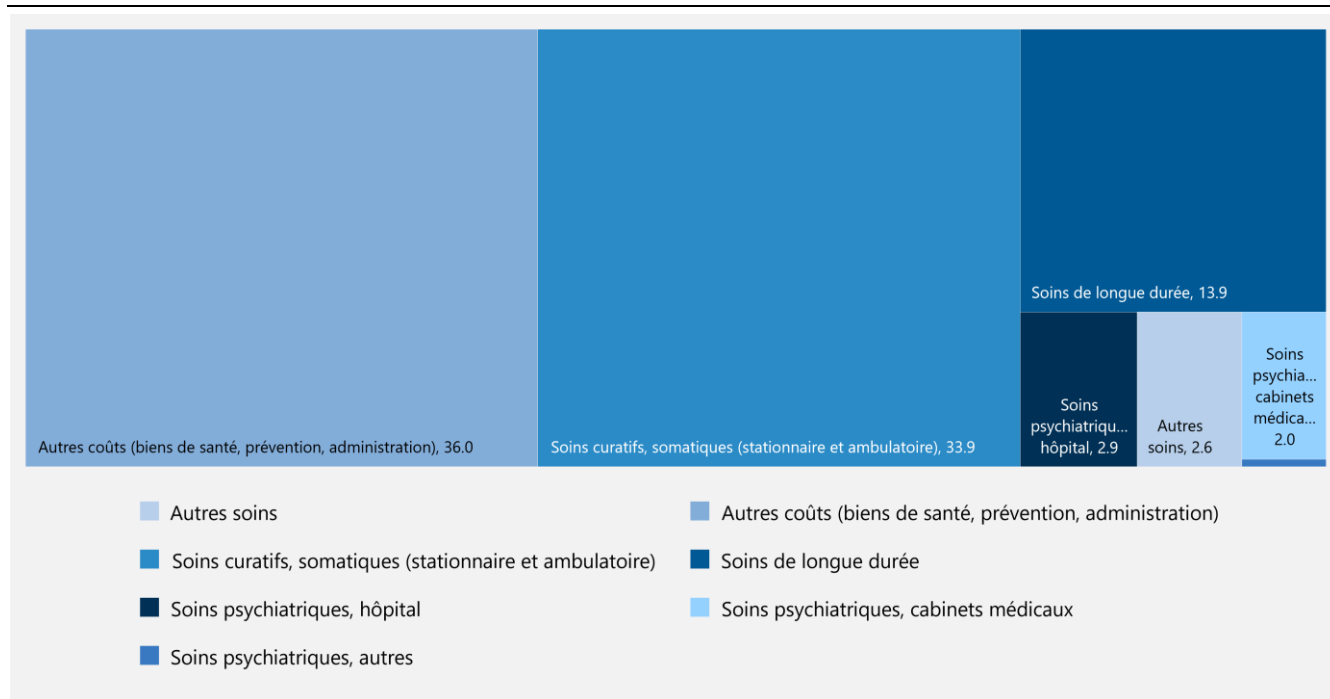
L'introduction du système tarifaire TARPSY concerne 3,3% des dépenses de santé en 2021.

Cette section donne quelques chiffres-clés permettant de mettre en contexte les coûts de la psychiatrie stationnaire. Les dépenses de santé s'élèvent, pour l'année 2022, à 91,5 milliards de francs (OFS, Dépenses de santé | Office fédéral de la statistique (admin.ch)). Les coûts des soins psychiatriques se montent à 4,9 milliards francs, soit 5,5% des dépenses de santé. Les coûts des soins psychiatriques se répartissent à raison de 2,8 milliards pour les hôpitaux, 2,0 milliards pour les cabinets médicaux et à raison de 0,1 milliard pour d'autres prestataires (G 4.1).

Les coûts des soins psychiatriques des hôpitaux (2,8 milliards) se répartissent à raison de 2,2 milliards pour une prise en charge stationnaire et 0,6 milliard pour une prise en charge ambulatoire. Ainsi, l'introduction du système tarifaire TARPSY concerne principalement et directement les 2,2 milliards de coûts des soins psychiatriques stationnaires à l'hôpital, soit 2,4% des dépenses de santé en 2021.

¹¹ Les corrections qui concernent les variables *revenus* et *coûts* touchent 1,1% des données et celles qui concernent la variable *nombre de cas* concernent 0,2% des données.

G 4.1 La psychiatrie dans les coûts du système de santé, 2022



Source: OFS – coûts et du financement du système de santé 2024

© Obsan 2024

4.4 Revenus des hospitalisations en psychiatrie

Cette section porte sur l'évolution des revenus des hospitalisations en psychiatrie. Les revenus des hospitalisations sont la résultante de deux composantes: les revenus par jour de traitement (prix) et le nombre de jour de traitement (quantités). Nous discuterons tout d'abord de l'évolution des revenus par jour de traitement (section 4.4.1), puis de l'évolution du nombre de jours de traitements (section 4.4.2). Finalement, nous commenterons l'évolution des revenus totaux des hospitalisations et nous demanderons si l'évolution observée se produit principalement sous l'effet d'une augmentation des quantités (effet-quantité) ou des prix (effet-prix) (section 4.4.3).

4.4.1 Évolutions des revenus par jour de traitement

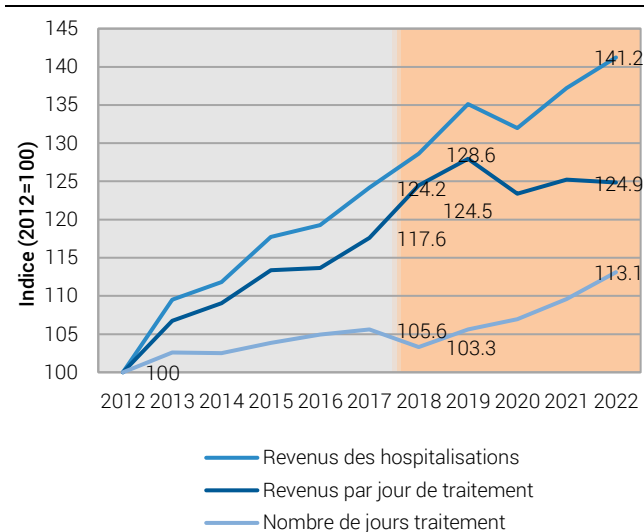
Selon l'étude de concept (Morger et al., 2018), l'introduction du système tarifaire TARPSY devrait diminuer les revenus moyens par jour de traitement ou du moins les stabiliser.

Les données semblent confirmer cette hypothèse. L'augmentation des revenus par jour de traitement passe de 3,3% en moyenne annuelle sur la période de 2012 à 2017¹² à 1,2% sur la période de 2018 à 2022 (G 4.2). Les experts interrogés confirment cette évolution et considèrent que c'est l'introduction de TARPSY qui a permis de ralentir l'augmentation des revenus par jour de traitement.

De manière plus détaillée, les revenus par jour de traitement ont fortement augmenté en 2018, année d'introduction de TARPSY (+5,9%), puis ils se sont stabilisés, ils ont même diminué en 2020 et en 2022. L'impact de la pandémie de Covid-19 n'est toutefois pas clair dans l'évolution de 2020.

¹² Une analyse de sensibilité qui ne tient pas compte de l'année 2012 (car la variation de 2012 à 2023 des revenus par jour de traitements est très forte (6,5%)) arrive au même résultat: un ralentissement de l'augmentation des revenus par jour de traitement depuis l'introduction de TARPSY (2,5% versus 1,2%).

G 4.2 Évolution des revenus des hospitalisations psychiatriques (totaux et par jour) et des jours de traitement, de 2012 à 2022, indice (2012=100)



Sources: OFS – statistique médicale des hôpitaux (MS), statistique des hôpitaux (KS) © Obsan 2024

Décomposition des revenus par jour de traitement

L'évolution des revenus par jour de traitement dépend elle-même de deux composantes: les tarifs de base (*baserates*) et les *cost-weights*, dont les évolutions sont discutées ci-après.

Tarifs de base: selon l'étude de concept (Morger et al., 2018), l'introduction de TARPSY devrait faire baisser les tarifs de base les plus élevés.

Les données concernant les tarifs psychiatriques de 2016 à 2022 (données HSK, tous les établissements psychiatriques sans pondération par rapport au nombre d'hospitalisations) permettent de décrire les évolutions suivantes (non représentées graphiquement):

- En 2018, une augmentation ponctuelle du tarif de base médian (+9%). Celle-ci peut être interprétée comme un effet de seuil à l'année d'introduction du nouveau tarif, de manière analogue à ce qui avait été observé lors de l'introduction des SwissDRG.
- Depuis 2018: une stagnation, voire un recul, du tarif de base médian (-2%).
- Une diminution de la variabilité des tarifs de base (convergence)¹³.
- Une diminution du 90^e percentile du tarif de base (10% des établissements ayant les prix de base les plus élevés).

¹³ Comme le suggère l'étude de concept (Morger et al., 2018), la variabilité des prix de base est estimée par la différence entre le prix médian et le 90^e percentile. Cette différence diminue depuis l'introduction de TARPSY. Elle passe de 175 francs en 2017 à 62 francs en 2022.

En l'état, les tarifs les plus élevés ont effectivement diminué depuis 2018. Néanmoins, sans pondération de ces résultats avec le nombre d'hospitalisations (ce que ne permettent pas les données¹⁴), il est impossible de faire des hypothèses sur l'influence des tarifs de base sur l'évolution des revenus moyens. Les experts interrogés sont d'avis que les tarifs de base ont effectivement convergés et sont l'élément principal expliquant la stabilisation des revenus par jour de traitements (G 4.2).

Cost-weights: les *cost-weights* par jour et par *psychiatric cost groups* (PCG) sont calculés dans le cadre de la structure tarifaire TARPSY et publiés par SwissDRG. Nous utilisons le *day mix index* (DMI) pour tenir compte de l'évolution des CW et de l'évolution de la répartition de la patientèle entre ces différents CW. L'évolution du DMI, toute chose étant égale par ailleurs, une augmentation (diminution) du DMI engendre une augmentation (diminution) des revenus par jour de traitement.

Depuis 2018, le DMI a tendance à augmenter (voir G 5.6G 5.6) pour plus détail). Des analyses avant 2018 ne sont malheureusement pas possibles. Avant l'introduction de TARPSY, le codage de certaines variables importantes pour définir le DMI étaient lacunaire. Les experts interrogés avancent deux raisons pour expliquer cette augmentation du DMI. La première raison est l'amélioration progressive du codage des diagnostics principaux et secondaires. Ce phénomène qu'on peut qualifier d'effet d'apprentissage est attendu dans la phase d'introduction d'une nouvelle structure tarifaire. Cet effet a d'ailleurs été également relevé lors de l'introduction des SwissDRG (Pellegrini, S. & Roth, S. 2018). La seconde raison avancée par les experts est une augmentation des cas plus complexes.

4.4.2 Évolutions du nombre de jours de traitement

La seconde composante des revenus des hospitalisations est le nombre de jours de traitement (effet-quantité). En moyenne annuelle, ils augmentent de 1,1% sur la période de 2012 à 2017 et de 1,4% sur la période de 2018 à 2022 (G 4.2). Le nombre total de jours d'hospitalisation augmente donc légèrement plus fortement après l'introduction de TARPSY.

Deux facteurs distincts influencent cette évolution: la durée moyenne de séjour¹⁵ et le nombre annuel d'hospitalisations. Or, entre 2012 et 2022, le nombre d'hospitalisations a augmenté tandis que la durée de séjour a diminué. L'évolution de ces deux agrégats est présentée de manière détaillée aux sections 5.3.1 et 5.3.2. Il apparaît donc clairement que l'effet-quantité observé est à mettre en lien avec une hausse du taux d'hospitalisation en psychiatrie.

Selon les experts interviewés, il n'y a pas de lien entre l'augmentation du nombre d'hospitalisations et l'introduction de TARPSY. D'après ces experts, TARPSY ne crée pas d'incitations

¹⁴ En l'état actuel des données, il n'est pas possible de lier les données concernant les tarifs de base avec les données concernant le nombre d'hospitalisations.

¹⁵ Nombre de jour de traitement = durée de séjour moyenne x le nombre d'hospitalisations.

fortes à augmenter le nombre d'hospitalisations. Ils soulignent par ailleurs que le taux d'occupation des lits était déjà élevé avant l'introduction de TARPSY. Ils expliquent plutôt l'augmentation du nombre d'hospitalisations par des éléments de contexte tels que les tensions géopolitiques et la pandémie de Covid-19 qui contribuent à la fois à une déstigmatisation des maladies psychiques et potentiellement à une dégradation de l'état psychique de la population.

Concernant le rôle de TARPSY dans la baisse de la durée de séjour, les avis sont partagés. Certains estiment que d'autres facteurs sont plus influents, tels que la nécessité de libérer des lits le plus rapidement possible, l'existence de programmes de traitements ambulatoires, les changements dans la demande des patients, les nouvelles offres de soins, les nouvelles approches de traitement. D'autres ont avancé que l'introduction de TARPSY a été préparée/anticipée par les prestataires. Ainsi, la durée de séjour a diminué avant l'introduction officielle de TARPSY.

4.4.3 Évolutions des revenus des hospitalisations

Aux deux sections précédentes, nous avons commenté séparément l'évolution des deux composantes des revenus des hospitalisations, à savoir les revenus par jour de traitement (prix) et le nombre total de jours d'hospitalisation (quantité). Il s'agit maintenant d'analyser l'effet cumulé de ces deux composantes, c'est-à-dire l'évolution des revenus totaux des hospitalisations (à court et moyen terme), puis d'apprécier si l'évolution des revenus totaux des hospitalisations se produit principalement sous l'effet d'une augmentation des quantités (effet-quantité) ou d'une augmentation des prix (effet-prix).

Effet de court terme: à l'année de l'introduction du système tarifaire TARPSY (2018), l'augmentation des revenus des hospitalisations en psychiatrie a été de 3,6%. Cette augmentation reste dans la fourchette¹⁶ des variations des revenus des hospitalisations des années précédentes¹⁷ (G 4.2). Ainsi, à la différence de ce qui avait été observé avec les SwissDRG, on n'observe pas ici de bond dans les revenus lors de l'introduction du nouveau système tarifaire.

Effet de moyen terme: la croissance annuelle moyenne pendant la période de 2012 à 2017 était de 4,4%¹⁸; elle est de 2,6% depuis l'introduction de TARPSY (période de 2018 à 2022) (G 4.2). Le niveau d'activité en 2020 et 2021 ayant été limité par la pandémie de Covid-19, il est toutefois un peu tôt pour conclure que les revenus des hospitalisations observé pendant la période de 2018 à 2022 ont augmenté de manière plus modérée suite à l'introduction de TARPSY. Les augmentations annuelles des revenus des hospitalisations après l'introduction de TARPSY (sans tenir

compte de l'année 2020) restent d'ailleurs relativement prononcées (+3,6% en 2018, +5,1% en 2019, + 4,0% en 2021 et +2,9% en 2022) (voir T 9.2).

Effet prix ou effet quantité?

L'examen simultané de l'évolution de nombre de jours de traitement et des revenus par jour de traitement fait apparaître deux périodes distinctes en matière d'effet-prix et d'effet-quantité:

La période 2012 – 2017, où l'augmentation provient essentiellement d'une hausse des revenus par jour de traitement (3,3% en moyenne annuelle) et dans une plus faible proportion de l'augmentation du nombre de jours de traitement (1,1% en moyenne annuelle).

La période 2018 – 2022 où le contraire prévaut: les revenus par jour de traitement augmentent de 1,2% en moyenne annuelle, tandis que les journées d'hospitalisation augmentent de 1,4% en moyenne annuelle.

4.5 Gros plan sur l'assurance obligatoire des soins (AOS)

Ce chapitre est un gros plan sur l'évolution des montants pris en charge par l'AOS qui peuvent également, tout comme les revenus des hôpitaux (voir section 4.4), être considérés comme un indicateur de l'évolution des dépenses de santé, analysée du point de vue du payeur de primes. Il retrace l'évolution des dépenses de l'AOS sur la période 2012–2021 et se base sur les données de SASIS SA.

Dans un premier temps, l'analyse se concentre sur les prestations qui sont directement concernées par l'introduction du système tarifaire TARPSY, à savoir les prestations stationnaires des cliniques psychiatriques et des départements de psychiatrie des hôpitaux (section 4.5.1). Ensuite, l'analyse est étendue aux prestations ambulatoires afin de donner une image plus complète de l'évolution des dépenses AOS en psychiatrie (section 4.5.2).

4.5.1 Prestations AOS stationnaires

Pendant la période de 2012 à 2022, deux facteurs modèrent l'augmentation des coûts à la charge de l'AOS. Tout d'abord, entre 2012 et 2017 (fin de la période de transition liée à l'entrée en vigueur du nouveau financement hospitalier), la modification du financement hospitalier a engendré une diminution de la part prise en charge par l'AOS: les cantons ayant progressivement augmenté leur contribution pour atteindre 55% au minimum de la

¹⁶ Précisément, il se situe dans l'intervalle constitué de la moyenne arithmétique des taux de croissance annuels +/- un écart-type des taux de croissance annuels.

¹⁷ L'augmentation de 3,6% en 2018 reste dans la fourchette des variations des années précédentes, même sans tenir compte de la très forte augmentation de 2013 (+9,5%).

¹⁸ Sans tenir compte de l'année 2012, l'augmentation annuelle moyenne entre 2013 et 2017 s'élève à 3,2%.

facture. Ceci a certainement permis aux coûts AOS de la psychiatrie stationnaire de rester stables entre 2012 et 2017 (fin de la phase de transition pour le nouveau financement hospitalier, G 4.3 partie grise). Le graphique G 4.7 illustre bien ce phénomène avec la baisse de la part AOS (assurés de base) dans le financement des hôpitaux psychiatriques. Le deuxième facteur est la pandémie de Covid-19 qui a provoqué une baisse de l'activité stationnaire et donc des coûts AOS en 2020 et 2021 (G 4.3, ligne orange). Pour les revenus, cette baisse n'est perceptible qu'en 2020 (G 4.2).

Les mêmes critères que précédemment sont retenus pour mesurer l'effet de l'introduction de TARPSY à court et à moyen terme (section 4.2.3).

Effet de court terme: à l'année de l'introduction du système tarifaire TARPSY (2018), la diminution des coûts AOS stationnaires pour les cliniques psychiatriques et les départements psychiatriques des hôpitaux (-1,2%) est légèrement en-dessous de la fourchette des années précédentes (+0,1%)¹⁹ (G 4.3). La diminution est donc significativement différente de l'évolution observée au cours de la période précédente.

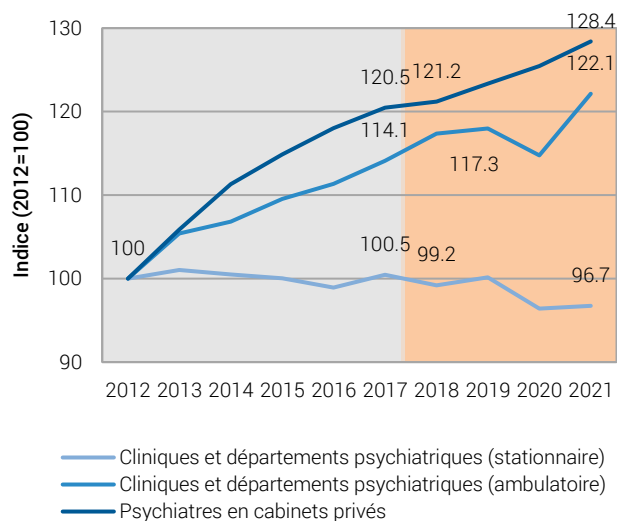
Effet de moyen terme: la croissance annuelle moyenne sur la période de 2012 à 2017 était de 0,1%; elle est de -0,9% sur la période de 2018 à 2022 (G 4.3). La diminution des coûts AOS est particulièrement prononcée en 2020. Comme pour les revenus, c'est probablement la conséquence de la pandémie de Covid-19.

4.5.2 Prestations AOS ambulatoires

Les prestations psychiatriques ambulatoires ne sont pas directement touchées par l'introduction de TARPSY, mais il est intéressant d'analyser leur évolution pour mettre en perspective l'évolution des prestations psychiatriques stationnaires (décrite ci-dessus).

Une distinction est faite entre deux types de prestataires: les cliniques et les départements psychiatriques d'une part et les psychiatres dans les cabinets privés d'autre part. Sur l'ensemble de la période 2012–2022, les coûts AOS de ces deux prestataires augmentent respectivement de 22% et 28%. La pandémie de Covid-19 semble avoir eu un impact ponctuel sur les coûts ambulatoires des cliniques et départements psychiatriques des hôpitaux (baisse en 2020), qui ne s'observe pas chez les psychiatres.

G 4.3 Évolution des dépenses AOS par assuré, selon le prestataire, de 2012 à 2021



Source: SASIS SA – pool de données

© Obsan 2024

4.6 Transferts de coûts et de prestations

Cette section traite la question du transfert de coûts et de prestations hors du champ d'application du système tarifaire TARPSY. Elle décrit certaines tendances en matière de transfert du stationnaire vers l'ambulatoire ou vers des soins en amont ou en aval. Elle propose ainsi des éléments descriptifs, considérant que démontrer l'existence d'une causalité avec l'introduction de TARPSY ou même plus largement du nouveau financement hospitalier n'est pas possible.

Concernant le transfert de coûts, deux indicateurs sont utilisés pour décrire les tendances: l'évolution de la part ambulatoire des revenus hospitaliers pour des prestations psychiatriques et l'évolution de la part ambulatoire des coûts AOS pour des prestations psychiatriques.

Une augmentation de la part des revenus des prestations psychiatriques ambulatoires par rapport à celle des revenus des prestations stationnaires pourrait être un indice d'un transfert du stationnaire vers l'ambulatoire. Si cette tendance est perceptible, la répartition des revenus ne varie que très lentement: elle passe en effet de 19% à 21% pour les revenus ambulatoires entre 2012 et 2022. Il n'y a pas signe d'une accélération de cette tendance depuis 2018.

De manière plus générale, les données du pool de données permettent de distinguer les coûts des prestations psychiatriques stationnaires et ambulatoires²⁰. Si les prestations psychiatriques ambulatoires prennent de plus en plus d'importance, l'évolution est lente: en 2012, les prestations psychiatriques ambulatoires

¹⁹ Précisément, il se situe dans l'intervalle constitué de la moyenne arithmétique des taux de croissance annuels +/- un écart-type des taux de croissance annuels.

²⁰ Prestations psychiatriques stationnaires : prestations stationnaires des cliniques psychiatriques et des départements de psychiatrie. Prestations psychiatriques ambulatoires : prestations ambulatoires des cliniques psychiatriques et des départements de psychiatrie et prestations des psychiatres.

représentaient 57% de l'ensemble de coûts psychiatriques; elles en représentent 63% en 2021. L'introduction du système tarifaire TARPSY n'a pas modifié cette tendance. Il s'agit plutôt d'une tendance de fond dans la manière de prodiguer les soins psychiatriques.

Concernant le transfert de prestations, deux autres indicateurs plus spécifiques sont utilisés pour décrire les tendances: le type de sorties après un séjour psychiatrique et l'évolution du nombre de consultations psychiatriques.

L'indicateur concernant le type de sorties après un séjour psychiatrique est présenté à la section 5.3.3. Il permet de montrer s'il y a plus fréquemment des traitements ambulatoires pour compléter l'hospitalisation. Cet indicateur montre que la plus grande partie des sorties engendre une suite de traitement ambulatoire (83,9% en 2022, G 5.4). Cette part a diminué entre 2012 et 2017 et depuis l'introduction de TARPSY elle a augmenté. Il en va de même pour les soins ambulatoires (comme par exemple les soins à domicile).

Concernant l'évolution du nombre de consultations psychiatriques (prise en charge ambulatoire), on peut faire l'hypothèse qu'en cas de transfert en amont ou en aval d'un séjour psychiatrique, le nombre de consultations devrait augmenter. Or, de ce point de vue, il n'y a pas d'indice d'un transfert de prestations. Pour les cliniques psychiatriques, les départements psychiatriques des hôpitaux et les psychiatres, les consultations augmentent plus faiblement après l'introduction de TARPSY qu'avant. À nouveau, la pandémie de Covid-19 peut être un facteur ayant modéré l'augmentation des consultations.

Les experts interrogés estiment que les suites de traitements ambulatoires ont augmenté ces dix dernières années de manière indépendante à l'introduction de TARPSY. De manière plus générale, les experts relèvent également qu'il existe un consensus général sur le fait qu'il est préférable que les patients puissent retourner le plus rapidement possible à leur vie quotidienne habituelle ou à leur environnement privé et que les séjours en clinique soient donc aussi courts que possible.

4.7 Évolution du financement

4.7.1 Hypothèses

À la différence de l'introduction du nouveau système de financement en 2012, l'introduction du nouveau système de tarification TARPSY n'a pas modifié les règles de financement. Néanmoins, le bureau BASS a émis les hypothèses suivantes par rapport à l'évolution du financement:

- La part de financement non lié aux hospitalisations diminue.

- La part de financement LAMal dans la psychiatrie stationnaire augmente.

La première hypothèse est liée au passage du financement du sujet (hôpital) au financement à l'objet (prestations) prévu par la loi et à la suppression des subventions et couvertures de déficit qui en découlent (voir à ce sujet Pellegrini et Roth, 2015 et 2018). La seconde est liée à la première en ceci que le financement à la prestation inclut les cliniques privées et réduit la part de prestations relevant d'une assurance complémentaire d'hospitalisation.

La section 4.7.2 montre tout d'abord la répartition du financement selon la source de revenus (liée ou non liées aux hospitalisations). Afin de détailler l'évolution de la répartition du financement, l'évolution des montants versés à titre de contributions et l'évolution de la couverture de déficit sont présentées séparément. Enfin, la section 4.7.3 montre la répartition du financement entre les différents agents payeurs (LAMal, LAA, LAI, LAM et assurances complémentaires).

4.7.2 Répartition du financement selon la source de revenus

En préambule, il importe de rappeler que les contributions et les revenus non liés aux hospitalisations²¹ sont relevés pour l'ensemble de l'activité de l'hôpital (stationnaire, ambulatoire et de longue durée). Il n'est par conséquent pas possible d'estimer la part de revenus totaux dédiée à l'activité stationnaire. Elles sont ici analysées pour les établissements délivrant de la psychiatrie stationnaire (74 en 2022).

La répartition du financement a légèrement évolué entre 2012 et 2022 (G 4.4). On observe une légère augmentation de la part provenant des prestations liées aux cas. Elle passe de 77% en 2012 à 82% en 2022 (G 4.4, somme des parties bleues de l'histogramme). Concernant la part du financement provenant des prestations non liées aux hospitalisations (G 4.4, parties orange de l'histogramme), c'est principalement la catégorie «couverture de déficit» qui a fortement diminué depuis 2012, passant de 11% à moins de 1% en 2022²². Les contributions pour l'exécution de prestations d'intérêt général (y c. recherche et formation universitaire) sur mandat des cantons sont restées relativement stables, aux alentours de 12 à 13%. La catégorie des «autres revenus non liés aux hospitalisations» (revenus financiers et de revenus résultant de prestations au personnel et à des tiers) a augmenté, passant de 1% à 4% sur l'ensemble de la période.

L'hypothèse du bureau BASS selon laquelle la part du financement liées aux hospitalisations devrait augmenter se vérifie sur la période 2012 à 2022. Notons que cette évolution s'est produite entre 2012 et 2016, puis la répartition du financement est restée stable. L'introduction de TARPSY n'est donc pas la raison de cette

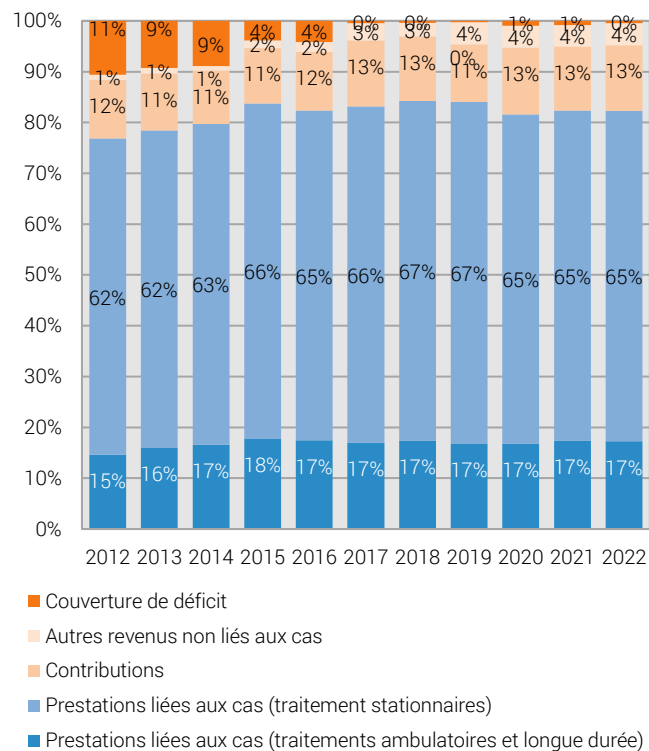
²¹ Les revenus non liés aux hospitalisations sont séparés en deux catégories : les contributions perçues par les hôpitaux à titre de rémunération pour les mandats de prestations (recherche et formation universitaire, autres prestations d'intérêt général) et les autres revenus non

liés aux hospitalisations (revenus financiers et revenus résultant de prestations au personnel et à des tiers).

²² C'est la conséquence de l'introduction du nouveau financement hospitalier en 2012 qui prévoit le financement de la prestation à la place du financement du prestataire.

évolution, laquelle relève plutôt de l'introduction du nouveau financement hospitalier (Pellegrini et Roth, 2017).

G 4.4 Répartition des revenus totaux entre les différentes sources de revenus, de 2012 à 2022



Source: OFS – statistique des hôpitaux (KS)

© Obsan 2024

Contributions

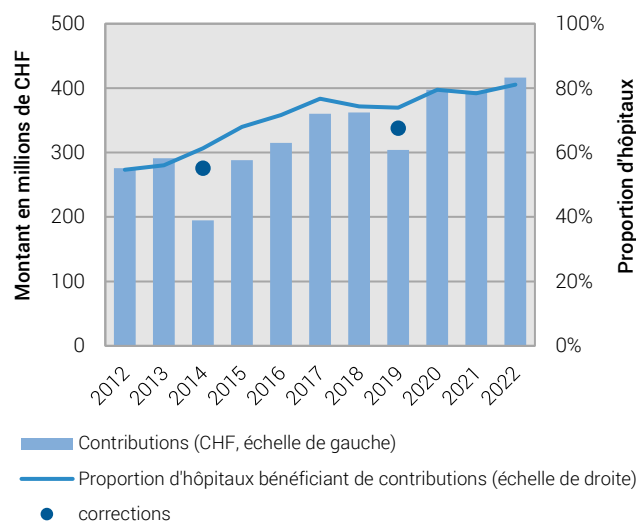
Le montant des contributions versées aux hôpitaux pour la fourniture de prestations d'intérêt général (y c. recherche et formation universitaire) augmente entre 2012 et 2022. Pendant cette période, il passe de 276 millions à 416 millions (G 4.5)²³. Ces montants sont versés en grande majorité par les cantons (environ 98%).

La proportion d'hôpitaux psychiatriques percevant une contribution augmente également, passant de 55% à 81% entre 2012 et 2022 (par rapport à la sélection des hôpitaux) (G 4.5). Le montant des contributions par hôpital reste relativement stable, passant de 6,73 millions à 6,94 millions entre 2012 et 2022 (résultats non représentés).

Les deux baisses observées en 2014 et 2019 correspondent à un problème dans les données. Les points bleus montrent les résultats en corrigeant les données de trois hôpitaux (G 4.5).

²³ Par cohérence avec les analyses précédentes, les résultats se basent sur la même sélection d'hôpitaux que celle du chapitre 4.4.1. Les contributions sont relevées dans la KS pour l'ensemble de l'établissement, sans distinction des traitements stationnaires, ambulatoires et longue durée.

G 4.5 Contributions et proportion d'hôpitaux en bénéficiaire, de 2012 à 2022



Source: OFS – statistique des hôpitaux (KS)

© Obsan 2024

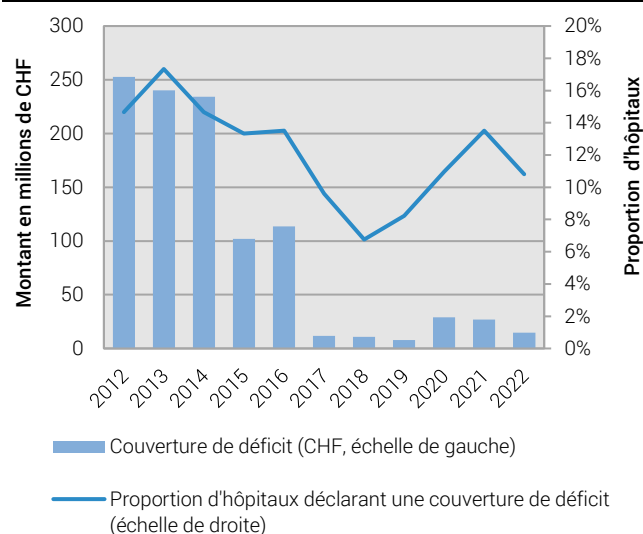
Couverture de déficit

Entre 2012 et 2022, les montants pour la couverture de déficit diminuent, passant de 253 millions à 15 millions²⁴ (G 4.6). En 2015 et 2017, la diminution est particulièrement marquée. Ensuite, à partir de 2017 les montants sont faibles et relativement stables.

Sur cette même période, la proportion d'hôpitaux bénéficiaire d'une couverture de déficit diminue également (par rapport à la sélection des hôpitaux), passant de 15% à 7% en 2018, puis réaugmentant pour arriver à 11% en 2022. Ceci est à mettre en lien avec la pandémie de Covid-19.

Comme mentionné, les raisons de cette diminution de la couverture de déficit sont à mettre en lien avec l'introduction du nouveau financement hospitalier en 2012 et non avec l'introduction de TARPSY en 2018.

²⁴ Par cohérence avec les analyses précédentes, les résultats se basent sur la même sélection d'hôpitaux que celle du chapitre 4.4.1. La couverture de déficit est relevée dans la KS par hôpitaux. C'est-à-dire qu'il n'est pas possible d'isoler une couverture de déficit pour l'activité psychiatrique et donc de faire un lien entre l'évolution de la couverture de déficit et l'introduction du système tarifaire TARPSY.

G 4.6 Couverture de déficit et proportion d'hôpitaux en bénéficiaire, de 2012 à 2022

Source: OFS – statistique des hôpitaux (KS)

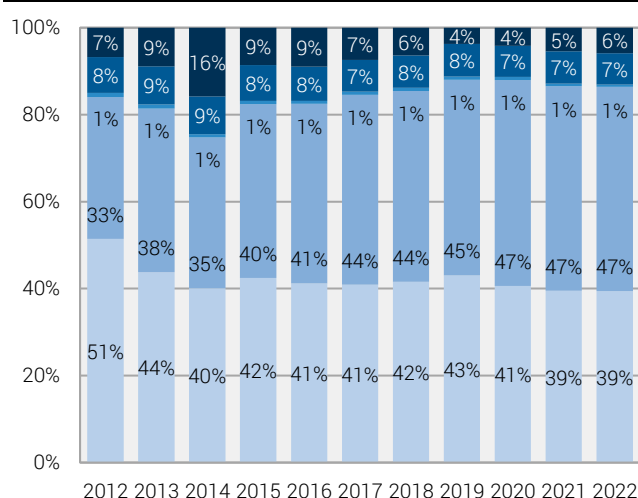
© Obsan 2024

4.7.3 Financement des prestations liées aux hospitalisations selon l'agent payeur

Dans ce paragraphe, nous nous concentrons sur les prestations liées aux hospitalisations (partie bleu foncé du G 4.4) et montrons leur financement par les différents agents payeurs dans le secteur de la psychiatrie stationnaire.

Entre 2012 et 2022, la part de financement relevant de la LAMal augmente légèrement, passant de 92% à 94%. En parallèle, la part «Assurances complémentaires et out-of-pocket» diminue en proportion.

À l'intérieur de la part LAMal couvrant les assurés de base, on observe un déplacement de la part AOS (qui diminue) vers les cantons (qui augmente), laquelle est à mettre en lien avec les règles du nouveau financement hospitalier et en particulier de la répartition de 55% minimum à charge des cantons et 45% maximum à charge de l'AOS (G 4.7).

G 4.7 Répartition du financement des prestations liées aux hospitalisations, de 2012 à 2022

- Assurances complémentaires et out-of-pocket
- LAMAL, assurés privés et semi-privés: parts AOS et cantonale
- LAA, LAI, LAM
- LAMAL, assurés de base: part cantonale
- LAMAL, assurés de base: part AOS

Note: la comptabilité analytique de la KS ne renseigne pas sur les montants des assurances complémentaires et de l'out-of-pocket. Les montants sont obtenus par différence

Source: OFS – statistique des hôpitaux (KS)

© Obsan 2024

4.8 Synthèse locale

Quelle est l'influence de l'introduction de TARPSY sur la croissance des dépenses pour la psychiatrie stationnaire?

Pour répondre à cette question, il faut distinguer entre l'évolution des revenus par jour de traitement (prix) et du nombre de jours de traitement (quantités). L'évolution des dépenses totales pour la psychiatrie stationnaire (approché dans cette étude par les revenus des hospitalisations) est le résultat cumulé de ces deux composantes.

Revenus par jour de traitement

Concernant les revenus par jour de traitement, l'introduction de TARPSY a limité leur croissance. Ils sont passés d'une augmentation annuelle moyenne de 3,3% avant l'introduction de TARPSY à 1,2% après son introduction.

Les experts interrogés confirment ce résultat et considèrent que l'introduction de TARPSY a permis une stabilisation des revenus par jour de traitement. Ils estiment que l'évolution des tarifs de base est l'élément principal de cette stabilisation.

Ils le relient au découplage prévu par le système tarifaire entre les coûts de production individuels et les tarifs de base (*base-rates*). Dans un tel système, il n'y a plus d'automatisme entre

l'évolution des coûts de production et des tarifs de base. Ces derniers sont négociés entre les prestataires et les assureurs. Le benchmarking prévu par le système a amené de la transparence dans les négociations des tarifs de base. D'après les experts, les négociations se sont durcies et ont débouché sur une convergence des tarifs de base (baisse des tarifs les plus hauts et augmentation des tarifs les plus bas). Certains experts ont toutefois relevé de manière générale que le benchmarking était encore en phase d'introduction. Ils ont en outre précisé qu'il y avait encore des difficultés à trouver de bons critères pour différencier les cas au sein d'un PCG (séparateurs de coûts), ce qui limite la pertinence du benchmarking.

De manière générale enfin, les experts signalent que la pression financière s'est accrue sur les prestataires. L'introduction de TARPSY, notamment au travers du benchmarking, est un facteur parmi d'autres qui y a contribué. Les autres facteurs évoqués par les experts sont la situation économique générale (inflation, pandémie et tensions géopolitiques), pression sur les salaires liée au manque de personnel ainsi que dans certains cas le changement de statut juridique des prestataires.

Nombre de jours de traitement

Concernant le nombre de jours de traitement (la seconde composante des dépenses), il augmente de 1,1% en moyenne annuelle avant l'introduction de TARPSY et de 1,4% après son introduction. Le nombre de jours de traitement augmente donc légèrement plus fortement depuis l'introduction de TARPSY.

Les experts se sont exprimés sur le rôle de TARPSY dans l'évolution des deux composantes du nombre de jours de traitement: le nombre d'hospitalisation et la durée moyenne de séjour.

Pour la première composante, les experts ne voient pas de lien avec l'introduction de TARPSY. D'après eux, TARPSY ne crée pas d'incitations fortes à augmenter le nombre d'hospitalisations. Ils soulignent par ailleurs que le taux d'occupation des lits était déjà élevé avant l'introduction de TARPSY. Les experts expliquent plutôt l'augmentation du nombre de d'hospitalisations par des facteurs externes tels que les tensions géopolitiques et la pandémie de Covid-19 qui contribuent à une déstigmatisation des maladies psychiques et à une dégradation de l'état psychique de la population. Plusieurs experts soulignent en outre que l'augmentation du nombre d'hospitalisations peut être vue comme un signe positif, synonyme d'un rattrapage d'un sous-traitement chronique de certaines maladies psychiques.

Concernant la durée moyenne de séjour, dont les analyses montrent qu'elle est en recul, les avis étaient plus partagés. Certains estiment que d'autres facteurs sont plus influents, tels que la nécessité de libérer des lits le plus rapidement possible, l'existence de programmes de traitements ambulatoires, les changements dans la demande des patients, les nouvelles offres de soins, les nouvelles approches de traitement. D'autres ont avancé que l'introduction de TARPSY a été préparée/anticipée par les prestataires et ainsi la durée de séjour a commencé à diminuer avant l'introduction officielle de TARPSY.

Croissance des dépenses totales pour la psychiatrie stationnaire

En résumé, les experts considèrent que TARPSY a limité l'augmentation des revenus par jour de traitement et a eu, de plus, une influence indirecte sur le nombre total de jours de traitement en favorisant la poursuite de la diminution des durées de séjour. Ainsi, toujours d'après les experts, TARPSY a plutôt contribué à limiter l'augmentation des dépenses totales. Ils estiment surtout que l'augmentation des dépenses, de 2,6% depuis l'introduction de TARPSY contre 4,4% auparavant, aurait été plus forte sans le nouveau système tarifaire.

Il reste néanmoins que, le niveau d'activité en 2020 et 2021 ayant été limité par la pandémie de Covid-19, il est encore trop tôt pour affirmer avec certitude que la croissance des dépenses restera plus modérée dans le futur. Les augmentations annuelles des revenus des hospitalisations après l'introduction de TARPSY (sans tenir compte de l'année 2020) restent d'ailleurs relativement prononcées (+3,6% en 2018, +5,1% en 2019, +4,0% en 2021 et 2,9% en 2022).

Quelle est l'influence respective des prix (effet-prix) et des quantités (effet-quantité) dans l'évolution des dépenses de la psychiatrie stationnaire?

L'analyse fait clairement apparaître deux périodes distinctes: Durant la période précédant l'introduction de TARPSY (2012 – 2017), l'augmentation des revenus provenait essentiellement d'une hausse des revenus par jour de traitement (+3,3% en moyenne annuelle) et dans une plus faible proportion de l'augmentation du nombre de jours de traitement (+1,1% en moyenne annuelle). Le contraire prévaut durant la période suivant l'introduction de TARPSY: les revenus par jour de traitement augmentent moins fortement que les jours de traitement (1,2% versus 1,4% en moyenne annuelle).

Quelle est l'influence de l'introduction de TARPSY sur la croissance des dépenses à charge de l'assurance-maladie obligatoire (AOS)?

De manière générale, TARPSY n'a pas d'influence sur la répartition des dépenses entre l'AOS et les cantons. Les dépenses à charge de l'AOS évoluent donc en proportion des dépenses totales pour la psychiatrie stationnaire. Ainsi, les effets sur l'AOS relèvent essentiellement de la modification du financement hospitalier dès 2012 (diminution progressive de la part à charge de l'AOS jusqu'à atteindre 45% en 2017) que de l'introduction de TARPSY. La pandémie de Covid-19 a provoqué une baisse de l'activité stationnaire et donc des coûts AOS en 2020 et 2021. Ainsi, les dépenses pour des prestations psychiatriques stationnaires à charge de l'AOS tendent à diminuer sur l'ensemble de la période analysée.

Quelle est l'influence de l'introduction de TARPSY sur le financement du système de santé?

À la différence de l'introduction du nouveau financement hospitalier en 2012, l'introduction du nouveau système de tarification TARPSY n'a pas modifié les règles de financement. Quelques tendances peuvent être mises en avant, sans pour autant les attribuer à l'introduction de TARPSY. Ces tendances sont comparables à celles présentées dans le rapport Obsan sur l'introduction du nouveau système hospitalier (Pellegrini et Roth, 2017).

Elles illustrent le fait que la structure de financement des hôpitaux a évolué entre 2012 et 2022, avec une augmentation de la part du financement liées aux hospitalisations et une diminution, comme légalement attendue, du financement provenant de la couverture de déficit.

Quant au financement des prestations liées aux hospitalisations selon l'agent payeur, on observe que la part LAMal augmente tandis que la part «Assurances complémentaires et out-of-pocket» diminue en proportion. On observe également un déplacement de la part AOS (qui diminue) vers les cantons (qui augmente). Il s'agit ici de modifications attendues, conforme à la révision du financement hospitalier.

L'introduction de forfaits liés aux prestations dans le domaine de la psychiatrie stationnaire entraîne-t-elle des transferts de coûts ou de prestations?

Il n'y a pas d'indice d'un transfert de coûts suite à l'introduction de TARPSY. Les indicateurs analysés qui sont à un niveau très agrégé (macro), montrent certes une augmentation de la part ambulatoire des coûts psychiatriques, mais il s'agit plutôt d'une tendance de long terme qui ne peut être mise en rapport avec l'introduction de TARPSY.

Concernant le transfert de prestations les deux indicateurs analysés montrent des résultats différents. À un niveau très agrégé (évolution des consultations psychiatriques), il n'y pas d'indication d'un transfert de prestations. Par contre, il y a une augmentation des sorties d'hospitalisation avec une suite de traitement ambulatoire depuis l'introduction de TARPSY.

Les experts interrogés estiment que le TARPSY n'a pas eu d'incidence sur le transfert de prestations. D'après eux les suites de traitements ambulatoires ont augmenté ces dix dernières années de manière indépendante à l'introduction de TARPSY. De manière plus générale, les experts relèvent également qu'il existe un consensus général sur le fait qu'il est préférable que les patients puissent retourner le plus rapidement possible à leur vie quotidienne normale ou à leur environnement privé et que les séjours en clinique soient donc aussi courts que possible.

Conclusion

En préambule, il faut rappeler que la plupart des indicateurs présentés dans ce chapitre ont été affectés par la pandémie de Covid-19. Le niveau d'activité en 2020 et 2021 ayant été limité par cette dernière, il faut interpréter avec prudence les effets de moyen terme de l'introduction de TARPSY. Les résultats présentés permettent néanmoins déjà d'apporter des éléments de réponse quant aux évolutions économiques dans le secteur de la psychiatrie et au rôle joué par TARPSY dans celles-ci.

En conclusion, les analyses montrent que la croissance des dépenses a ralenti grâce à une croissance modérée des revenus par jour de traitement. La durée de traitement a par contre augmenté. Les experts partagent l'avis que le système tarifaire TARPSY a permis d'atteindre l'objectif de ralentir la croissance des dépenses en stabilisant les revenus par jour de traitement. TARPSY n'a par contre pas influencé l'augmentation du nombre de cas, principal facteur d'augmentation des dépenses totales.

TARPSY n'a pas non plus d'impact sur le financement, dont les règles ont été définies par la révision partielle de la LAMal sur le financement hospitalier.

5 Prise en charge et qualité des soins

Texte original en allemand, à consulter dans le [document d'accompagnement](#).

5.1 Objectif du chapitre

Ce chapitre se concentre sur les effets de l'introduction au 1^{er} janvier 2018 du système tarifaire TARPSY sur la qualité des soins. À cet effet, il examine dans quelle mesure la qualité des structures, des procédures et des résultats a évolué en psychiatrie stationnaire depuis l'introduction de TARPSY. Son objectif consiste en particulier à évaluer la validité des hypothèses formulées dans l'étude de concept du bureau BASS (Morger et al., 2018).

- La proportion de réadmissions augmente (H. 7).
- La pression sur les coûts entraîne une détérioration du ratio de personnel («taux d'encadrement») (H. 10).
- La transparence accrue entraîne une concurrence en matière de qualité (H. 22).
- La spécialisation²⁵ améliore la qualité dans le domaine psychiatrique (H. 23).

Effets escomptés de TARPSY sur la qualité

Il importe de garder à l'esprit que la révision de la LAMal sur le financement hospitalier de même que l'introduction de TARPSY visaient avant tout à contenir la croissance des coûts de la santé sans compromettre l'accès à des soins de qualité. Améliorer la qualité des soins ne constituait pas une préoccupation prioritaire. La révision n'en englobait pas moins des effets souhaités, telle la spécialisation des fournisseurs de prestations, dont on escomptait un effet indirect sur la qualité des soins. La révision contenait toutefois aussi des éléments susceptibles de détériorer cette qualité. C'est ce qui ressort d'ailleurs aussi des résultats des entretiens menés avec des experts dans le cadre de l'«étude de concept pour l'examen de l'introduction de TARPSY» (Morger et al., 2018). Les organisations de patients et le corps médical craignent notamment que le passage à TARPSY conduise à établir davantage les plans thérapeutiques selon des critères économiques plutôt que sur la base des besoins des patients (Pro Mente Sana, 2016) ou entraîne une augmentation de la charge administrative au détriment du travail direct avec les patients (p. ex. Unger-

Köppel, 2016). Pro Mente Sana (2016) avertit aussi que l'on risque de préférer le recours aux psychotropes à la psychothérapie, car les médicaments sont mieux à même d'offrir un traitement standard moins coûteux. Un autre effet indésirable résiderait dans l'hospitalisation fréquente mais de courte durée (moins de sept jours) de certains patients, même si un séjour plus long répondrait davantage aux besoins. Une telle tendance pourrait accroître les taux de réhospitalisation ou multiplier les traitements par intervalles (c'est-à-dire les réadmissions après 18 jours au titre de nouveau cas de traitement).

Les études menées pour évaluer la révision de la LAMal sur le financement des hôpitaux visaient donc d'une part à déterminer si respectivement, cette révision (Tuch et al., 2018) et l'introduction de TARPSY ont conduit à améliorer la qualité sur certains aspects spécifiques de la prise en charge. Elles ont d'autre part examiné si l'on a pu observer des effets négatifs. Il convient de souligner qu'aucune conclusion de cause à effet ne peut être tirée sur la base des données disponibles et des analyses effectuées. Les résultats fournissent uniquement des indications sur les liens possibles entre l'introduction de TARPSY et la qualité des soins. Ceux-ci doivent être plausibilisés et interprétés en fonction du contexte.

5.2 Méthode (éléments spécifiques au chapitre)

5.2.1 Notions et concepts d'ordre général

Le présent rapport a notamment pour objectif d'examiner la qualité des structures, des procédures et des résultats en psychiatrie stationnaire dans le cadre de l'introduction de TARPSY. Or cette tâche s'avère difficile compte tenu des données disponibles et des indicateurs qu'il est possible d'en déduire. En ce qui concerne en particulier la qualité des procédures et des structures, divers aspects essentiels tels que les processus internes de travail (p. ex. processus d'information et de communication, procédure

²⁵ La spécialisation décrit la tendance des prestataires à réduire le nombre de domaines de prestations proposés. Une spécialisation indique donc une réduction de l'éventail de prestations pour un prestataire donné.

de soins) ou l'organisation interne (structures des tâches, conditions de travail, compétences du personnel) ne sont pas disponibles sous forme de données de routine ou d'indicateurs.

L'analyse de l'influence de TARPSY sur la *qualité des procédures* se fonde principalement sur l'évolution de la durée moyenne de séjour et sur l'évolution du délai entre la date d'admission et le début du traitement. Il est possible de considérer qu'un raccourcissement de la durée de séjour ainsi qu'une diminution du délai jusqu'au début du traitement reflètent un accroissement de l'efficacité et donc une amélioration de la qualité. Cette hypothèse n'est toutefois valable que si la durée de séjour n'est pas trop courte du point de vue médical. Lorsqu'une durée de séjour plus courte s'accompagne de sorties précoces, il n'est pas exclu qu'une durée de séjour plus longue soit plus avantageuse. Il n'en demeure pas moins que des durées de séjour plus courtes, associées à des réadmissions plus nombreuses, peuvent également s'avérer utiles sur le plan médical. Il convient donc d'interpréter l'indicateur de la durée de séjour en relation avec les indicateurs de la *qualité des résultats*.

De même, seuls de rares indicateurs sont disponibles quant à l'évolution de la *qualité des structures*. Ils renseignent sur les ressources en personnel des hôpitaux. L'un d'entre eux révèle l'évolution du ratio de personnel, soit par exemple le nombre de médecins en équivalents plein temps pour 1000 journées de soins.

La majorité des autres indicateurs utilisés pour examiner les questions posées ou vérifier les hypothèses émises dans ce chapitre ne peuvent pas être associés de manière convaincante à la qualité des structures, des procédures et des résultats. Ils n'en fournissent pas moins de précieuses informations pour procéder à une appréciation générale de divers changements dans le domaine des soins psychiatriques.

5.2.2 Indicateurs

Les indicateurs ci-après sont utilisés pour examiner les questions et les hypothèses mentionnées plus haut.

Qualité des résultats

- Différence entre l'intensité des symptômes mesurée au moment de l'admission et de la sortie (succès thérapeutique)
- Satisfaction des patients
- Réadmissions dans les 18 jours (en relation avec la durée moyenne de séjour)
- Part de sorties sans traitement ultérieur

Qualité des procédures

- Délai entre la date d'admission et le début du traitement
- Durée moyenne de séjour

Qualité des structures

- Ressources en personnel: nombre d'équivalents plein temps pour 1000 journées de soins
- Mesures limitatives de liberté (en lien avec les ressources en personnel)

- Proportion de patients sous psychotropes (en lien avec les ressources en personnel)

Caractéristiques générales de la psychiatrie stationnaire

Taux d'hospitalisation

- Nombre de cas standardisé selon les PCG de base (APCG), pour 1000 habitantes ou habitants

Durée de séjour

- Durée moyenne de séjour
- Durée de séjour standardisée

Comportement en matière de codage

- Proportion de cas avec diagnostic supplémentaire
- Nombre de traitements par cas
- *Day mix index* (DMI)

Parcours de traitement

- Transfert: séjours après la sortie de l'établissement
- Réadmissions dans les 18 jours

Adaptation des procédures

- Évolution du taux d'occupation des lits
- Convergence de la durée de séjour vers la médiane

Charges administratives

- Évolution de la part du personnel administratif dans l'ensemble du personnel

5.2.3 Préparation des données

Durée de séjour: jours de soins facturables

Avant l'introduction de TARPSY (en 2018), il n'existait pas de définition uniforme des «journées de soins facturables» à l'échelle de la Suisse et la rémunération des séjours en psychiatrie variait d'un canton à l'autre. TARPSY permet désormais de calculer le nombre de jours de soins facturables à l'aide de la formule suivante:

- Nombre de jours de soins pour les cas sans transfert = date de sortie - date d'entrée - jours de congé + 1
- Nombre de jours de soins pour les cas avec transfert = date de sortie - date d'entrée - jours de congé

Sont donc considérés comme jours de soins facturables le jour d'admission ainsi que chaque jour d'hospitalisation supplémentaire, y compris le jour de sortie, mais pas le jour de transfert. Les jours de congé entiers n'entrent pas en ligne de compte dans la durée de séjour (SwissDRG, 2019). Les durées de séjour présentées dans ce rapport ont été calculées conformément à la définition des journées de soins selon TARPSY.

Ressources en personnel dans le domaine stationnaire

L'analyse de l'évolution des équivalents plein temps du personnel est complexe, car la statistique des hôpitaux ne permet pas de distinguer le personnel du domaine ambulatoire et celui du domaine stationnaire. Or, pour apprécier l'impact de TARPSY, il importe avant tout de connaître les effectifs en équivalents plein temps du secteur stationnaire. Pour contourner cette difficulté, la répartition des coûts de personnel (ambulatoire et stationnaire) a été analysée et la part allouée au personnel stationnaire a servi d'approximation pour estimer les ressources en personnel de ce domaine. Concrètement, les données financières et d'exploitation de la statistique des hôpitaux a permis de déterminer les coûts consacrés chaque année aux soins médicaux et aux soins infirmiers dans le secteur stationnaire. Les coûts de chacun de ces deux groupes ont ensuite été mis en relation avec les coûts totaux de tous les secteurs (ambulatoire, stationnaire et de long séjour). La proportion obtenue a servi pour estimer les ressources en personnel dans le seul domaine stationnaire. Cette démarche n'est cependant applicable qu'aux groupes professionnels supérieurs des «médecins» et du «personnel soignant». Le groupe du «personnel médicotechnique» ne fait pas l'objet d'un poste séparé dans la comptabilité analytique de la statistique des hôpitaux. La part de cette catégorie de personnel travaillant dans le secteur stationnaire a donc été estimée à partir de la part du corps médical.

La démarche décrite permet certes de distinguer les ressources en personnel des domaines ambulatoire et stationnaire. Il convient néanmoins d'interpréter avec prudence les analyses qui en découlent, car seule une solution indirecte, basée sur l'affectation des coûts, permet d'estimer correctement les ressources en personnel du domaine stationnaire. Voilà pourquoi, les évaluations présentent également les résultats obtenus pour l'ensemble du domaine psychiatrique hospitalier et sont assorties de commentaires appropriés lorsque les résultats diffèrent des évaluations portant sur les ressources en personnel du seul domaine stationnaire.

Personnel travaillant en psychiatrie

L'analyse des ressources en personnel considère uniquement les équivalents plein temps affectés au centre de prestations principal M500 Psychiatrie dans la statistique des hôpitaux et faisant l'objet d'un contrat de travail au 31 décembre.

Il n'a pas été possible de procéder à la même distinction pour le personnel administratif, car il n'est en général pas rattaché à un centre de prestations médicales. Tout le personnel administratif des hôpitaux et des cliniques travaillant dans le secteur de la psychiatrie a dès lors été inclus dans les analyses portant sur les charges administratives. Afin de vérifier la pertinence de cette manière de procéder pour la psychiatrie, la même analyse a par ailleurs été entreprise pour les établissements qui se consacrent exclusivement à la psychiatrie (c'est-à-dire qui ne proposent ni soins somatiques aigus ni prestations de réadaptation). Ces

établissements traitent environ trois quarts de tous les patients de la psychiatrie stationnaire.

5.3 Évolution globale en psychiatrie hospitalière

Avant que ce rapport n'aborde l'évolution de la qualité des soins proprement dite, la présente section décrit l'évolution des caractéristiques générales des soins psychiatriques stationnaires, ces caractéristiques comprenant le nombre d'hospitalisations psychiatriques, la durée moyenne de séjour, le codage des diagnostics supplémentaires, la gravité des cas (*day mix index*) et le suivi des patients. C'est sur ces informations que se fonde l'interprétation des résultats aussi bien des indicateurs de qualité que des indicateurs de coûts et de financement, de même qu'une évaluation générale de l'évolution des soins psychiatriques au cours des dix dernières années.

5.3.1 Évolution du taux d'hospitalisation

Selon l'étude de concept du bureau BASS (Morger et al., 2018), l'introduction d'un système tarifaire uniforme à l'échelle nationale harmonise les incitations. En théorie, cette harmonisation peut à son tour conduire à une convergence des taux d'hospitalisation entre les cantons, cette dernière intervenant vers le haut ou vers le bas en fonction de la situation initiale du canton considéré.

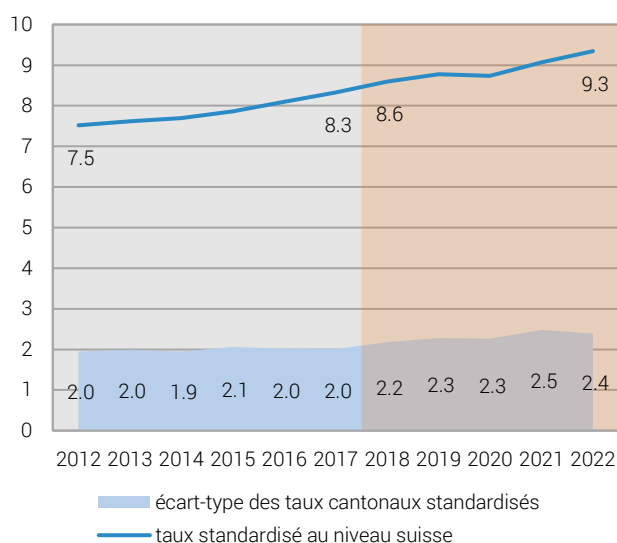
Nombre de cas standardisés

Durant la période 2012 à 2022, le taux d'hospitalisation standardisé par âge et par sexe en psychiatrie n'a cessé de croître, sauf au cours de l'année 2020 où il a stagné (probablement en raison du semi-confinement dû à la pandémie de COVID-19; voir Schuler et al., 2022) (G 5.1). Entre la période qui précède et celle qui suit l'introduction de TARPSY, son taux de croissance annuel moyen diffère légèrement. Il se situe à 2,1% pour la période de 2012 à 2017 et à 2,3% pour celle de 2018 à 2022.

L'évolution des taux d'hospitalisation standardisés varie beaucoup d'un canton à l'autre. Ces taux sont par exemple restés stables, voire ont baissé, dans les cantons romands (à l'exception du canton de Neuchâtel), alors qu'ils étaient le plus souvent en hausse dans le reste de la Suisse. La variabilité entre les cantons au fil du temps (mesurée en fonction de l'écart-type) a tendance à augmenter, en particulier au cours de la période qui suit l'introduction de TARPSY (G 5.1). Cette observation invalide l'hypothèse selon laquelle un système tarifaire uniforme devrait conduire à une harmonisation des taux d'hospitalisation. Dans l'ensemble, rien n'indique qu'il existe un lien entre l'introduction de TARPSY et l'évolution du taux d'hospitalisation au niveau national et les évolutions au niveau cantonal sont plutôt à mettre sur le compte de l'organisation des structures de soins (ambulatoires, intermédiaires et stationnaires) dans les différents cantons.

G 5.1 Variance cantonale du taux d'hospitalisation standardisé en psychiatrie, de 2012 à 2022

Nombre de cas pour 1000 habitantes ou habitants



Source: OFS – statistique médicale des hôpitaux (MS) © Obsan 2024

5.3.2 Évolution de la durée de séjour

Les forfaits journaliers dégressifs introduits dans le cadre de TARPSY créent de nouvelles incitations dans le domaine de la psychiatrie hospitalière. Contrairement aux forfaits par cas mis en place dans le domaine des soins somatiques aigus, les forfaits journaliers de TARPSY ne constituent pas une incitation à raccourcir la durée de séjour en psychiatrie, car même les coûts de séjours plus longs sont en moyenne couverts par le tarif. L'introduction de TARPSY supprime par contre l'incitation à prolonger la durée de séjour de la part des prestataires qui n'appliquaient pas de tarif journalier dégressif avant l'adoption de la nouvelle structure tarifaire. Dans leur cas, la durée de séjour pourrait devenir plus courte. En d'autres termes, on s'attend à ce que l'introduction de TARPSY raccourcisse la durée moyenne de séjour, mais de façon moins prononcée que lors de l'introduction des SwissDRG pour les soins somatiques aigus. Un raccourcissement de la durée de séjour pourrait entraîner, d'une part, des reports vers les domaines en aval et, d'autre part, des sorties prématurées, deux effets susceptibles à leur tour d'engendrer une hausse des réadmissions. Pour plus de détails, se référer à la section «Durée de séjour en cas de réadmission» (5.4.1).

Selon l'étude de concept du bureau BASS (Morger et al., 2018), on peut supposer que l'introduction d'un système tarifaire uniforme dans toute la Suisse induira une harmonisation des incitations et que les durées de séjour cantonales tendront à s'égaliser avec le temps. Rappelons néanmoins que les différences régionales dans l'organisation des soins, notamment la présence de structures intermédiaires, telles des cliniques de jour, exercent une influence sur la durée de séjour.

Durée de séjour standardisée

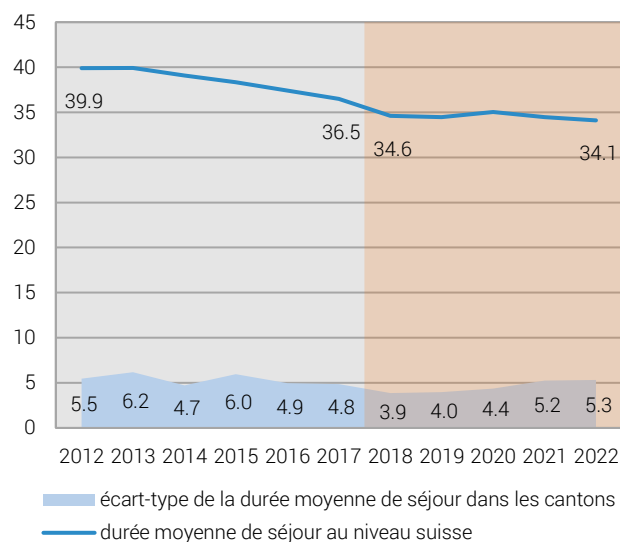
La durée moyenne de séjour standardisée par âge et par sexe se situait à 39,9 jours de soins en 2012. Au cours de la période considérée, elle a suivi une baisse constante de 1,6% en moyenne par an pour atteindre 34,1 jours de soins en 2022. La baisse était un peu plus marquée (1,8% par an) avant l'introduction de TARPSY qu'après (1,3% par an; G 5.2).

Dans l'ensemble, la variabilité intercantonale de la durée moyenne de séjour apparaît plus élevée durant les années précédant l'introduction de TARPSY qu'après. Les écarts-types se situaient ainsi entre 4,7 et 6,2 avant l'adoption de TARPSY et entre 3,9 et 5,3 après. Depuis l'introduction de TARPSY, la tendance est cependant à la hausse: en 2018, année de son introduction, la variabilité cantonale a atteint son minimum et enregistré une augmentation constante depuis.

Les résultats s'avèrent quelque peu ambivalents. D'une part, la durée moyenne de séjour dans les cantons s'est rapprochée de la moyenne suisse, notamment si l'on compare la variabilité moyenne pour les périodes qui précèdent et qui suivent l'introduction de TARPSY. D'autre part, on observe depuis 2018 une augmentation continue de la variabilité intercantonale, ce qui reflète à l'inverse une évolution contraire à une convergence vers la moyenne suisse.

G 5.2 Variance cantonale de la durée de séjour standardisée, de 2012 à 2022

Nombre de journées de soins



Remarque: les cantons AI et AR ont été exclus du calcul de l'écart-type pour l'année 2018, car ils présentaient des durées moyennes de séjour exceptionnellement élevées en 2018.

Source: OFS – statistique médicale des hôpitaux (MS) © Obsan 2024

Durée de séjour selon le groupe de coûts

Le graphique G 5.3 illustre la durée de séjour dans les quatre groupes de coûts (PCG de base) où les cas sont les plus nombreux. Dans trois de ces groupes, la réduction de la durée de séjour s'avère plus marquée avant l'introduction de TARPSY qu'après: -3,4% contre -0,9% pour le groupe «Schizophrénie, troubles schizotypiques ou hallucinatoires» (TP25), -1,7% contre -1,0% pour le groupe «Troubles dépressifs ou dépressifs bipolaires» (TP27) et -2,3% contre -0,5% pour le groupe «Troubles de la personnalité et du comportement» (TP29). Il en va tout autrement dans le groupe «Troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation d'alcool, d'autres drogues ou d'autres substances» (TP21), où la durée de séjour diminue moins entre 2012 et 2017 (-0,5% par an) qu'entre 2018 et 2022 (-1,8%).

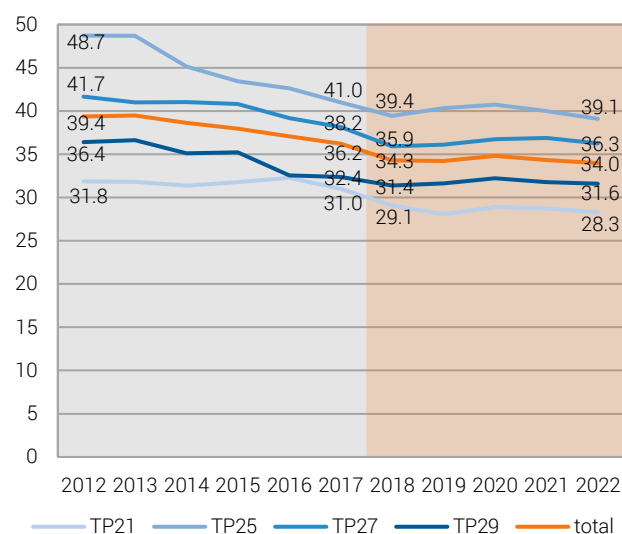
Les groupes non représentés dans le graphique ont enregistré les évolutions suivantes: les groupes «Troubles en cas de démence ou autres troubles organiques du SNC» (TP24) et «Troubles maniaques» (TP26) ont le plus souvent suivi une diminution régulière de la durée de séjour, sans différence nette entre les périodes ayant précédé et suivi l'introduction de TARPSY. Dans le groupe «Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress ou troubles somatoformes» (TP28), la durée de séjour a diminué avant l'introduction de TARPSY et augmenté après (-1,2% contre +0,8% en moyenne annuelle). Ce dernier groupe (TP28) affiche dans l'ensemble une tendance à la diminution de la durée de séjour, cette réduction étant surtout intervenue durant la période précédant l'introduction de TARPSY et s'étant stabilisée ensuite. Le groupe «Traitement psychiatrique ou psychosomatique sans diagnostic principal psychiatrique ou psychosomatique» (TP70) recense un plus petit nombre de cas, de sorte que la durée de séjour y varie davantage d'une année à l'autre et qu'aucune tendance claire n'est perceptible.

La diminution de la durée moyenne de séjour semble s'atténuer quelque peu après l'introduction de TARPSY. On attendait plutôt un renforcement de la diminution de la durée de séjour, puisque TARPSY a supprimé les incitations financières favorables à son allongement.

Pour ce qui est du rôle de TARPSY dans la réduction de la durée de séjour, les avis des experts étaient partagés. Certains estimaient que d'autres facteurs, comme la nécessité de libérer des lits au plus vite et la possibilité d'assurer un suivi dans des services ambulatoires ou des cliniques de jour, ont exercé une influence plus grande. D'autres ont fait valoir que les prestataires de soins avaient anticipé l'introduction de TARPSY et s'y étaient préparés. Cette réaction aurait raccourci la durée de séjour avant même l'entrée en vigueur officielle du nouveau système.

G 5.3 Durée moyenne de séjour, selon le groupe de coûts (PCG de base), de 2012 à 2022

Nombre de jours de soins



Remarque: les données des années 2019 à 2022 ont été regroupées selon la version de TARPSY applicable: 2019 et 2020 selon la version 2.0, 2021 selon la version 3.0 et 2022 selon la version 4.0. Les années 2012 à 2018 ont également été regroupées selon TARPSY 2.0, afin qu'il soit possible de procéder à une comparaison dans le temps aussi pertinente que possible. Outre le total, le graphique présente les quatre groupes de coûts qui comptent le nombre de cas le plus élevé. TP21: Troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation d'alcool, d'autres drogues ou d'autres substances; TP25: Schizophrénie, troubles schizotypiques ou hallucinatoires; TP27: Troubles dépressifs ou dépressifs bipolaires; TP29: Troubles de la personnalité et du comportement.

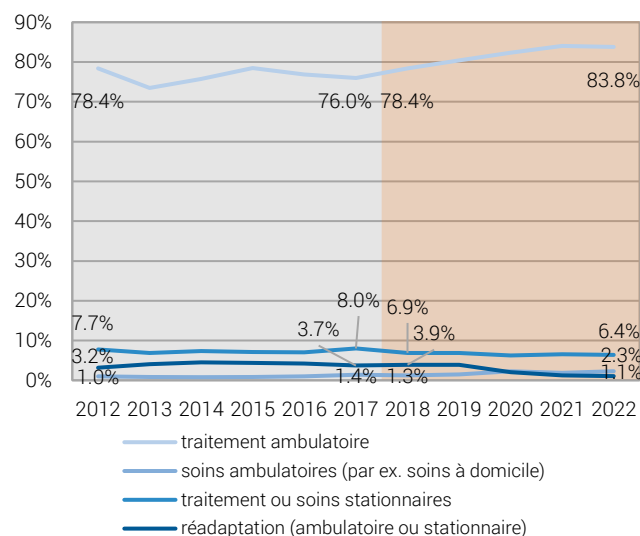
Source: OFS – statistique médicale des hôpitaux (MS) © Obsan 2024

5.3.3 Évolution dans le suivi de traitement

Dans la plupart des cas (environ quatre sur cinq), un séjour à l'hôpital est suivi d'un traitement ambulatoire. La part des traitements ultérieurs ambulatoires a augmenté moins entre 2012 et 2017 qu'entre 2018 et 2022 (croissance annuelle moyenne de -0,6% contre +2,0%; G 5.4). Bien que l'on recoure nettement moins aux soins ambulatoires (tels les soins à domicile) qu'aux traitements ambulatoires après un séjour psychiatrique (proportion entre 0,8% et 2,3% selon les années), ils ont également enregistré une croissance proportionnellement plus importante après l'introduction de TARPSY qu'avant celle-ci. Ils ont affiché une croissance annuelle moyenne de 7,5% entre 2012 et 2017 et de 10,2% entre 2018 à 2022. Depuis l'introduction de TARPSY, les traitements ou les soins stationnaires ainsi que la réadaptation (ambulatoire ou stationnaire) ont en revanche été moins souvent sollicités à titre de suivi.

G 5.4 Traitement après la sortie, de 2012 à 2022

Part en %



Source: OFS – statistique médicale des hôpitaux (MS) © Obsan 2024

5.3.4 Évolution du comportement en matière de codage

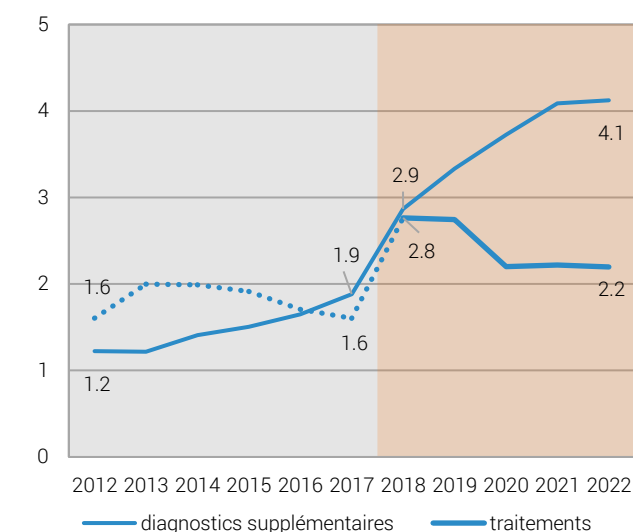
L'introduction des forfaits journaliers liés aux prestations a conféré au codage d'informations sur les cas, tels les diagnostics et les traitements, un rôle essentiel pour la rémunération. Ce rôle incite à un codage plus précis, voire, parfois, à un codage supérieur (upcoding). L'étude de concept du bureau BASS (Morger et al., 2018) formule dès lors l'hypothèse suivante: l'introduction de TARPSY entraîne des déplacements vers des prestations bien rémunérées (upcoding) (H. 8).

Diagnosics supplémentaires et traitements

Les diagnostics supplémentaires codés augmentent clairement au fil du temps, affichant une brusque hausse entre 2017 et 2018 (G 5.5). Le nombre moyen de diagnostics supplémentaires codés est passé de 1,2 en 2012 à 4,1 en 2022, soit une croissance annuelle moyenne de 12,9%. L'accroissement est nettement plus marqué durant la période 2018 à 2022 qu'avant l'introduction de TARPSY, soit de 2012 à 2017: 17,0% en moyenne par an contre 9,0%. Ce résultat était prévisible et reflète surtout une documentation plus précise des cas et une meilleure transparence.

G 5.5 Diagnostics supplémentaires et traitements par cas, de 2012 à 2022

Nombre de diagnostics supplémentaires et de traitements



Remarque: la prudence est de mise lors de l'interprétation des traitements pour la période 2012 à 2017, car aucun traitement n'a été codé dans un nombre considérable de cas au cours de cette période (32% à 46% des cas).

Source: OFS – statistique médicale des hôpitaux (MS) © Obsan 2024

À l'instar du nombre de diagnostics supplémentaires codés, le nombre de traitements codés augmente au fil du temps (G 5.5). Si une quantité similaire de traitements a été codée chaque année entre 2012 et 2017, leur nombre enregistre une forte hausse entre 2017 et 2018/2019, diminue ensuite en 2020 puis se stabilise à ce niveau. La part des cas dont le traitement n'avait pas été codé se situait entre 32% et 46% pour la période 2012 à 2017, alors qu'elle ne représente plus que 12% à 15% de 2018 à 2022.

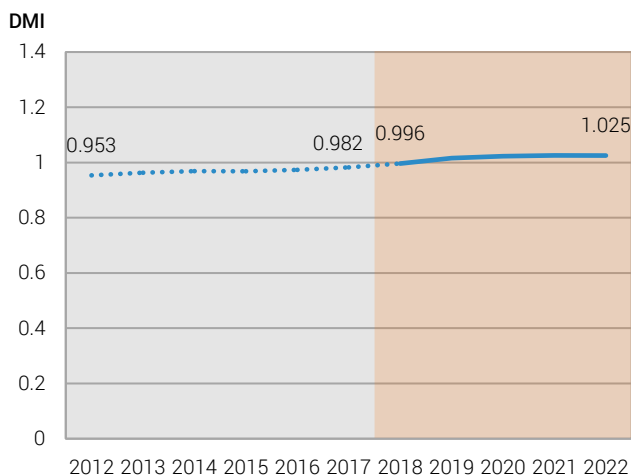
Day mix index

Le *day mix index* (DMI) est un indicateur du degré moyen de gravité des cas. Il est calculé en divisant la somme des *cost-weights* effectifs de tous les cas par le nombre de cas. Lorsque cet indice s'accroît au fil du temps au niveau national, c'est signe que la sévérité moyenne des cas a augmenté. Une hausse du DMI peut également s'expliquer par un changement général de la morbidité de la population ou une modification de la pratique thérapeutique (tel le transfert de cas dits « légers » vers le secteur ambulatoire) ou encore par une hausse du codage des procédures et des diagnostics donnant lieu à rémunération. L'étude a de plus été confrontée à un autre problème: avant l'introduction de TARPSY, la statistique médicale des hôpitaux n'enregistrait pas de manière systématique certaines variables qui interviennent dans la détermination de *cost-weights* (voir la section « Regroupement en groupes de coûts psychiatriques [PCG] » dans le chapitre qui présente la méthode appliquée). Force est donc de supposer que les *cost-weights* ou le DMI calculés ici sont sous-estimés avant 2018.

Cette sous-estimation complique considérablement l'interprétation de l'indicateur.

Compte tenu des difficultés mentionnées ci-dessus, il ne faudrait interpréter l'évolution du DMI qu'à partir de 2018, voire seulement à partir de 2019, puisque TARPSY n'a été officiellement introduit dans la pédopsychiatrie qu'à cette date. Durant les périodes 2018 à 2022 et 2019 à 2022, le DMI a augmenté en moyenne de 0,7% et de 0,3% par an (G 5.6).

G 5.6 Évolution du *day mix index* (DMI), de 2012 à 2022



Source: OFS – statistique médicale des hôpitaux (MS) © Obsan 2024

5.3.5 Évolution des processus de traitement

La pression accrue sur les coûts, due en particulier au benchmarking réalisé dans le cadre de TARPSY (voir paragraphe 4.8 à la page 33) pousse à s'interroger sur la manière dont les hôpitaux ont réagi à l'introduction de TARPSY en termes d'efficacité. L'une des conséquences possibles est que les hôpitaux s'efforcent d'accroître encore leur taux d'occupation et d'optimiser la structure du personnel ainsi que les processus de traitement. Selon l'étude de concept du bureau BASS (Morger et al., 2018), il est possible de formuler les hypothèses suivantes: le taux d'occupation des hôpitaux s'accroît (H. 9); les hôpitaux optimisent leur structure du personnel, au risque de détériorer leur ratio de personnel (rapport entre personnel et patients; H. 10); la durée de séjour diminue dans les hôpitaux ou cliniques inefficaces (soit les établissements affichant des durées de séjour supérieures à la moyenne après prise en compte de la gravité des cas; H. 11).

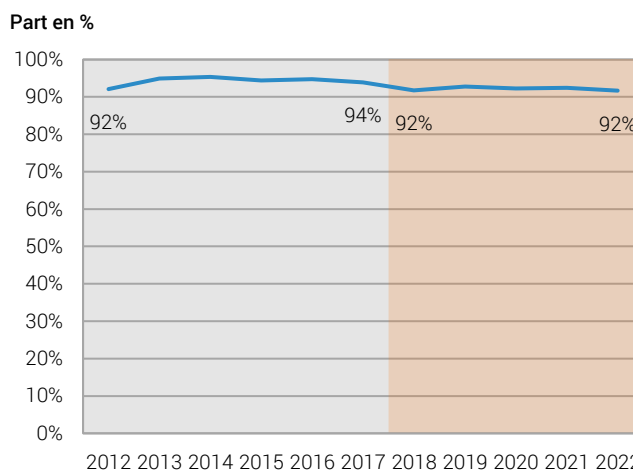
Évolution du taux d'occupation des lits

Les chiffres reflétant l'utilisation des lits ne permettent pas de conclure à une augmentation du taux d'occupation des hôpitaux (G 5.7). Sur l'ensemble de la période, l'indicateur est en effet resté relativement stable, oscillant entre 92% et 94%. L'hypothèse selon

laquelle «le taux d'occupation des hôpitaux s'accroît» (H. 9) n'est donc pas confirmée.

De l'avis des experts, le potentiel en matière de taux d'occupation potentiel des lits est largement réalisé, des valeurs comprises entre 92% et 94% étant jugées habituelles. Relevons également que le taux d'occupation des lits peut varier en fonction du type d'établissement et des conditions régionales. Dans certains cas, un taux proche de 100% est considéré comme souhaitable, tandis qu'un certain taux d'inoccupation est estimé comme nécessaire dans d'autres (rapport entre les traitements d'urgence et les traitements planifiés). Dans l'ensemble, tout le monde s'accorde à dire que la pression sur les soins psychiatriques est forte depuis des années et qu'elle l'était avant l'introduction de TARPSY, et que le taux d'occupation des lits est un indicateur important pour la planification des capacités.

G 5.7 Taux d'occupation des lits, de 2012 à 2022



Remarque: le taux d'occupation des lits est obtenu en divisant le total des journées de soins (MS) par le nombre de journées-lits d'exploitation (KS).

Sources: OFS – statistique des hôpitaux (KS), statistique médicale des hôpitaux (MS) © Obsan 2024

Convergence des durées de séjour

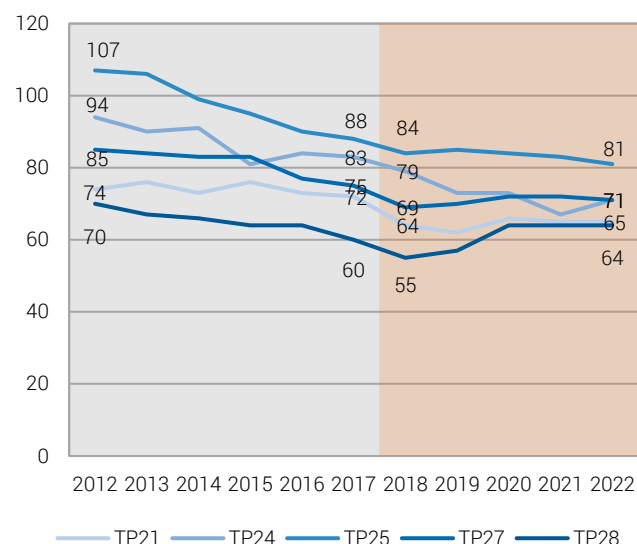
Afin d'examiner dans quelle mesure la durée de séjour diminue dans les hôpitaux et cliniques qui affichent une durée de séjour supérieure à la moyenne, nous avons déterminé s'il existe une convergence entre la médiane et le 90^e percentile du nombre de jours de soins. C'est-à-dire que l'on cherche à savoir si l'écart entre la médiane et le 90^e percentile se réduit au fil du temps.

Sur l'ensemble de la période considérée, on observe une convergence constante de presque tous les PCG de base (G 5.8). La seule exception est le groupe «Traitement psychiatrique ou psychosomatique sans diagnostic principal psychiatrique ou psychosomatique» (TP70), où la durée de séjour varie au fil des ans. Il s'agit toutefois d'un très petit groupe, qui ne représentait qu'environ 0,3% de tous les cas en psychiatrie en 2022. La convergence la plus nette apparaît pour les «Troubles en cas de démence ou

autres troubles organiques du SNC» (TP24), où le 90^e percentile se rapproche de la médiane de 2,8% en moyenne par an.

G 5.8 Convergence entre le 90^e percentile et la durée médiane de séjour, de 2012 à 2022

Différence par rapport à la médiane (en journées de soins)



Remarque: les données des années 2019 à 2022 ont été regroupées selon la version de TARPSY applicable: 2019 et 2020 selon la version 2.0, 2021 selon la version 3.0 et 2022 selon la version 4.0. Les années 2012 à 2018 ont également été regroupées selon TARPSY 2.0, afin qu'il soit possible de procéder à une comparaison dans le temps aussi pertinente que possible. Le graphique présente les cinq groupes de coûts comptant le nombre de cas le plus élevé. TP21: Troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation d'alcool, d'autres drogues ou d'autres substances; TP24: Troubles en cas de démence ou autres troubles organiques du SNC; TP25: Schizophrénie, troubles schizotypiques ou hallucinatoires; TP27: Troubles dépressifs ou dépressifs bipolaires; TP28: Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes.

Sources: OFS – statistique des hôpitaux (KS), statistique médicale des hôpitaux (MS) © Obsan 2024

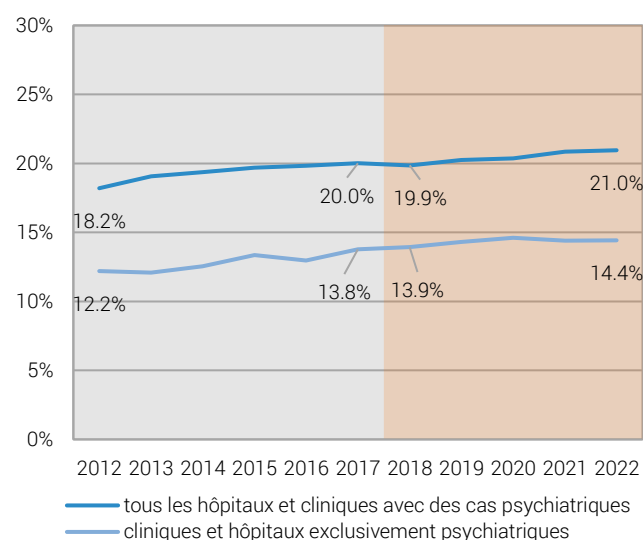
Quant à savoir si les convergences observées coïncident avec l'introduction de TARPSY, les observations varient selon le PCG de base. Pour les groupes «Troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation d'alcool, d'autres drogues ou d'autres substances» (TP21), «Troubles en cas de démence ou autres troubles organiques du SNC» (TP24) et «Troubles maniaques» (TP26) (non représentés dans le graphique), la convergence est moins prononcée pendant la période 2012 à 2017 que durant la période 2018 à 2022. En ce qui concerne les autres groupes, la convergence s'avère similaire ou plus faible après l'introduction de TARPSY qu'auparavant. L'hypothèse selon laquelle la durée de séjour diminue dans les hôpitaux et les cliniques où cette durée est plutôt longue (H. 11) n'est donc que partiellement confirmée, car la convergence observée ne coïncide avec l'introduction de TARPSY que pour certains PCG de base.

5.3.6 Évolution de la charge administrative

Dans la mesure où l'introduction de TARPSY entraîne une augmentation de la charge administrative, cet impact devrait se refléter dans les données du personnel des hôpitaux et des cliniques, par exemple par l'accroissement des effectifs affectés au codage. Selon l'étude de concept du bureau BASS (Morger et al., 2018), la part du personnel administratif dans le personnel total devrait donc augmenter (H. 12).

G 5.9 Personnel administratif, de 2012 à 2022

Part dans l'ensemble du personnel



Remarque: par «ensemble du personnel» on entend la somme des équivalents plein temps (EPT) des groupes professionnels suivants: corps médical, personnel soignant, personnel médicothérapeutique et personnel administratif. Ont été pris en compte tous les EPT, quel que soit le centre de prestation principal (CPP) auquel le personnel a été attribué dans la statistique des hôpitaux (KS).

Sources: OFS – statistique des hôpitaux (KS), statistique médicale des hôpitaux (MS) © Obsan 2024

Entre 2012 et 2022, la part du personnel administratif dans les hôpitaux et cliniques traitant des cas psychiatriques a augmenté en moyenne de 1,4% par an (G 5.9). Elle est ainsi passée de 18,2% à 21,0%. Elle a suivi une croissance plus marquée avant l'introduction de TARPSY (en moyenne 1,9% par an de 2012 à 2017) qu'après (0,9% par an de 2018 à 2022). On observe une évolution similaire dans les cliniques et les hôpitaux dédiés aux seuls soins psychiatriques. Sur l'ensemble de la période, la part du personnel administratif y a augmenté en moyenne de 1,7% par an. Notons que cette croissance affiche une moyenne annuelle de 2,5% de 2012 à 2017 et de 0,9% durant la période allant de 2018 à 2022.

Lors de l'interprétation des résultats, il importe de se rappeler qu'il n'est pas possible d'attribuer le personnel administratif à la psychiatrie dans le cas de cliniques et d'hôpitaux qui fournissent des prestations dans d'autres secteurs de soins tels que les soins somatiques aigus ou la réadaptation. Un quart environ de tous les

cas psychiatriques sont prise en charge dans ce type d'établissements. Une interprétation quant à l'introduction de TARPSY paraît néanmoins possible, puisque les résultats des cliniques et des hôpitaux qui traitent exclusivement des cas psychiatriques, vont dans le même sens que les résultats de l'ensemble des cliniques et des hôpitaux traitant des cas psychiatriques.

5.4 Évolution de la qualité des soins

On escompte que l'introduction de TARPSY conduise pour l'essentiel à accroître la transparence et la comparabilité. Dans l'idéal, cette évolution peut également favoriser des progrès en matière de qualité. À l'inverse, une pression trop forte sur les coûts peut détériorer la qualité.

La section 5.4.1 analyse l'évolution dans le temps des indicateurs de la qualité des résultats, à savoir la différence entre l'intensité des symptômes mesurée au moment de l'admission et de la sortie (*succès thérapeutique*), la *satisfaction moyenne des patients*, la proportion de *réadmissions* dans les 18 jours et la proportion de *sorties sans traitement ultérieur*. La section 5.4.2 porte sur la qualité des procédures et analyse l'évolution du délai entre la date d'admission et le début du traitement. La section 5.4.3 concerne la qualité des structures, il s'agit d'examiner l'évolution du ratio de personnel, tout en tenant compte des équivalents plein temps pour 1000 journées de soins par groupe professionnel, des mesures limitatives de liberté et de la proportion de patients sous traitement psychopharmacologique, ces deux derniers indicateurs étant à chaque fois considérés en rapport avec les ressources en personnel.

5.4.1 Qualité des résultats

Intensité des symptômes (mesure ANQ)

L'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) recense chaque année l'intensité des symptômes des patients au moment de leur admission et à leur sortie dans toutes les cliniques psychiatriques de Suisse et, depuis 2020, également dans la Principauté du Liechtenstein. La différence obtenue reflète l'évolution de l'intensité des symptômes. Plus cette différence (valeur différentielle) est grande, plus le traitement est efficace. En psychiatrie pour adultes, l'intensité des symptômes est mesurée à l'aide de l'échelle *Health of the Nation Outcome Scale* (HoNOS), un outil d'évaluation qui permet au professionnel en charge du cas d'évaluer les symptômes sur la base de douze items. Outre l'échelle HoNOS, les établissements utilisent la *Brief Symptom Checklist* (BSCL) pour évaluer le ressenti des patients en faisant appel à leur auto-évaluation subjective. En pédopsychiatrie, l'évaluation recourt aux échelles *Health of the*

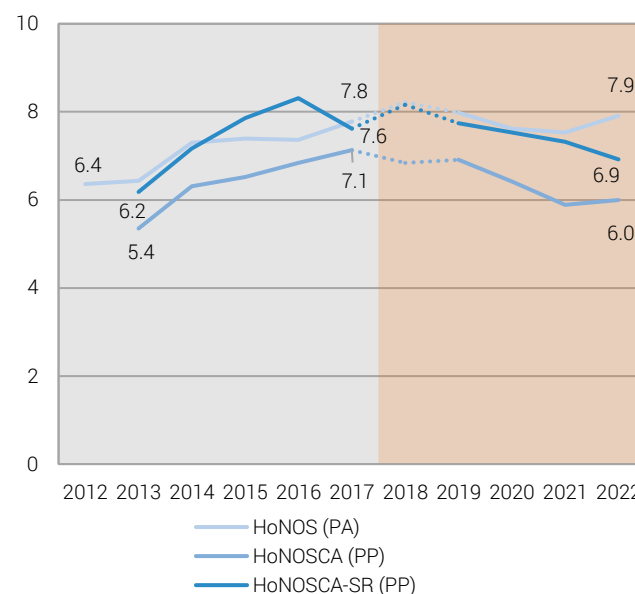
Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA) et à l'auto-évaluation au moyen des *Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents Self Rating* (HoNOSCA-SR)²⁶.

Relevons que les mesures de l'ANQ ne servent pas explicitement à déterminer l'évolution de la qualité dans le temps. Elles visent plutôt à obtenir des données uniformes sur la qualité afin d'assurer la transparence sur la qualité des résultats au niveau de l'hôpital ou de la clinique. Il convient dès lors d'interpréter avec la prudence requise les indicateurs mentionnés dans ce rapport, qui ont été calculés à l'aide des mesures ANQ.

En psychiatrie pour adultes, la différence des mesures HoNOS effectuées au moment de l'admission et lors de la sortie augmente entre 2012 et 2017 (G 5.10 et G 5.11). Il est possible d'interpréter une augmentation de cette différence comme une amélioration du succès thérapeutique et donc de la qualité des résultats. Sur cette période, l'augmentation est de 4,1% en moyenne annuelle. Pendant la période de 2018 à 2022, elles n'enregistrent cependant qu'une légère hausse de 0,3% en moyenne par an.

G 5.10 Intensité des symptômes selon HoNOS, de 2012 à 2022

Différence entre les valeurs à l'admission et à la sortie



Remarque: PA = psychiatrie pour adultes; PP = pédopsychiatrie.

Lors de l'interprétation, il faut se rappeler que les sorties de la PP ne représentent que 5% environ de toutes les sorties de la psychiatrie et qu'il convient donc d'accorder moins de poids aux résultats de la PP qu'à ceux de la PA.

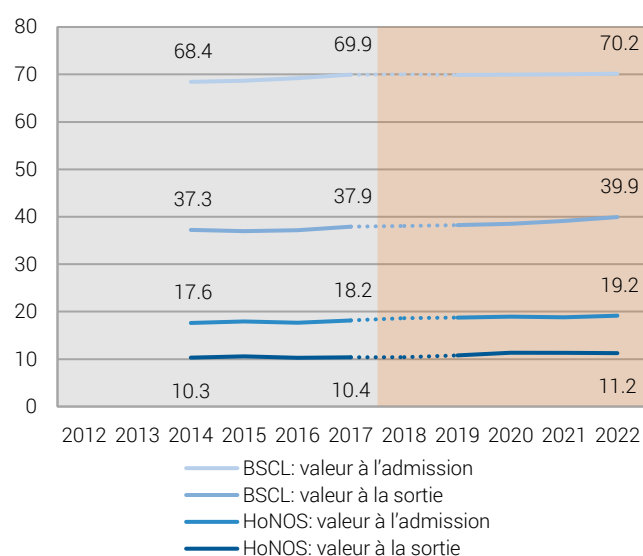
Les données de l'année 2018 diffèrent par leur mode de collecte. Elles n'ont subi qu'une seule adaptation au regroupement de cas dans TARPSY, de sorte qu'elles sont exclues de la comparaison pluriannuelle.

Source: ANQ – Psychiatrie stationnaire pour adultes. Rapport comparatif national 2022. © Obsan 2024

²⁶ Voir Manuel des mesures – Psychiatrie stationnaire pour adultes (https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2022/01/ANQpsy_PA_Manuel-mesures.pdf) ou Manuel de mesure.

G 5.11 Intensité des symptômes selon BSCL et HoNOS (psychiatrie pour adultes), de 2014 à 2022

Mesure effectuée à l'admission et à la sortie



Remarque: pour les années 2012 et 2013, les mesures effectuées à l'admission et à la sortie, correspondant aux valeurs différentielles, n'étaient pas disponibles.

Les données de l'année 2018 diffèrent par leur mode de collecte. Elles n'ont subi qu'une seule adaptation au regroupement de cas dans TARPSY, de sorte qu'elles sont exclues de la comparaison pluriannuelle.

Source: ANQ – Psychiatrie stationnaire pour adultes. Rapport comparatif national 2022. © Obsan 2024

Si l'on considère l'évolution des valeurs différentielles comme un indicateur du succès thérapeutique, ces données font état d'une possible stagnation de la qualité des résultats en psychiatrie pour adultes depuis l'introduction de TARPSY. Il importe de souligner ici que l'intensité des symptômes au moment de l'admission a été en moyenne plus élevée entre 2018 et 2022 qu'entre 2014 et 2017 (HoNOS: 18,6 à 19,2 contre 17,6 à 18,2; BSCL: 69,9 à 70,2 contre 68,4 à 69,9). Ces données signifient que les cas admis en psychiatrie tendent à être plus sévères depuis l'introduction de TARPSY, un phénomène qui pourrait exercer à son tour une influence sur le succès thérapeutique. Les valeurs mesurées à la sortie présentent le même schéma, à cela près que la différence entre les deux périodes est encore un peu plus marquée. Autrement dit, les patients ressentaient en moyenne des symptômes moins intenses à leur sortie durant la période 2014 à 2017 qu'entre 2018 et 2022. Dans l'ensemble, tant les valeurs lors de l'admission que celles à la sortie, mesurées avec les échelles HoNOS et BSCL, suivent une évolution relativement constante au fil du temps (G 5.11).

En pédopsychiatrie, les valeurs différentielles avant l'introduction de TARPSY (de 2013 à 2017) ont augmenté de 4,2% en moyenne par an selon l'échelle HoNOSCA (évaluation d'un tiers) et de 2,0% selon l'échelle HoNOSCA-SR (auto-évaluation). Sur la période 2018 à 2022, les écarts ont en revanche diminué, en moyenne de 3,4% et de 1,9% par an. Cette baisse refléterait plutôt

un possible recul du succès thérapeutique depuis l'introduction de TARPSY.

En évaluant ces résultats par rapport à l'ensemble de la psychiatrie stationnaire, il faut toutefois se rappeler que les cas sont nettement moins nombreux en pédopsychiatrie qu'en psychiatrie pour adultes (4950 contre 86 497 sorties p. ex. en 2022) et qu'il convient dès lors de leur conférer moins de poids dans l'appréciation de la qualité.

Satisfaction des patients (mesure ANQ)

Dans le cadre de l'enquête de l'ANQ sur la satisfaction des patients, ces derniers sont priés, à leur sortie de l'établissement, de remplir un bref questionnaire qui concerne six aspects, l'échelle de réponses allant de 1 à 5. Les questions portent sur les points suivants: 1) qualité de traitement, 2) possibilité de poser des questions, 3) compréhensibilité des réponses, 4) informations concernant les médicaments au cours du séjour, 5) participation au plan thérapeutique, 6) préparation de la sortie.

Le questionnaire est utilisé sous cette forme depuis 2017 en psychiatrie pour adultes. Le déroulement de l'enquête a cependant été modifié en 2018: le questionnaire est désormais remis directement aux patients au lieu de leur être envoyé par la poste et l'enquête a lieu au printemps et non plus en automne. La comparabilité des résultats de 2017 et des autres mesures est par conséquent restreinte, de sorte que l'analyse présentée ici ne tient compte que des données à partir de 2018. Relevons par ailleurs qu'il était prévu de procéder à l'enquête sur la satisfaction des patients tous les deux ans à partir de 2020, mais que l'enquête a été suspendue en 2020 à cause de la pandémie de COVID-19, puis rattrapée en 2021. Aucune donnée sur la satisfaction des patients n'est donc disponible pour l'année 2020 et la prochaine enquête est prévue en 2024. Le taux de réponse aux questionnaires envoyés s'établit entre 44% et 57% pour les années 2018 à 2022.

Les valeurs moyennes de la satisfaction des patients sont restées stables entre 2018 et 2022 pour les six questions. Les variations annuelles moyennes sur cette période se situent entre 0,0% et une baisse de 0,4%. L'évolution de la satisfaction des patients ne révèle donc ni une détérioration ni une amélioration de la qualité qui seraient en lien avec l'introduction de TARPSY.

Réadmissions dans les 18 jours

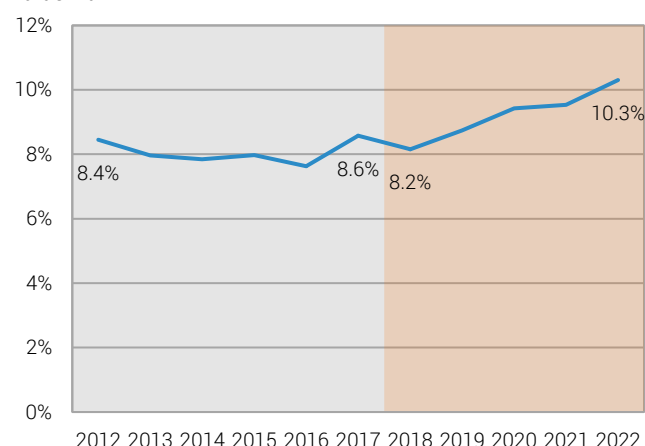
La proportion de cas réadmis dans le même établissement au cours des 18 jours suivant la sortie a augmenté de 2,0% en moyenne par an entre 2012 et 2022, passant de 8,4% à 10,3% (G 5.12). Entre 2012 et 2017, le pourcentage de réadmissions a oscillé entre 7,6% et 8,6%, puis il s'est accru pour atteindre 10,3% en 2022. Sa hausse a été plus marquée entre 2018 et 2022 qu'avant l'introduction de TARPSY: elle affichait alors une moyenne de 3,7% par an.

À l'instar des réadmissions, les séjours multiples ont également augmenté: le nombre moyen de séjours en hôpital ou en clinique par patient est passé de 1,39 (2012) à 1,50 (en 2022), ce qui

correspond à une hausse annuelle moyenne de 0,8%. L'évolution a toutefois été constante et rien n'indique que l'augmentation ait été plus importante après l'introduction de TARPSY qu'avant (la hausse annuelle se situant à 0,8% dans les deux cas). Il en va de même pour la proportion de patients qui ont séjourné plusieurs fois par an dans un hôpital ou une clinique. Cette proportion est passée de 23,6% en 2012 à 27,3% en 2022. Dans ce cas aussi, l'accroissement a été constant et n'a pas varié entre la période qui a précédé et celle qui a suivi l'introduction de TARPSY.

G 5.12 Réadmissions dans les 18 jours, de 2012 à 2022

Part en %



Remarque: pour la période 2018 à 2022, les réadmissions ont été déterminées à partir des indications sur les sorties intermédiaires que les hôpitaux doivent transmettre dans le cadre du regroupement de cas. Pour la période 2012 à 2017, elles ont cependant été «recalculées» selon les règles régissant le regroupement de cas. Les données concernant les réadmissions en 2017 sont entachées d'incertitude, car certains hôpitaux avaient déjà fourni leurs données sur les sorties intermédiaires et qu'il était impossible de savoir dans quelle mesure il serait encore nécessaire, par la suite, de recalculer des regroupements de cas ou des réadmissions pour ces hôpitaux. Puisque TARPSY n'était pas encore en vigueur en pédopsychiatrie en 2018 et qu'il n'y a donc pas encore eu de regroupement de cas dans ce domaine, la part des réadmissions est probablement quelque peu sous-estimée pour cette année-là.

Source: OFS – statistique médicale des hôpitaux (MS) © Obsan 2024

Ces évolutions ne permettent pas de déterminer clairement si TARPSY a conduit à une hausse des réadmissions ou des séjours multiples. D'une part, les indicateurs sont entachés d'une certaine incertitude méthodologique (identificateurs de patients parfois peu fiables); d'autre part, on observe depuis longtemps déjà en psychiatrie une mobilité plus grande des patients entre les soins stationnaires et ambulatoires (en cas de sorties précoces délibérées; Kuhl, 2008). C'est en particulier le transfert de patients souffrant de troubles chroniques vers des structures de soins ambulatoires et des cliniques de jour qui a multiplié les séjours stationnaires tout en les raccourcissant. Ces changements sont pris en compte dans les concepts thérapeutiques et ne constituent donc pas une détérioration de la qualité (Jäger et Rössler, 2012).

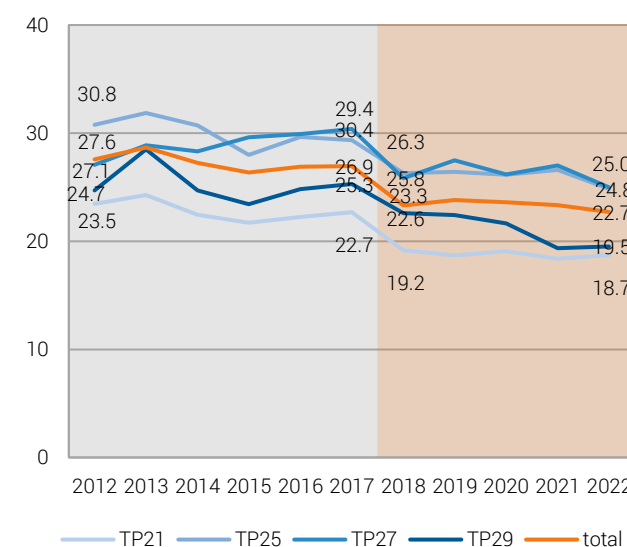
Durée de séjour en cas de réadmission

Afin de vérifier si la hausse des réadmissions est corrélée à une réduction de la durée de séjour, nous avons calculé la durée du premier séjour dans le cadre de regroupements de cas, c'est-à-dire la durée du séjour qui a été suivi d'une réadmission.

Il apparaît dans l'ensemble que la durée des premiers séjours a diminué nettement plus entre 2018 et 2022 qu'entre 2012 et 2017 (-3,4% contre -0,5% en moyenne par année). Cette évolution est particulièrement marquée dans les PCG de base TP21 «Troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation d'alcool, d'autres drogues ou d'autres substances» et TP29 «Troubles de la personnalité et du comportement» (G 5.13).

G 5.13 Durée de séjour en cas de réadmission, selon le groupe de coûts (PCG de base), de 2012 à 2022

Nombre de journées de soins



Remarque: les données des années 2019 à 2022 ont été regroupées selon la version de TARPSY applicable: 2019 et 2020 selon la version 2.0, 2021 selon la version 3.0 et 2022 selon la version 4.0. Les années 2012 à 2018 ont également été regroupées selon TARPSY 2.0, afin qu'il soit possible de procéder à une comparaison dans le temps aussi pertinente que possible. Outre le total, le graphique présente les quatre groupes de coûts qui comptent le nombre de cas le plus élevé. TP21: Troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation d'alcool, d'autres drogues ou d'autres substances; TP25: Schizophrénie, troubles schizotypiques ou hallucinatoires; TP27: Troubles dépressifs ou dépressifs bipolaires; TP29: Troubles de la personnalité et du comportement.

Source: OFS – statistique médicale des hôpitaux (MS) © Obsan 2024

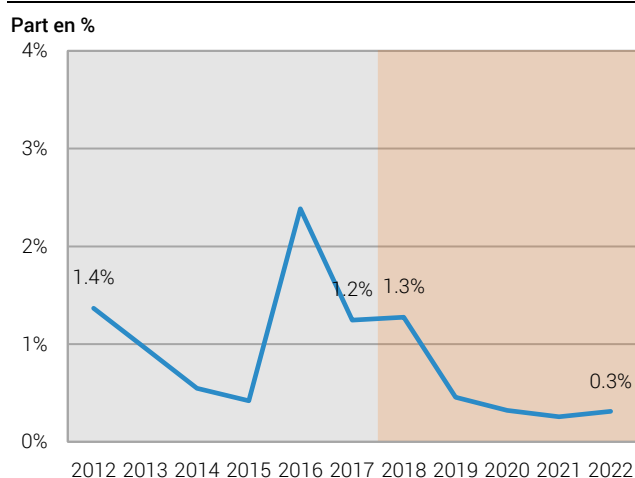
Mis en lien avec les résultats concernant l'évolution des réadmissions, ce constat corrobore la supposition selon laquelle une réduction de la durée de séjour entraîne un plus grand nombre de réadmissions, peut-être à cause de la précocité des sorties. Il est donc impossible de rejeter l'hypothèse H. 7 selon laquelle «la proportion de réadmissions augmente».

Sorties sans traitement ultérieur

En psychiatrie hospitalière, les sorties ne nécessitant aucun traitement ultérieur, c'est-à-dire les cas ayant le statut «guéri / pas besoin de traitement», sont très rares. Selon les années, elles représentent entre 0,3% et 2,4% du total des sorties. Il s'avère donc difficile d'apprécier les évolutions sur la base de cet indicateur et d'en tirer des conclusions fiables.

La figure G 5.14 montre que la proportion de cas sans traitement ultérieur a diminué (de 13,8% en moyenne par an). Ce recul a été moins prononcé durant la période qui a précédé TARPSY que depuis son introduction (-1,9% contre -24,2% par an)-

G 5.14 Sorties sans traitement ultérieur, de 2012 à 2022



Source: OFS – statistique médicale des hôpitaux (MS) © Obsan 2024

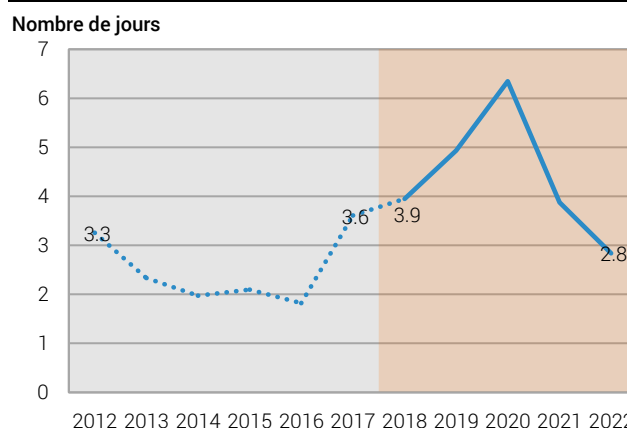
5.4.2 Qualité des procédures

Délai entre date d'admission et début du traitement

Entre 2018 et 2022, le délai moyen avant le début du traitement s'abaisse de 3,9 jours à 2,8 jours, ce délai a cependant enregistré un net allongement jusqu'en 2020, avant de se raccourcir par la suite (G 5.15). Le fort allongement observé en 2019 et en 2020 intervient pendant la pandémie de COVID-19 et il convient dès lors de l'interpréter avec prudence. Les données disponibles ne permettent pas d'affirmer avec certitude dans quelle mesure l'évolution de 2018 à 2022 est liée à l'introduction de TARPSY. Parmi les experts consultés, certains ont estimé que TARPSY avait permis de commencer le traitement plus tôt et d'établir plus rapidement des plans thérapeutiques. D'autres n'ont perçu aucun lien entre l'introduction de TARPSY et le début du traitement.

De manière générale, il s'avère difficile d'interpréter cet indicateur, car une grande proportion de données sur le début du traitement font défaut pour la période 2012 à 2017. Selon l'année, ces données manquent dans 25% à 73% des cas. Il est par conséquent impossible d'utiliser cet indicateur pour la période qui précède l'introduction de TARPSY.

G 5.15 Délai entre date d'admission et début du traitement, de 2012 à 2022



Source: OFS – statistique médicale des hôpitaux (MS) © Obsan 2024

5.4.3 Qualité des structures

Évolution des ressources en personnel

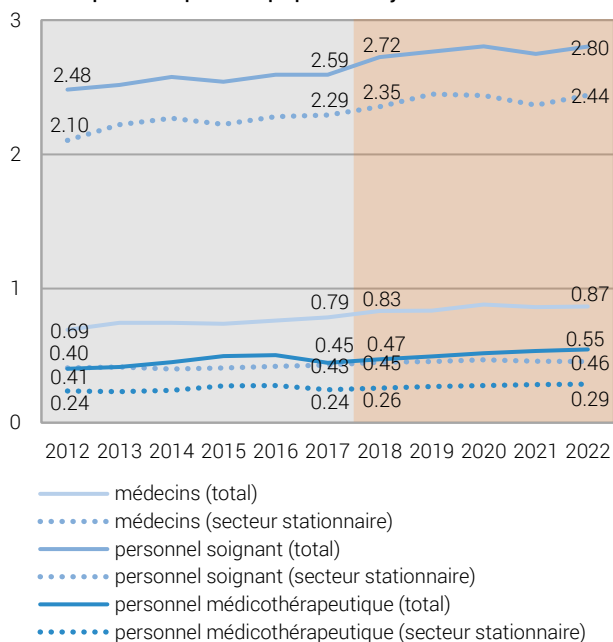
En chiffres absolus, les équivalents plein temps (EPT) dans toute la psychiatrie hospitalière (ambulatoire et stationnaire) ont augmenté dans les trois catégories de personnel étudiées sur l'ensemble de la période considérée (2012 à 2022). Le taux de croissance annuel moyen se situe à 3,5% pour les médecins, à 2,5% pour le personnel soignant et à 4,4% pour le personnel médicothérapeutique. Concernant le personnel soignant et le personnel médicothérapeutique, le taux de croissance avant l'introduction de TARPSY (2012 à 2017) était légèrement inférieur à celui observé entre 2018 et 2022, soit après l'introduction de TARPSY: respectivement 2,0% contre 3,0% et 3,3% contre 5,5%. Pour ce qui est des médecins, les taux de croissance avant et après l'introduction de TARPSY ne diffèrent que légèrement (3,4% contre 3,7%). Si l'on considère uniquement le secteur stationnaire (moyennant les restrictions méthodologiques correspondantes, voir section 2.1.2), les taux de croissance annuels moyens ont été un peu plus modérés durant la période 2012 à 2022: 2,3% pour les médecins, 2,7% pour le personnel soignant et 3,2% pour le personnel médicothérapeutique. De même, la comparaison des taux de croissance avant et après l'introduction de TARPSY présente un schéma légèrement différent: après l'introduction de la nouvelle structure tarifaire, le taux moyen de croissance annuelle était plus important pour le personnel médicothérapeutique (1,7% contre 4,7%), pratiquement inchangé pour le personnel soignant (2,8% contre 2,7%) et légèrement plus élevé pour les médecins (2,1% contre 2,6%).

Si l'on met en relation les ressources en personnel avec le volume de soins, c'est-à-dire le nombre d'EPT disponibles pour 1000 journées de soins, on observe une tendance à la hausse dans les trois catégories de personnel sur l'ensemble de la période considérée (G 5.16). Entre 2012 et 2022, le nombre d'EPT pour 1000 journées de soins dans l'ensemble de la psychiatrie

hospitalière passe de 0,69 à 0,87 pour les médecins, de 2,48 à 2,80 pour le personnel soignant et de 0,40 à 0,55 pour le personnel médicithérapeutique. Ce rapport suit la même évolution si l'on considère uniquement le secteur stationnaire. Autrement dit, le ratio de personnel s'est globalement amélioré.

G 5.16 Ressources en personnel par rapport au volume de soins, de 2012 à 2022

Nombre d'équivalents plein temps pour 1000 journées de soins



Source: OFS – statistique des hôpitaux (KS)

© Obsan 2024

Lorsque l'on compare l'évolution du ratio de personnel dans l'ensemble de la psychiatrie hospitalière avant et après l'introduction de TARPSY (soit durant les périodes 2012 à 2017 et 2018 à 2022), on remarque que l'accroissement annuel moyen du personnel soignant et du personnel médicithérapeutique était plus faible avant TARPSY qu'après (resp. 0,9% contre 1,6% et 2,2% contre 4,1%). Pour les médecins, on observe une évolution inverse (2,6% contre 1,9%). Si l'on considère uniquement le secteur stationnaire (moyennant les restrictions méthodologiques correspondantes, voir section 2.1.2), les résultats diffèrent parfois légèrement: accroissement annuel moyen similaire sur les deux périodes pour les médecins (1,0% contre 1,2%), plus faible après l'introduction de TARPSY pour le personnel soignant (1,7% contre 1,3%) et plus fort après l'introduction de TARPSY pour le personnel médicithérapeutique (0,6% contre 3,3%).

Dans l'ensemble, il apparaît que ces résultats ne confirment pas l'hypothèse selon laquelle la pression sur les coûts due à l'introduction de TARPSY engendrerait une détérioration du ratio de personnel (H. 10). Soulignons que les résultats concernant le ratio de personnel ont surpris les experts consultés et sont contraires à leur perception de la situation. La plupart d'entre eux estimaient que les établissements faisaient face à un manque

d'effectifs, qui entraîne une surcharge de travail pour le personnel en place.

Mesures limitatives de liberté (mesure ANQ)

Les mesures limitatives de liberté (MLL) peuvent, le cas échéant, également être considérées comme un indicateur de qualité. C'est le cas lorsque les établissements tendent à recourir davantage aux mesures limitatives de liberté, car ils ne disposent pas d'effectifs suffisants de personnel soignant pour s'occuper des patients de manière adéquate et en tout temps. Relevons cependant qu'il est essentiel de toujours replacer les MLL dans leur contexte. Un recours moindre aux MLL n'est pas automatiquement synonyme de meilleure qualité. Il existe différents types de MLL, leur application peut être motivée par différentes raisons et elle dépend par ailleurs des groupes de patients (certaines maladies mentales peuvent exiger une utilisation des MLL plus souvent que d'autres). Rappelons aussi qu'il n'est pas toujours possible d'éviter les MLL, qui peuvent parfois s'avérer nécessaires afin de garantir le bien-être du patient ou d'autres personnes. Il importe surtout que le recours aux MLL soit réfléchi, clairement motivé et consigné. Actuellement, les cliniques déclarent elles-mêmes lorsqu'elles recourent aux MLL; il n'existe pas de contrôle externe.

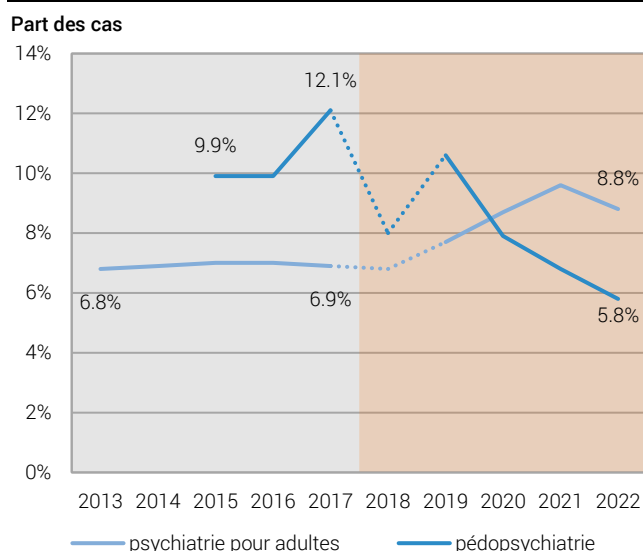
En psychiatrie pour adultes, la proportion de cas où l'on a eu recours à au moins une mesure limitative de liberté est restée plus ou moins inchangée, avoisinant 7%, sur l'ensemble de la période 2013 à 2017 (G 5.17). Durant la période 2018 à 2022, elle a augmenté de 5,0% en moyenne par an pour atteindre 8,8% en 2022. En pédopsychiatrie, la situation est différente: la part des cas où l'on a eu recours à des MLL s'est accrue entre 2012 et 2017, passant de 6,4% à 12,1%, puis a diminué pour se situer à 5,8% en 2022. Comme pour l'évaluation de l'intensité des symptômes, rappelons que la pédopsychiatrie traite un nombre de cas considérablement plus petit que la psychiatrie pour adultes.

Au cours des entretiens, les experts ont mentionné diverses raisons pour expliquer l'accroissement du recours aux MLL en psychiatrie pour adultes: surcharge de travail du personnel due à un manque d'effectifs, meilleures informations diffusées sur les MLL au fil des années et augmentation du nombre de cas sévères en psychiatrie stationnaire (accroissement du DMI).

Il s'avère difficile d'estimer dans quelle mesure l'évolution du recours aux MLL est liée à l'introduction de TARPSY. Au vu des résultats sur le ratio de personnel, il paraît peu plausible que l'accroissement du recours aux MLL en psychiatrie pour adultes soit lié à un manque de ressources en personnel. Il est toutefois possible que l'introduction de TARPSY ait entraîné une forte augmentation de la charge administrative et que malgré l'augmentation des ressources en personnel, il y ait moins de ressources à disposition pour la prise en charge des patients, de sorte qu'il faille effectivement recourir davantage aux MLL. Les données à disposition ne permettent toutefois pas de vérifier cette hypothèse. À l'issue des entretiens menés, les experts ont estimé que la charge administrative a nettement augmenté depuis l'introduction de TARPSY. Certains d'entre eux ont en outre souligné que le

personnel soignant dispose par conséquent de moins de temps pour s'occuper des patients.

G 5.17 Mesures limitatives de liberté, de 2012 à 2022



Remarque: lors de l'interprétation, il faut tenir compte du fait que les sorties en pédopsychiatrie ne représentent que 5% environ de toutes les sorties enregistrées en psychiatrie et qu'il convient par conséquent d'accorder moins de poids aux résultats de la pédopsychiatrie qu'à ceux de la psychiatrie pour adultes.

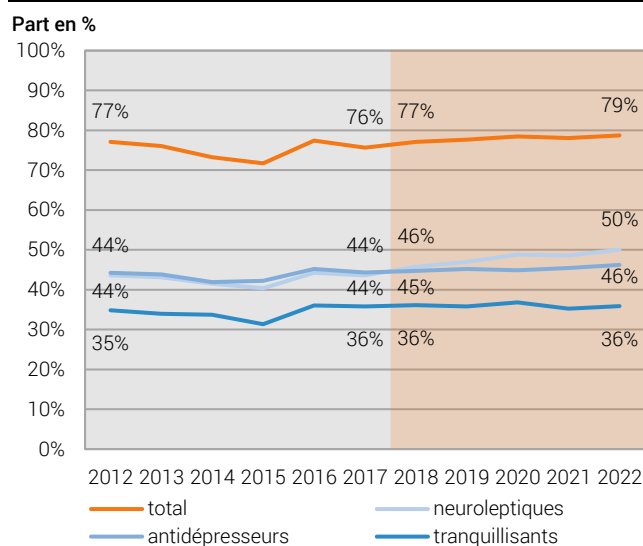
Source: ANQ – Psychiatrie stationnaire pour adultes. Rapport comparatif national 2022. © Obsan 2024

Proportion de cas sous traitement psychopharmacologique

La fréquence d'administration de différents psychotropes peut constituer un autre indicateur de qualité. Les psychotropes peuvent en effet être utilisés en lieu et place d'une psychothérapie, car les médicaments sont à même d'offrir un traitement standard moins coûteux.

Entre 2012 et 2017, la part des cas sous traitement psychopharmacologique a légèrement diminué (de 0,4% en moyenne par an). Elle a cependant affiché une légère hausse (de 0,8% en moyenne par an) durant la période 2018 à 2022 (G 5.18). C'est surtout le recours aux neuroleptiques qui a augmenté depuis l'introduction de TARPSY (0,0% contre 2,8%). Le recours aux antidépresseurs n'a enregistré qu'une légère hausse (0,0% contre 0,9%) et celui aux tranquillisants est resté inchangé (0,5% contre 0,0%). Ce sont là les trois groupes de médicaments les plus fréquemment utilisés. Dans l'ensemble, les résultats n'ont toutefois rien de frappant. Il est difficile d'interpréter cet indicateur, car il dépend beaucoup du case mix. Au cours des entretiens, les experts ont relevé que la composition des patients hospitalisés avait changé, entraînant une hausse de la gravité moyenne des cas, et que ce changement pourrait également expliquer le recours accru aux psychotropes.

G 5.18 Cas sous traitement psychopharmacologique, de 2012 à 2022



Source: OFS – statistique médicale des hôpitaux (MS) © Obsan 2024

5.5 Synthèse locale

Il est malaisé de dire si l'introduction de TARPSY a exercé une influence sur la qualité des structures, des procédures et des résultats en psychiatrie stationnaire. D'une part, les indicateurs analysés ne mettent en lumière que certains aspects spécifiques de la qualité. D'autre part, les soins psychiatriques subissent l'influence d'autres changements, qui ont coïncidé avec l'introduction de TARPSY, de sorte qu'il est difficile de distinguer les différentes conséquences et causalités. Les résultats obtenus sur la prise en charge et la qualité des soins sont résumés ci-après.

Processus de traitement

Les indicateurs examinés ne fournissent pas d'informations permettant d'affirmer que les hôpitaux et les cliniques auraient soumis leurs processus de traitement à des adaptations majeures depuis l'introduction de TARPSY. Dans ce domaine, on observe plutôt une certaine optimisation qui correspond à une réduction de la durée de séjour dans le cas des séjours de longue durée (voir paragraphe «Convergence des durées de séjour», p. 42). Cette tendance de la durée de séjour à se rapprocher de la médiane est toutefois perceptible sur l'ensemble de la période étudiée, de 2012 à 2022, et il n'est guère possible de l'associer avec l'introduction de TARPSY.

Sélection des patients

La présente étude ne dispose d'aucun indicateur quant à la sélection des patients. Dans le cadre des entretiens avec les experts, il est toutefois apparu que les établissements considèrent que certains profils de patients, tels les patients violents, présentant une

composante sociale particulière (en procédure d'asile, sans-abri, etc.) ou nécessitant d'importants soins somatiques, représentent de mauvais risques en termes financiers et tendent à éviter de les prendre en charge. Cette tendance existait certes déjà avant l'introduction de TARPSY, mais la pression sur les coûts engendrée par le nouveau système tarifaire l'a renforcée. Cette incitation à sélectionner les patients est toutefois contrecarrée par l'obligation d'admission, notamment en cas d'urgence. L'obligation d'admission incombe surtout aux grands prestataires de premiers recours qui disposent d'un mandat de prestations de plusieurs cantons et qui couvrent ainsi un large éventail de prestations. Les prestataires plus spécialisés ou proposant des offres électives bénéficient d'une plus grande marge de manœuvre dans l'admission de patients ou leur orientation vers des tiers.

Comportement en matière de codage

Depuis 2018, le codage des données concernant le diagnostic et le traitement jouent un rôle dans la rémunération. Comme escompté, et aussi souhaité, le comportement en matière de codage a sensiblement évolué. Ce changement se reflète par exemple dans le nombre de diagnostics et de traitements enregistrés. Le codage plus précis accroît la transparence et constitue une base essentielle du nouveau système tarifaire.

Les données disponibles ne permettent pas de déterminer dans quelle mesure l'augmentation des diagnostics et des traitements codés, ainsi que des *cost-weights* ou du *day mix index* (DMI) qui leur sont associés, est due a) à une véritable modification dans la composition de la patientèle, b) à une amélioration de la précision du codage ou c) à un surcodage systématique.

Lors des entretiens, les experts ont mentionné deux facteurs pour expliquer l'augmentation du DMI. Il y a d'une part l'accroissement de la gravité des cas, dû à une augmentation des comorbidités et des multimorbidités, y compris somatiques, que l'on associe au vieillissement de la population, et la modification de la composition de la patientèle hospitalière, les cas moins graves étant traités en ambulatoire ou les patients sortant de l'hôpital plus tôt. D'autre part, le codage s'est amélioré durant la phase d'introduction de TARPSY (effet d'apprentissage), sans que l'on puisse parler de surcodage.

Qualité des structures

Parmi les possibles effets négatifs, on craignait que la pression sur les coûts engendrée par TARPSY entraîne une détérioration du ratio de personnel et, dès lors, qu'un recours accru aux mesures limitatives de liberté (MLL) et aux psychotropes tende à remplacer la psychothérapie. Il est vrai que l'utilisation de MLL en psychiatrie pour adultes et l'administration de psychotropes en psychiatrie générale se sont accrues depuis l'introduction de TARPSY. L'évolution des ressources en personnel dans les hôpitaux et les cliniques psychiatriques ne montre toutefois pas une détérioration du ratio de personnel. Sur l'ensemble de la période étudiée, le nombre d'équivalents plein temps pour 1000 journées

de soins a au contraire augmenté. Depuis l'introduction de TARPSY, cette hausse s'avère d'ailleurs encore plus marquée pour le personnel médical et médicothérapeutique. Compte tenu de ces résultats, il semble a priori peu plausible que l'accroissement du recours aux MLL et aux psychotropes soit lié à un manque de ressources en personnel.

Selon les experts, TARPSY a certes contraint les hôpitaux et les cliniques psychiatriques à engager du personnel supplémentaire pour le codage médical et l'obligation de documenter les cas a nettement accru la charge administrative incombant au personnel médical, thérapeutique et soignant. Il est donc possible que TARPSY ait augmenté cette charge administrative à tel point que les ressources disponibles pour traiter et prendre en charge les patients aient diminué, malgré l'accroissement des ressources en personnel, et que, par conséquent, la prise en charge des patients se soit effectivement détériorée. Bien que le ratio de personnel affiche une tendance à la hausse, les experts rapportent avoir souvent constaté un manque de personnel dans les soins stationnaires, ce manque entraînant une surcharge du personnel disponible (pour ce qui est de l'adéquation des ressources en personnel dans la prise en charge des cliniques psychiatriques en Suisse alémanique, voir Ketzer et al. 2024). La pénurie de personnel qualifié empêche par ailleurs de repourvoir les postes vacants, du moins avec des qualifications équivalentes. Quant à savoir dans quelle mesure il existe un lien entre le manque de personnel, la charge administrative et le recours accru aux MLL et aux médicaments, les avis des experts divergent. L'accroissement du recours aux MLL pourrait aussi s'expliquer par l'exigence d'une meilleure documentation des cas ou par l'augmentation de la gravité des cas en psychiatrie hospitalière. Les données disponibles ne permettent donc pas de parvenir à une conclusion définitive concernant l'hypothèse de l'étude de concept (Morger et al., 2018), selon laquelle «la pression sur les coûts entraîne une détérioration du ratio de personnel» (H. 10).

Qualité des procédures

Pour apprécier la qualité des procédures, la présente évaluation ne pouvait s'appuyer que sur deux indicateurs, dont la pertinence est au demeurant limitée. Les données relatives à la durée entre la date d'admission et le début du traitement ne sont pas exploitables, car les traitements antérieurs à 2018 n'avaient pas encore fait l'objet d'un codage systématique. L'évolution entre 2018 et 2022 révèle un léger raccourcissement du délai d'attente. Son allongement, temporaire, enregistré en 2020, est probablement dû à la pandémie de COVID-19 et non pas à l'introduction de TARPSY.

Le deuxième indicateur est la durée de séjour. La durée moyenne de séjour a suivi un recul constant sur l'ensemble de la période étudiée (2012 à 2022) et on peut considérer que ce recul reflète un accroissement de l'efficacité de la procédure thérapeutique. La diminution s'est cependant quelque peu atténuée après l'introduction de TARPSY, ce qui pourrait d'une part correspondre à une stagnation dans l'évolution de l'efficacité thérapeutique ou de la qualité des procédures. Il est également possible, d'autre

part, que la durée de séjour se rapproche progressivement d'une limite, celle-ci étant déterminée d'un côté par le type de maladie et, d'un autre côté, par les méthodes thérapeutiques disponibles aujourd'hui. En principe, l'évolution de la durée de séjour dépend d'une multitude de facteurs. Considérée isolément, elle ne convient dès lors guère comme indicateur pour apprécier l'évolution de la qualité des procédures.

Selon les experts consultés, l'introduction de TARPSY a poussé les prestataires de soins à adapter leurs procédures internes. Le codage et la documentation des cas sont désormais plus précis et plus complets et les plans thérapeutiques sont plus détaillés. TARPSY a donc accru la transparence des prestations fournies, une amélioration qui pourrait contribuer à standardiser les pratiques appliquées dans les cliniques. Dans le même temps, TARPSY a eu pour effet que le codage et la documentation des cas se concentrent sur les aspects liés à la facturation et tendent à négliger les éléments susceptibles d'avoir de l'importance pour le traitement, telle la saisie d'une anamnèse approfondie.

Qualité des résultats

Les résultats relatifs à l'évolution des différences dans l'intensité des symptômes (succès thérapeutique) tendent à montrer que la qualité ne s'est pas améliorée depuis l'introduction de TARPSY par rapport à la période précédente, mais qu'elle ne s'est pas non plus considérablement détériorée. Cette observation se reflète aussi dans la satisfaction des patients, qui est restée pratiquement inchangée au cours de la période 2018 à 2022.

En ce qui concerne l'intensité des symptômes, il est possible de faire les constats suivants: *premièrement*, les valeurs mesurées au moment de l'admission et de la sortie ont augmenté, c'est-à-dire que les patients présentent, depuis l'introduction de TARPSY, des symptômes d'une intensité plus élevée (tant lors de l'admission qu'à la sortie de l'hôpital) cette observation signifie que le secteur hospitalier prend en charge des cas de plus en plus sévères. Ce constat s'applique aussi bien à l'intensité des symptômes ressentie par les patients (BSCL) qu'à celle perçue par les professionnels de la santé (HoNOS). Il n'est pas exclu que l'accroissement de l'intensité des symptômes ait en partie été induit par la pandémie de COVID-19. Pendant la pandémie, la détresse psychologique a atteint un niveau plus élevé que d'ordinaire, en particulier chez les personnes souffrant d'une maladie psychique. De plus, les mesures restrictives liées au COVID-19 ont entravé l'accès au système de soins.

Deuxièmement, l'écart entre les valeurs de l'intensité des symptômes mesurée au moment de l'admission et de la sortie, qui peut indiquer le succès thérapeutique, a globalement augmenté en psychiatrie pour adultes entre 2012 et 2022, avec une tendance à la stagnation depuis l'introduction de TARPSY en 2018. En pédopsychiatrie, les valeurs se basent sur un petit nombre de cas et présentent par conséquent une volatilité comparativement élevée au cours de la période considérée. Les

résultats concernant l'évolution de ces écarts ne fournissent donc pas d'indication qui refléterait une amélioration ou une détérioration de la qualité clairement due à TARPSY. Ces résultats ne confirment par conséquent pas les hypothèses émises dans l'étude de concept (Morger et al, 2018), à savoir «La transparence accrue entraîne une concurrence en matière de qualité» (H. 22) et «La spécialisation²⁷ améliore la qualité au sein de la discipline» (H. 23). Soulignons cependant qu'aucune spécialisation notable n'est intervenue dans le domaine de la psychiatrie ni sur l'ensemble de la période étudiée (2012 à 2022) ni après l'introduction de TARPSY (voir chapitre 6). Les prémisses d'une spécialisation sont dès lors caduques.

Outre les mesures de l'ANQ servant à connaître la satisfaction des patients et l'intensité des symptômes, la présente évaluation a également analysé, en matière de qualité des résultats, des indicateurs relatifs aux réadmissions, à la durée de séjour en cas de réadmission et à la proportion de sorties sans traitement ultérieur. L'évolution des réadmissions, notamment en lien avec la durée de séjour, révèle que l'introduction de TARPSY a entraîné un changement dans la pratique thérapeutique, dont il est difficile de dire s'il est souhaitable ou non. La réduction accrue, depuis l'application de TARPSY, de la durée de séjour lors des premières admissions, associée à la hausse des réadmissions, conduit à penser qu'une réduction de la durée de séjour entraîne une augmentation des sorties précoces et donc des réadmissions. De même, les sorties sans autre traitement ultérieur ont diminué nettement plus fortement depuis l'introduction de TARPSY qu'auparavant. Depuis l'introduction de TARPSY, les suivis ambulatoires consécutifs à une hospitalisation ont par conséquent enregistré une hausse plus forte.

Dans l'ensemble, ces changements montrent que l'introduction de TARPSY a modifié la pratique thérapeutique en accentuant la tendance au raccourcissement des premiers séjours avec davantage de réadmissions et de suivis ambulatoires, et, à l'inverse, moins des sorties sans traitement ultérieur.

Selon les experts interrogés, TARPSY n'a pas conduit à d'importantes adaptations dans la pratique thérapeutique. À titre d'exemple, ils ont relevé que les patients sont moins souvent renvoyés chez eux pour le week-end (leur lit en hôpital étant réservé), car ces congés administratifs ne sont plus rémunérés. Une rémunération (remboursement supplémentaire) n'intervient que si une sortie dite d'essai est explicitement codée, essai qui s'accompagne d'une charge administrative importante.

D'après les experts, les soins psychiatriques ont évolué au cours des dix dernières années indépendamment de l'introduction de TARPSY: la durée des séjours s'est raccourcie, tandis que la part des réadmissions et des suivis ambulatoires a augmenté. Ces changements seraient toutefois surtout dus à l'évolution de la société. La prise de conscience face aux problèmes de santé mentale et le droit à un traitement, associés à la pandémie et aux crises politiques, ont incité davantage de personnes à se faire soigner, d'où une augmentation du recours à la prise en charge hospitalière. Dans ces conditions, il arrive que les cliniques doivent

²⁷ La spécialisation décrit la tendance des prestataires à réduire le nombre de domaines de prestations proposés. Une spécialisation

indique donc une réduction de l'éventail de prestations pour un prestataire donné.

laisser sortir leurs patients plus tôt (parfois avant qu'ils ne soient suffisamment stabilisés) afin de pouvoir en accueillir de nouveaux et faire ainsi face à la demande accrue. Un tel fonctionnement peut accroître le nombre de réadmissions. De plus, les patients se montrent plus autonomes, de sorte qu'ils quittent plus souvent la clinique de manière précoce à leur propre demande. Or les sorties de ce type peuvent entraîner davantage de réadmissions.

Relevons par ailleurs, comme l'ont fait les experts, qu'il est depuis longtemps déjà courant en psychiatrie d'éviter autant que possible les longs séjours en clinique. Les professionnels conviennent en effet qu'il est préférable de permettre aux patients de retrouver le plus rapidement possible leur vie quotidienne normale, c'est-à-dire leur environnement habituel, et de ne pas prolonger les séjours hospitaliers au-delà du nécessaire. Dans la grande majorité des cas, on privilégie dès lors un suivi ambulatoire (ou dans une structure intermédiaire). Depuis quelque temps déjà, on observe par conséquent en psychiatrie une mobilité accrue des patients entre prises en charge stationnaire et ambulatoire (avec des sorties précoces délibérées; Kuhl, 2008). C'est surtout le transfert de patients atteints de maladies chroniques vers des structures de soins ambulatoires et des cliniques de jour qui a multiplié et raccourci les séjours hospitaliers, tout en augmentant le nombre de réadmissions à l'hôpital (Jöger et Rössler, 2012). Selon les experts, il peut s'avérer difficile d'organiser un suivi ambulatoire, car les prises en charge appropriées font parfois défaut en raison d'un financement insuffisant. Ce problème de financement touche en particulier les structures intermédiaires, mais aux dires des experts, TARMED ne financerait pas non plus suffisamment le secteur ambulatoire.

Il est par conséquent impossible d'affirmer de manière définitive dans quelle mesure

- la réduction de la durée de séjour est due à une amélioration de l'efficacité thérapeutique et sert donc les intérêts des patients;
- la réduction de la durée de séjour, associée à une augmentation des réadmissions, reflète l'existence de sorties précoces, alors qu'un séjour hospitalier plus long aurait été plus approprié;
- la réduction de la durée de séjour et l'augmentation des réadmissions sont la conséquence de plans thérapeutiques axés sur des traitements ambulatoires ayant pour but de réintégrer le plus rapidement possible les patients dans leur environnement habituel et leur quotidien, ces plans thérapeutiques incluant sciemment le risque d'une hausse des réadmissions.

Conclusion

Dans l'ensemble, rien n'indique que TARPSY ait conduit à une amélioration ou à une détérioration générale de la qualité. Certains des indicateurs étudiés mettent au jour une évolution qui peut être interprétée comme une stagnation, voire comme une légère détérioration de la qualité des soins. Il est cependant difficile de déterminer dans quelle mesure cette évolution est liée à

TARPSY, car l'interprétation des séries temporelles est fortement influencée par les changements survenus dans les pratiques de codage (codage plus précis des diagnostics et des traitements) et par des événements tels que la pandémie de COVID-19. De plus, les données disponibles ne permettent pas de dégager suffisamment d'indicateurs de qualité assez pertinents pour apprécier l'évolution des différents aspects de la qualité avec une précision suffisante. Pour pouvoir tirer des conclusions plus fiables sur l'évolution de la qualité des soins, il faudrait élargir le set d'indicateurs, poursuivre leur observation au-delà de la période d'étude considérée et étendre les analyses aux secteurs ambulatoire et intermédiaire.

La majorité des experts interrogés sont d'avis que la pression s'est globalement accrue dans la prise en charge psychiatrique, mais que la Suisse reste assez bien positionnée dans ce domaine par rapport aux autres pays. La situation peut cependant différer en fonction du fournisseur de prestations et de la région. Bien que TARPSY soit un système national doté d'une structure tarifaire uniforme (PCG, DMI), il contient des éléments qui entraînent des modes de financement différents chez les prestataires de soins. Les tarifs journaliers (*base rate*) font ainsi toujours l'objet de négociations spécifiques entre le fournisseur de prestations et l'assureur et sont donc susceptibles de varier. Les prestataires de soins font par ailleurs partie intégrante d'un paysage politique local qui exerce une influence considérable sur l'organisation et la structure des soins psychiatriques. Les principales raisons invoquées pour expliquer la pression croissante sur la psychiatrie comprennent l'augmentation du recours aux soins et l'accroissement de la part des cas plus complexes et plus sévères, associés à un manque chronique de personnel. Les experts estiment toutefois que ces changements s'inscrivent dans une tendance globale et ne peuvent pas être attribués à l'introduction de TARPSY. Ils ajoutent pour terminer que la qualité de la prise en charge reste élevée, mais qu'il sera difficile de maintenir ce niveau si la pression sur les coûts se poursuit.

6 Évolution du paysage de la psychiatrie stationnaire

6.1 Objectifs

Le chapitre 6 porte sur l'évolution du paysage de la psychiatrie stationnaire. Il explore les éventuelles tendances à la spécialisation des prestataires sur certaines activités de soins ainsi qu'à la concentration des prestataires dans le paysage hospitalier (voir définition de ces concepts sous 6.2.2). Concrètement, il répond aux questions suivantes:

- Comment l'éventail et le volume des prestations des hôpitaux ont-ils évolué dans le domaine de la psychiatrie stationnaire?
- Quels sont les effets de l'introduction de TARPSY sur les structures de soins ou sur le paysage de la psychiatrie stationnaire?

6.2 Méthode (éléments spécifiques au chapitre)

6.2.1 Hypothèses

Les hypothèses à étudier ont été définies dans l'étude conceptuelle réalisée sur mandat de l'OFSP (Morger et al., 2018). Elles se fondent sur la prémisse que l'introduction de la rémunération forfaitaire dans le secteur hospitalier est un renforcement de la concurrence entre hôpitaux, avec pour corollaire des incitations à une concentration ou une spécialisation de l'activité dans les hôpitaux les plus performants.

Dans le détail, il s'agit des hypothèses suivantes (Morger et al., 2018, p.20 et suivantes):

Hypothèse 16: l'introduction de TARPSY entraîne des incitations à la concentration ou à la spécialisation.

Hypothèse 17: la spécialisation, resp. concentration, est surtout visible dans les domaines nécessitant une infrastructure importante. Cette hypothèse n'est toutefois pas retenue dans le contexte de la psychiatrie, en accord avec les auteurs de l'étude de concept. Il existe en effet peu de domaines exigeant une infrastructure importante en psychiatrie.

Hypothèse 21: la concurrence entre les hôpitaux dans les soins stationnaires entraîne une modification du paysage hospitalier.

Les hôpitaux moins compétitifs auront tendance à disparaître du marché, tandis que les hôpitaux plus compétitifs s'imposeront.

Hypothèse 26: les processus de spécialisation ou de concentration diffèrent entre les régions linguistiques.

Ce module se concentre sur les trois hypothèses retenues et analyse les processus de spécialisation et de concentration au sein de la psychiatrie stationnaire. Ces processus s'inscrivant généralement dans le long terme, les comparaisons sont faites principalement entre les deux points les plus éloignés dans le temps, à savoir 2012 et 2022. Les résultats sont toutefois validés avec des analyses supplémentaires sur des périodes plus courtes, avant et après l'introduction de TARPSY.

6.2.2 Notions de concentration et de spécialisation

Dans le présent rapport, les processus de spécialisation et de concentration sont opérationnalisés par rapport à l'évolution de l'éventail de prestations regroupées par domaines de prestations (voir 6.2.4). Les deux processus décrivent des changements dans l'éventail des prestations, mais dans une perspective différente:

Spécialisation: la spécialisation décrit la tendance des prestataires à réduire le nombre de domaines de prestations proposés. Une spécialisation indique donc une réduction de l'éventail de prestations pour un prestataire donné.

Concentration: la concentration décrit la réduction du nombre de prestataires proposant certains domaines de prestations ou le déplacement des parts de marché en faveur de prestataires plus importants en taille. Elle correspond à la perspective du système de soins.

6.2.3 Le site hospitalier comme unité d'analyse

Dans le contexte hospitalier, on assimile souvent un prestataire à son entité juridique, c'est-à-dire à l'entreprise correspondante, laquelle peut posséder plusieurs sites hospitaliers. Dans le cadre des présentes analyses, portant sur la concentration et la spécialisation, on se concentre sur des effets liés à l'emplacement géographique des ressources. En effet, une concentration avec des

avantages comparatifs peut être atteinte principalement en regroupant géographiquement les forces. C'est pourquoi, à la différence des autres chapitres, l'unité d'analyse est ici les sites hospitaliers.

Par rapport aux analyses usuelles au niveau des établissements, l'analyse des sites hospitaliers nécessite un contrôle spécifique de la cohérence de l'univers de base sur la période étudiée, soit de 2012 à 2022. Ainsi, en fonction des situations, différents regroupements de données médicales ont été réalisés:

- Lorsque les établissements (entité juridique) ne permettent pas de différencier les données de sites géographiquement distincts, les hospitalisations de tous les sites de l'établissement sont regroupées. Le total des hospitalisations de l'établissement est ensuite divisé par le nombre de sites géographiques afin de garder constants le nombre et la totalité des sites sur le territoire suisse. Une exception concerne les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), qui fournissent des données regroupées et sont considérés comme un seul site.
- Lorsqu'un site change de propriétaire, cela crée (artificiellement) un nouveau site dans les données. Lorsque le site géographique reste identique, les données des hospitalisations sont regroupées afin de garder constant le nombre de sites;
- Dans un cas, la série temporelle ne contenait aucune information en 2021, mais rien ne permettait de supposer une fermeture. Les données temporelles ont été corrigées sur la base de l'année précédente.

6.2.4 Domaines de prestations

Pour analyser la spécialisation ou la concentration, les prestations doivent être regroupées en groupes (ou domaines) de prestations formant une unité logique. Les *domaines de prestations* constituent alors l'unité de mesure de la diversité des prestations offertes par un seul prestataire. Le classement a été réalisé sur la base du diagnostic principal, selon la CIM-10-GM²⁸. Les domaines de prestations suivants sont utilisés:

Les hospitalisations ne se répartissent pas de manière uniforme à travers les groupes (voir G 6.1). Les troubles de l'humeur (F30-F39) représentent une large part des hospitalisations psychiatriques, avec 33,8% des hospitalisations en 2022. Le domaine de la schizophrénie (F20-F29) arrive en deuxième place, avec 15,7% des hospitalisations en 2022. Il est suivi par les troubles mentaux liés à l'alcool (F10; 13,2%), puis par les troubles névrotiques (F40-F49; 12,3%).

À l'autre bout du spectre, certains domaines de prestations ne représentent que des parts restreintes des hospitalisations. C'est le cas des syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques (F50-F59; 1,3%), et particulièrement des domaines suivants qui totalisent ensemble 3,2% des hospitalisations en 2022: le retard mental (F70-F79; 0,9%), les troubles du développement psychologique (F80-F89; 0,6%), les troubles du

F00-F09 et G30-G32: Troubles mentaux organiques, y compris démences neurodégénératives (dont Alzheimer)

F10: Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool

F11-F19: Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues

F20-F29: Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants

F30-F39: Troubles de l'humeur (affectifs)

F40-F49: Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes

F50-F59: Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques

F60-F69: Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte

F70-F79: Retard mental

F80-F89: Troubles du développement psychologique

F90-F98: Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence

F99: Troubles mentaux non spécifiés (F99) et diagnostics principaux en dehors du domaine F

comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (F90-F98; 1,2%) ainsi que les troubles non spécifiés (F99) ou en dehors du domaine F.

6.2.5 Indice de Herfindahl-Hirschmann (HHI)

Deux indices sont utilisés afin de mesurer la spécialisation et la concentration: l'indice de Herfindahl-Hirschmann (HHI), présenté ci-dessous, et celui de la théorie de l'information, aussi nommé indice de Theil, présenté sous 6.2.6.

L'indice de Herfindahl-Hirschmann (HHI) sert d'indicateur aussi bien pour les analyses de concentration que de spécialisation des établissements de santé. Développé à l'origine comme indice de mesure de la concentration du marché dans l'industrie, le HHI a déjà été utilisé dans diverses études sur la spécialisation des hôpitaux (Jörg & Rufin, 2016; Kobel & Theurl, 2013).

Mesure de la spécialisation

Dans ce contexte, le HHI est basé sur le nombre de sorties de l'hôpital. L'indice de spécialisation d'un prestataire se calcule de la manière suivante:

$$HHI_h = \sum_{i=1}^N p_{ih}^2$$

²⁸ Les SPLG-PSY ne sont pas disponibles sur la totalité de la période d'analyse et n'ont donc pas été utilisés pour les regroupements.

p_{ih} désigne la proportion p de sorties d'un hôpital h dans le domaine de prestations i par rapport au nombre total de sorties du dit hôpital h . Le HHI_h représente donc la somme du carré de toutes les proportions de sorties p_{ih} pour un hôpital donné. N désigne ici le nombre de domaines de prestations. La plage de valeurs du HHI s'étend de $\frac{1}{N} \leq HHI_h \leq 1$. Les valeurs des proportions sont souvent préalablement multipliées par 100, de sorte que le HHI ainsi calculé se situe dans la plage de valeurs $\frac{10'000}{N} \leq HHI_h \leq 10'000$. C'est cette dernière méthode qui est utilisée pour des raisons de clarté.

Un HHI_h proche de 10'000 signifie donc une forte spécialisation d'un prestataire sur quelques domaines de prestations. Au contraire, un HHI faible signifie une répartition uniforme des sorties sur de nombreux domaines de prestations.

Mesure de la concentration

Un avantage du HHI réside dans le fait qu'il ne convient pas seulement – comme décrit ci-dessus – comme mesure de la spécialisation d'un hôpital individuel, mais qu'il peut être utilisé de manière analogue pour l'observation de la concentration par groupe de prestations (ou domaine de prestations). Dans ce cas, le HHI mesure la proportion de sorties par hôpital (parts de marché) au sein d'un groupe de prestations donné:

$$HHI_i = \sum_{h=1}^H p_{ih}^2$$

Par rapport à la formule précédente, seul l'indice change. En d'autres termes, il s'agit ici d'additionner les parts de marché p des hôpitaux h au carré au sein d'un groupe de prestations donné i . Un HHI, élevé indique une forte concentration au sein d'un groupe de prestations, alors qu'un HHI bas indique une faible concentration.

6.2.6 Indice de théorie de l'information (ITI)

En plus de l'indice de Herfindahl-Hirschmann, les analyses s'appuient sur l'indice de Theil, qui est un indice issu de la théorie de l'information. La théorie de l'information est une discipline qui étudie comment mesurer, stocker, transmettre et traiter l'information. Elle utilise le concept d'entropie, qui mesure le degré d'imprédictibilité d'un système et qui est appliqué à travers l'indice de Theil comme mesure d'inégalités de revenu (Theil, 1967). Celui-ci a ensuite été adapté pour mesurer la spécialisation des hôpitaux (Dayhoff et Cromwell, 1993; Kobel et Theurl, 2013, *econcept*/LENZ, 2018). Cette approche a l'avantage de permettre de comparer deux distributions. Dans le cas du marché des soins, cela signifie comparer la situation d'un prestataire particulier avec la moyenne des prestataires de la région. Comme l'indice mesure une spécialisation spécifique par rapport à une spécialisation moyenne, il n'est pas affecté par une modification du mix de prestations à travers le temps, laquelle modifiera la moyenne.

Mesure de la spécialisation

Le calcul de l'indice de spécialisation est le suivant:

$$ITI_h = \sum_{i=1}^N p_{ih} \ln \left(\frac{p_{ih}}{\varphi_i} \right)$$

Similaire à la formule du HHI, p_{ih} représente la proportion p de sorties d'un hôpital h dans le domaine de prestations i par rapport à la totalité des patients de ce même hôpital. φ_i représente la part moyenne de sorties de patients dans le groupe de prestations i au niveau national. La part de sortie de l'hôpital concerné est ainsi divisée par la moyenne suisse de patients dans le groupe de prestations, puis l'indice prend le logarithme naturel de cette valeur. Finalement, l'indice final est donné par la somme des étapes précédentes pour chaque groupe de prestations, pondérée par la part de patients au sein du groupe de prestations.

Un hôpital traitant la même proportion de patients dans chaque groupe de prestations que la moyenne nationale aura un indice ITI_h égal à zéro. Plus on s'éloigne de zéro, plus on s'éloigne de la moyenne suisse. Il n'est toutefois pas possible de savoir si c'est à travers une réduction de l'éventail de prestations ou au contraire un éventail plus large que celui observé en moyenne suisse.

Mesure de la concentration

Pour l'indice de concentration, la formule est ici aussi similaire:

$$ITI_i = \sum_{h=1}^H p_{ih} \ln \left(\frac{p_{ih}}{\varphi_h} \right)$$

p_{ih} représente cette fois la proportion p de sorties dans un domaine de prestations i dans un hôpital h par rapport à la totalité des cas de ce domaine de prestations, ce qui représente sa part de marché dans le domaine de prestations i . φ_h prend la valeur de la part de marché totale de l'hôpital h , soit le nombre de sorties de l'hôpital tous domaines de prestations confondus divisé par le nombre de sorties d'hôpitaux en suisse. La part de marché de l'hôpital dans le domaine de prestations p_{ih} est divisée par sa part de marché globale, puis l'indice prend le logarithme naturel de cette valeur. Finalement, l'indice final est donné par la somme des étapes précédentes pour chaque hôpital, pondérée par sa part de marché. Cette formule permet donc de comparer la concentration d'un domaine de prestations par rapport à la concentration moyenne en Suisse.

L'indice de Herfindahl-Hirschmann (section 6.2.5) est une mesure de concentration et de spécialisation relativement simple à calculer et à appréhender. Plus un marché est concentré ou spécialisé et plus l'indice augmentera. Il ne tient par contre pas compte d'une potentielle modification de la composition des patients qui pourrait impacter l'indice dans la période d'analyse. Afin de pallier à cela, l'indice de Theil, issu de la théorie de l'information, est une mesure de la concentration et de la spécialisation en comparaison avec la moyenne suisse. Un indice de Theil ayant une valeur de 0 indiquera une situation similaire à la moyenne. Une

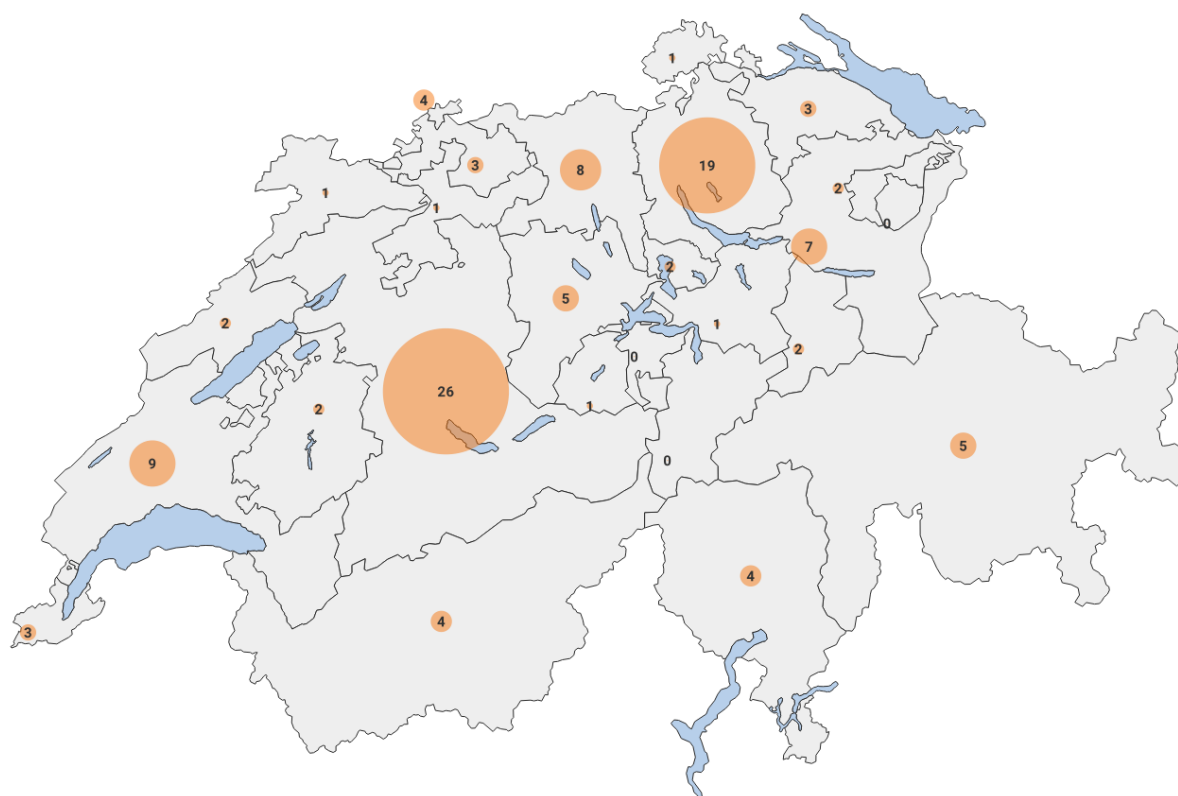
modification de la composition des patients à travers le temps n'impactera donc pas l'indice (Kobel et Theur, 2013, p. 6 s.). Toutefois, l'interprétation est un peu plus compliquée: lorsque l'indice s'éloigne de 0, cela signifie que la spécialisation ou la concentration diffère de la moyenne suisse. Cela peut donc être dû aussi bien à une diminution de l'éventail de prestations ou du nombre de prestataires dans un domaine, qu'à un éventail plus large de prestations que ce qui est actuellement proposé en moyenne suisse (Dayhoff et Cromwell, 1993).

Les analyses sont réalisées avec les deux indices afin d'interpréter de manière robuste les résultats. Afin de faciliter l'interprétation, le rapport présente l'indice HHI dans les résultats. Les analyses relatives au ITI sont disponible en annexe.

6.3 Évolution du paysage hospitalier

La statistique des hôpitaux (KS) et la statistique médicale des hôpitaux (MS) comptent 115 sites de psychiatrie stationnaire en 2022, répartis sur 23 cantons (G 6.1). À l'exception des cantons d'Appenzell Rhodes-Intérieures, de Nidwald et d'Uri, tous les cantons de Suisse possèdent donc au moins un site de psychiatrie. Une part importante des sites est concentrée en Suisse allemande, particulièrement dans les cantons de Berne (26) et de Zurich (19), ainsi que ses cantons voisins: l'Argovie possède 8 sites, Saint-Gall en possède 7 et la Thurgovie 3. Du côté de la Suisse romande, le canton de Vaud totalise 9 sites et Genève 3 sites. Ce nombre dépend toutefois dans certains cas de l'organisation des établissements. Si la plupart des hôpitaux fournissent des données par sites à l'Office Fédéral de la Statistique (OFS), les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) fournissent des données en commun pour l'ensemble des sites de l'hôpital et ces données n'ont pas pu être réparties. Cette structure organisationnelle est toutefois une exception en Suisse.

G 6.1 Paysage de la psychiatrie stationnaire, Suisse, 2022



Note : tous les sites sont inclus (N=115), y compris ceux exclus de l'analyse de concentration et spécialisation (voir 6.2.3). Les sites des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) sont regroupés.

Sources: OFS – statistique des hôpitaux (KS), statistique médicale des hôpitaux (MS)

© Obsan 2024

6.3.1 Ouvertures et fermetures de sites

Peu de changements quant au nombre de sites sont visibles entre 2012 et 2022 (G 6.3). Sur la totalité de la période, on dénombre 14 ouvertures de sites et 13 fermetures, pour un total de 113 sites en 2022. On remarque toutefois un plus grand nombre de fermetures en 2016 (4), bien que cela semble encore trop tôt pour être en lien avec l'introduction de la nouvelle tarification psychiatrique en 2018.

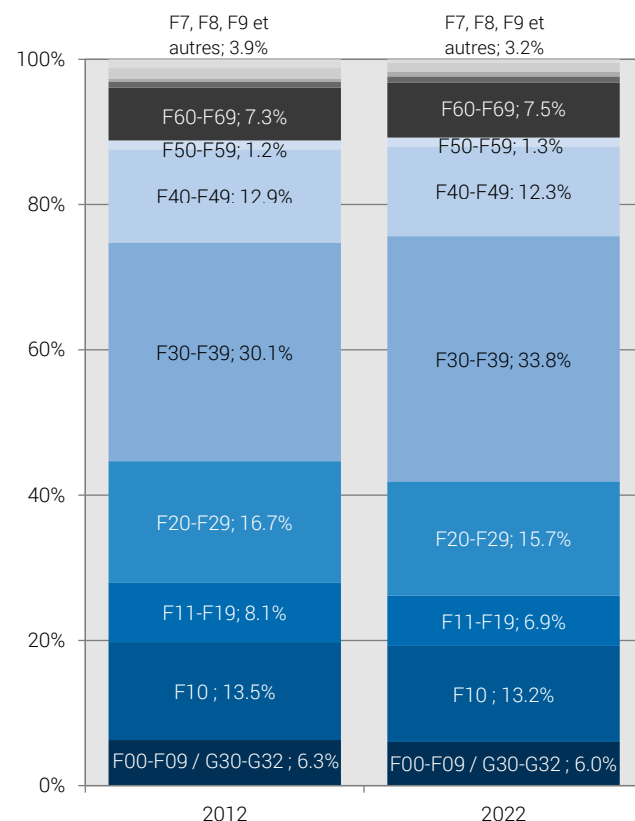
Une majorité des changements se situe dans le canton de Berne, avec 7 ouvertures et 5 fermetures de sites de psychiatrie sur la période étudiée. Les autres ouvertures se situent dans les cantons de Lucerne, Glaris, Fribourg, Saint-Gall, Grisons (2) et Genève. Des fermetures ont eu lieu dans les cantons de Zurich, Bâle-Ville, Grisons, Vaud, Valais et Jura.

6.3.2 Mix de prestations

Le mix de prestations varie entre les périodes analysées (G 6.2). Entre 2012 et 2022, on observe une **augmentation importante de 3,7 points de pourcentage pour les troubles de l'humeur (F30-F39)**, ainsi que dans une mesure moindre pour les troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F60-F69; +0,2 point de pourcentage) et les syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques (F50-F59; +0,1 point de pourcentage).

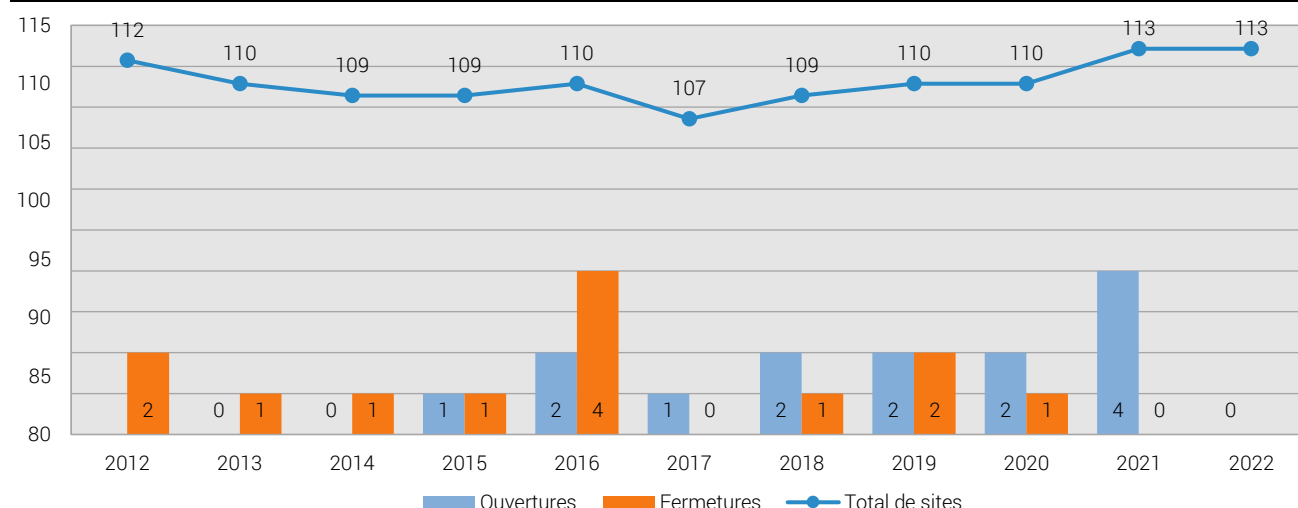
Les autres domaines diminuent légèrement en points de pourcentage: les troubles mentaux liés à l'utilisation de drogues diminuent de -1,2 point de pourcentage (F11-F19), la schizophrénie (F20-F29) de -1,0 point de pourcentage, tandis que les troubles mentaux liés à l'alcool (F10) ainsi que les troubles

G 6.2 Évolution du mix de prestations, Suisse, de 2012 à 2022



Sources: OFS – statistique des hôpitaux (KS), statistique médicale des hôpitaux (MS)
© Obsan 2024

G 6.3 Évolution du nombre de sites dans le domaine de la psychiatrie stationnaire, Suisse, de 2012 à 2022



Note : d'éventuelles ouvertures en 2012 ou fermetures en 2022 ne peuvent pas être déterminées avec les données actuelles. Deux sites ne permettent pas d'identifier les cas psychiatriques sur une partie de la période d'analyse et ont été exclus (voir 6.2.3).

Sources: OFS – statistique des hôpitaux (KS), statistique médicale des hôpitaux (MS)

© Obsan 2024

névrotiques (F40-F49) baissent de -0,6 point de pourcentage. On remarque également une baisse des troubles non spécifiés (F99) ou en dehors du domaine F (0,5% en 2022; en baisse de 0,7 point de pourcentage depuis 2012), probablement lié à l'amélioration du codage relevée par les experts.

6.3.3 Hospitalisations hors canton

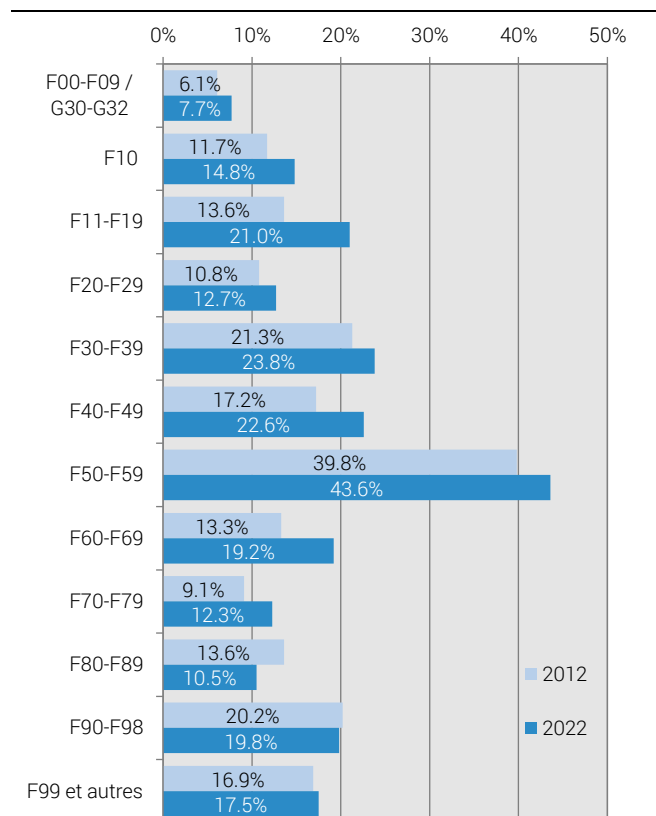
Le renforcement du libre choix de l'hôpital en application, dès 2012, des règles du nouveau financement hospitalier soulève la question d'une modification du comportement de choix des assurés. L'hypothèse sous-jacente est que l'extension du libre choix de l'hôpital entraîne une modification du comportement des assurés en matière de choix des fournisseurs de prestations dans le domaine psychiatrique. Cela concerne en particulier la possibilité accrue de choisir des hôpitaux privés et/ou des hôpitaux qui se trouvent sur la liste hospitalière d'un autre canton.

Tendance claire à l'augmentation du nombre de prestations hors canton

Le graphique G 6.4 montre une tendance claire à l'augmentation du nombre de séjours extracantonaux. Pour l'ensemble des soins psychiatriques stationnaires, 19,2% des cas sont extracantonaux en 2022. Cela représente une augmentation de 3,6 points de pourcentage depuis 2012. Selon les experts, cette évolution est à mettre en lien avec l'extension du libre choix de l'hôpital plutôt qu'avec TARPSY. Plusieurs raisons peuvent conduire à choisir une prestation hors canton: l'absence de la prestation concernée dans le canton de domicile, le plus grand anonymat ou la réputation de certains sites ou prestations spécifiques.

La quasi-totalité des domaines de prestations est concernée par cette augmentation, à l'exception des troubles du comportement psychologique (F80-F89; -3,1 points de pourcentage) et des troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (F90-F98; -0,4 point de pourcentage). La part la plus importante de cas extracantonaux concerne les syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques (F50-F59; 43,6% hors canton) dont presque la moitié sont soignés en dehors du canton de domicile. Une augmentation de 3,8 points de pourcentage est à noter dans ce groupe depuis 2012. D'autres augmentations importantes de prestations extracantonales sont à noter pour les troubles liés à l'utilisation de drogue (F11-F19; +7,4 points de pourcentage) ainsi que pour les troubles de la personnalité chez l'adulte (F60-F69; +5,9 points de pourcentage). Ces augmentations ont toutefois eu lieu principalement jusqu'à fin 2016 (F11-F19: 18,7% en 2016; F60-F69: 16,9% en 2016) et ne sont donc pas liées à l'introduction de TARPSY.

G 6.4 Évolution du nombre de prestations hors canton, Suisse, de 2012 à 2022



Sources: OFS – statistique des hôpitaux (KS), statistique médicale des hôpitaux (MS)
© Obsan 2024

6.4 Spécialisation

La spécialisation se rapporte à la perspective des prestataires et se manifeste par une réduction de leur éventail de prestations afin de se concentrer sur celles pour lesquels ils possèdent un avantage comparatif.

6.4.1 Nombre moyen de domaines de prestations par prestataire

Une première manière simple d'observer la spécialisation des prestataires est d'observer le nombre moyen de domaines de prestations fournis par les prestataires (T 6.1). **On constate une importante stabilité au fil du temps.** La moyenne suisse reste stable, passant de 8,3 domaines de prestations en 2012 à 8,2 en 2022. L'écart ponctuellement supérieur en 2017 est induit par les 4 fermetures de sites pendant l'année précédente.

On remarque par ailleurs des différences entre régions linguistiques. Les sites situés dans le Tessin sont ceux qui offrent le plus large éventail de prestations (10 domaines de prestations en moyenne en 2022), suivis par la Suisse romande (9,3 domaines

T 6.1 Nombre moyen de domaine de prestations par prestataire, Suisse et régions linguistiques, de 2012 à 2022

Années	Suisse	Suisse allemande	Suisse romande	Tessin
2012	8,3	8,0	8,7	10,5
2013	8,4	8,2	8,8	10,3
2014	8,4	8,2	8,9	10,5
2015	8,4	8,3	9,1	9,8
2016	8,2	8,0	8,9	10,3
2017	8,5	8,2	9,5	10,8
2018	8,3	8,0	9,1	10,5
2019	8,4	8	9,6	10,0
2020	8,3	7,9	9,9	10,8
2021	8,2	7,9	9,2	10,0
2022	8,2	8,0	9,3	10,0

Sources: OFS – statistique des hôpitaux (KS), statistique médicale des hôpitaux (MS) © Obsan 2024

de prestations en moyenne en 2022) et finalement la Suisse allemande avec une moyenne à 8,0 domaines en 2022.

Ces différences s'expliquent probablement par le nombre d'acteurs, lui-même lié au nombre d'habitants et donc de patients potentiels: moins il y a de prestataires, plus ils peuvent avoir tendance à être diversifiés. Les experts confirment ces différences régionales ainsi que les hypothèses formulées. Il existe généralement un ou plusieurs centres de soins généralistes dans chaque

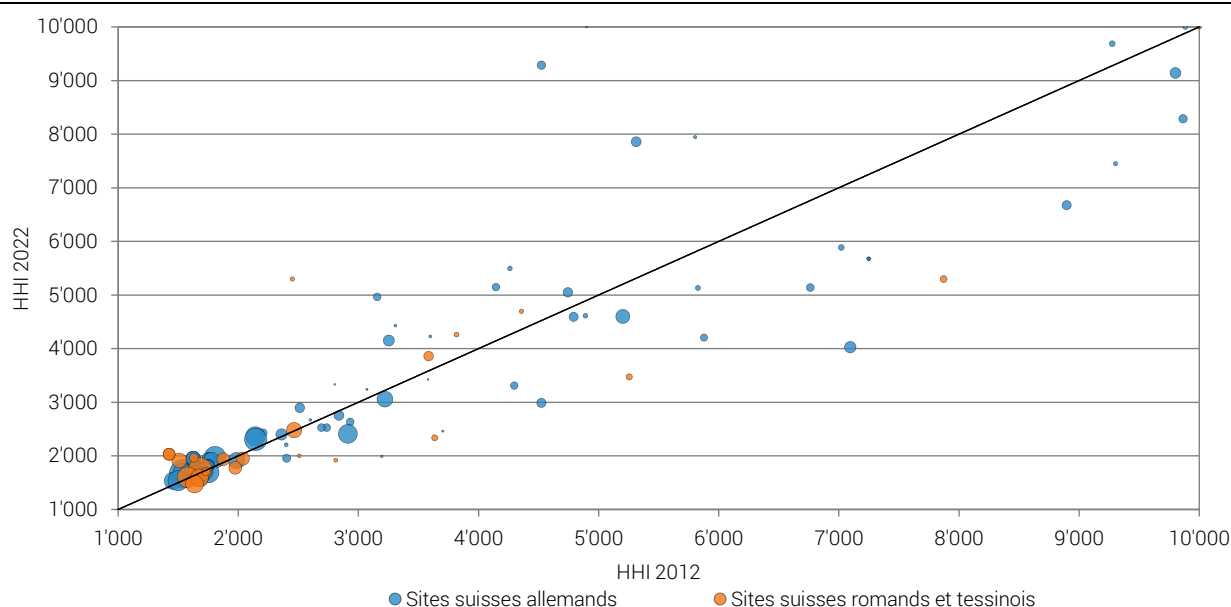
région. Cependant, dans les régions ayant plus de patients potentiels, certaines cliniques se sont spécialisées dans quelques traitements (p.ex. dépression, burn-out, troubles alimentaires, etc.). Lorsque c'est le cas, les traitements spécifiques ne sont plus dispensés par les centres généralistes et sont délégués aux cliniques.

Finalement, si la Suisse allemande et le Tessin restent stables, on détecte une augmentation du nombre moyen de domaines de prestations sur la période étudiée en Suisse romande, qui passe de 8,7 en 2012 à 9,3 en 2022.

6.4.2 Indice de Herfindahl-Hirschmann pour la spécialisation

L'analyse suivante s'appuie sur l'indice de Herfindahl-Hirschmann. L'indicateur représente une mesure simple de la spécialisation des sites et permet une comparaison à travers le temps en se fondant sur l'hypothèse que le mix de prestations reste identique entre 2012 et 2022. Les valeurs de l'indice peuvent s'étendre entre 833,3²⁹ pour le minimum de la spécialisation et 10 000 pour le maximum. Afin de pouvoir représenter une augmentation ou une diminution de la spécialisation des prestataires, l'indice de 2012 est représenté sur l'axe horizontal du graphique G 6.5 et celui de 2022 sur l'axe vertical. Si un prestataire se trouve sur la diagonale, cela signifie que sa spécialisation n'a pas changé à travers le temps. Plus on s'écarte vers le haut du graphique, plus la spécialisation augmente, et inversement. La taille du point dépend de la part d'hospitalisations du site, en divisant le nombre de

G 6.5 Évolution de l'indice de Herfindahl-Hirschmann (HHI) pour la spécialisation des sites, Suisse, de 2012 à 2022



Note: le Tessin et la Suisse romande ne sont pas différenciés pour des raisons de confidentialité. La taille du point indique la part d'hospitalisations de l'établissement en 2022. Seuls les sites ouverts en 2012 et en 2022 sont considérés dans l'analyse (N=100).

Sources: OFS – statistique des hôpitaux (KS), statistique médicale des hôpitaux (MS)

© Obsan 2024

sorties du site par le nombre de sorties total en Suisse sur l'année concernée. Finalement, les sites suisses allemands sont représentés en bleu tandis que les sites romands et tessinois sont représentés en orange pour détecter d'éventuelles différences entre régions linguistiques. La même analyse avec l'indice de théorie de l'information est disponible en annexes et présente des résultats similaires.

Une grande partie du marché se concentre sur des valeurs d'indice comprises entre 1000 et 2500, indiquant des prestataires ayant un niveau relativement bas de spécialisation. Plus particulièrement, 38 sites fournissent des prestations dans la totalité des 12 domaines de prestations en 2022, soit près d'un tiers des sites. Ce sont 9 sites de plus qu'en 2012. À l'autre bout du spectre, seuls 10 sites fournissent des prestations dans deux domaines de prestations ou moins en 2022. Ce nombre est toutefois en augmentation depuis 2012, où l'on dénombreait 7 sites fournissant des prestations dans deux domaines de prestations ou moins.

On constate ainsi d'une part une forte stabilité d'une grande partie du secteur, d'autre part des mouvements dans des sites déjà spécialisés en 2012 et de taille relativement petite. Certains vont dans le sens de plus de spécialisation, alors que d'autres élargissent leur éventail de prestations. Une tendance similaire est constatée avec l'indice ITI (voir Annexes). Au regard de ces résultats, il n'est pas possible d'affirmer qu'il existe un phénomène de spécialisation systématique des sites de psychiatrie stationnaire en Suisse, mais plutôt des mouvements ciblés.

6.5 Concentration

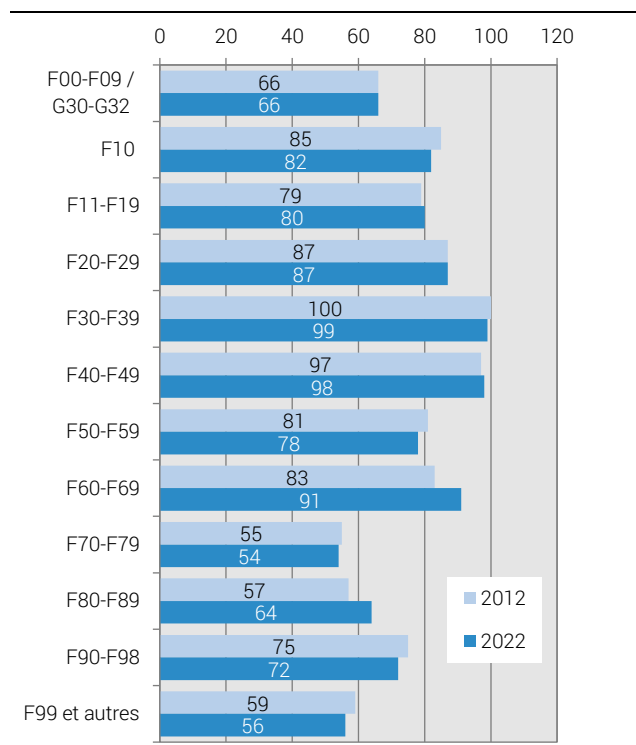
Les analyses de concentration adoptent le point de vue du système de soins et observent dans quelle mesure il existe une réduction du nombre de prestataires fournissant certains types de prestations, ainsi qu'un déplacement de certains types de prestations vers des prestataires possédant un avantage comparatif.

6.5.1 Nombre de prestataires par domaines de prestations

Le nombre de prestataires par domaines de prestations (G 6.6) est une première mesure de la concentration du marché. Un nombre réduit de prestataires au sein d'un groupe indique une forte concentration.

Les groupes ayant le plus de prestataires sont ceux des troubles de l'humeur (F30-F39; 99 prestataires en 2022) ainsi que des troubles névrotiques (F40-F49, 98 prestataires en 2021). On trouve moins de prestataires dans les domaines de prestations liées au retard mental (F70-F79; 48 prestataires en 2022), au trouble du développement psychologique (F80-F89; 64 prestataires en 2022), aux troubles du comportement dans l'enfance et l'adolescence (F90-F98; 72 prestataires en 2022) ainsi que dans les troubles non spécifiés et autres (F99 et autres; 56 prestataires en 2022). Ces résultats peuvent être mis en relation avec les hospitalisations de chaque domaine de prestations: les domaines

G 6.6 Évolution du nombre de prestataires par groupe de prestations, Suisse, de 2012 à 2022



Sources: OFS – statistique des hôpitaux (KS), statistique médicale des hôpitaux (MS)
© Obsan 2024

ayant une plus forte activité regroupent aussi plus de prestataires.

L'évolution du nombre de prestataires par groupe de prestations est faible depuis 2012. Des écarts se constatent plus souvent dans les groupes totalisant des parts d'hospitalisation faibles comme les troubles du développement psychologique (F80-F89; augmentation de 7 prestataires). Il faut toutefois tenir compte de la plus forte variabilité dans ces domaines (voir Annexes), qui s'explique par un nombre réduit de cas. Plusieurs prestataires n'ont qu'un seul ou aucun patient en fonction des années, entraînant plus de variations dans les données. On constate aussi une forte variation pour les troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F60-F69, +8 prestataires).

Le nombre de prestataires dans les domaines de prestations rassemblant davantage d'hospitalisations sont plus stables entre le début et la fin de la période étudiée. Les différences ne dépassent pas un prestataire de plus ou de moins, à l'exception du domaine des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (F10; -3) et des syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques (F50-F59; -3).

6.5.2 Évolution des parts de marché des plus grands prestataires

Une seconde manière d'observer la concentration est de regarder l'évolution des parts de marchés, c'est-à-dire de la part d'hospitalisations des dix plus grands acteurs de chaque domaine de prestations. Ceci permet de repérer des déplacements de prestations vers les prestataires les plus importants en taille, possédant déjà les plus grandes parts de marché, et potentiellement un avantage comparatif.

Ici encore, peu d'évolutions importantes se dessinent dans les données entre 2012 et 2022 pour les domaines les plus importants (G 6.7). Les parts de marché des dix prestataires les plus importants des troubles de l'humeur ont tendance à baisser (F30-F39; -4,6 points de pourcentage). Il en va de même pour les troubles liés à l'alcool (F10; -2,1 points de pourcentage) et aux drogues (F11-F19; -2,4 points de pourcentage), ainsi que des troubles névrotiques (F40-F49; -1,2 point de pourcentage) ce qui indique une légère réduction de la concentration pour ces domaines. Considérant que le nombre de prestataires reste constant, il est probable que les cas se répartissent mieux entre les prestataires.

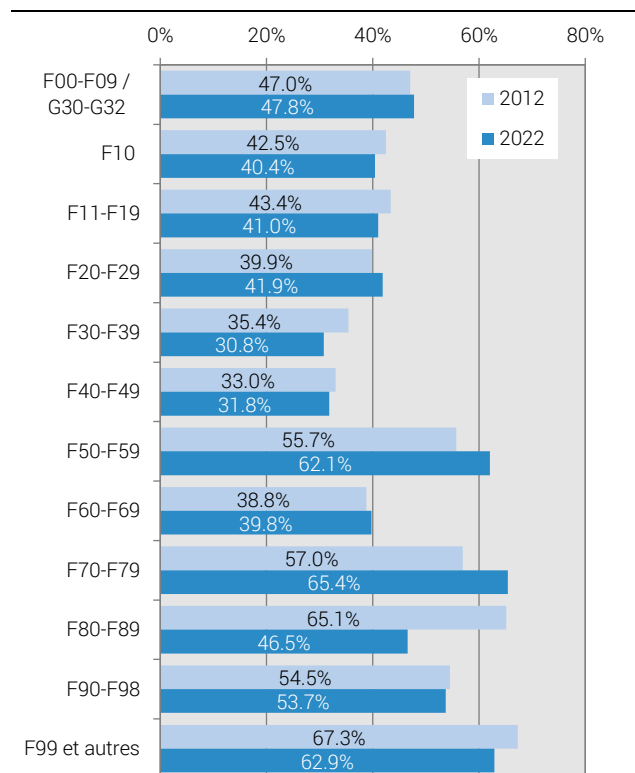
On observe au contraire une légère augmentation des parts de marché des dix prestataires les plus importants des domaines de la schizophrénie (F20-F29; +2,0 points de pourcentage), ainsi que des troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F60-F69; +1 point de pourcentage).

Plus de variations sont observées dans les domaines plus restreints avec une augmentation des parts de marché pour les dix plus importants prestataires de soins pour le retard mental (F70-F79; +8,4 points de pourcentage) ainsi que les syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques (F50-F59; +6,4 points de pourcentage), ce qui indique une concentration du marché de ces domaines. À l'inverse, la concentration des troubles du développement psychologique diminue fortement (F80-F89; -18,6 points de pourcentage). Cette diminution est toutefois observée jusqu'à 2017 et est suivie par une relative stabilité depuis l'introduction de TARPSY. Il est toutefois attendu d'observer plus de variations dans les domaines restreints à cause de leur taille. Ces variations sont indépendantes de l'introduction de TARPSY selon les experts, les mouvements de concentration s'étalant sur le temps long.

6.5.3 Indice de Herfindahl-Hirschmann pour la concentration

L'indice de Herfindahl-Hirschmann est utilisé pour observer l'évolution de la concentration dans les différents domaines de prestations, en partant de l'hypothèse que le mix de prestations est identique entre 2012 et 2022. L'indicateur de concentration varie entre 88 pour une concentration minimale,³⁰ soit un domaine qui

G 6.7 Évolution des parts de marchés des 10 plus grands prestataires de chaque domaine de prestations, Suisse, de 2012 à 2022



Sources: OFS – statistique des hôpitaux (KS), statistique médicale des hôpitaux (MS)
© Obsan 2024

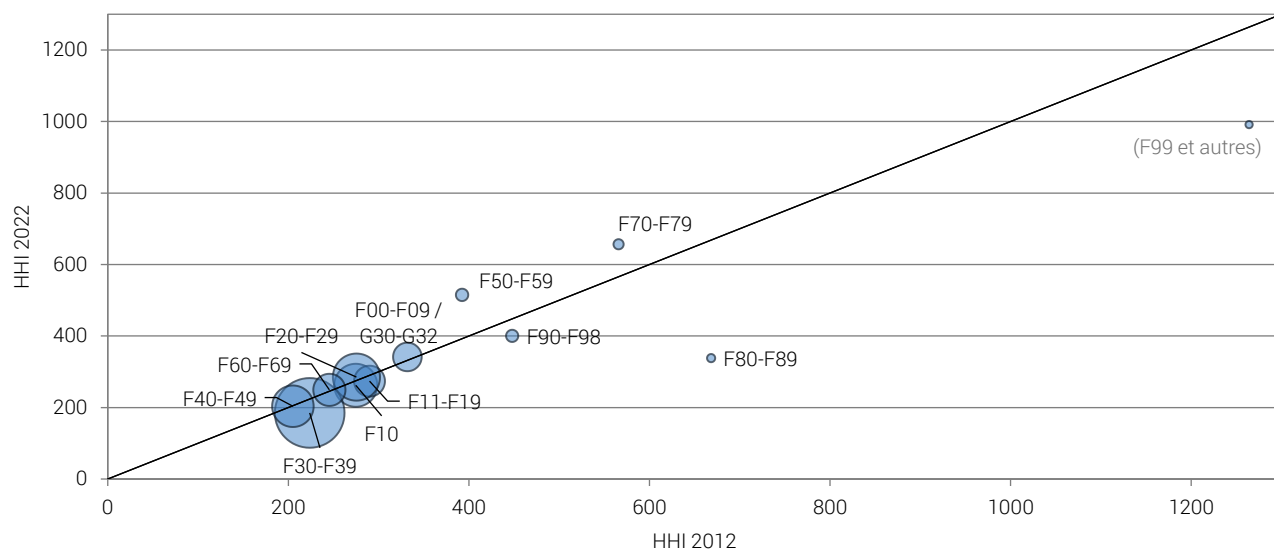
serait fourni par la totalité des fournisseurs de prestations de manière équivalente, et 10 000 pour une concentration maximale, soit un domaine fourni par un seul prestataire.

De manière similaire à la spécialisation, le graphique G 6.8 représente la concentration des domaines de prestations à l'année 2012 sur l'axe horizontal et la concentration à l'année 2022 sur l'axe vertical. Les domaines de prestations s'écartant verticalement de la diagonale vers le haut du graphique ont vu leur concentration augmenter entre 2012 et 2022, et inversement.

Les résultats de l'analyse de concentration confirment ceux de l'analyse des parts de marchés des dix plus importants prestataires. Les domaines de prestations les plus importants en volume sont tous situés proches de l'origine du graphique, soit entre une valeur d'indice de 185 pour le domaine des troubles de l'humeur (F30-F39; -39 par rapport à 2012) et une valeur d'indice de 341 pour les troubles mentaux organiques (F00-F09/G30-G32; +10 par rapport à 2012). Aucun phénomène de concentration n'est constaté pour ceux-ci à travers le temps (G 6.9).

Pour les domaines ayant moins de cas, plus de mouvements sont enregistrés (G 6.10). L'analyse confirme une légère augmentation de la concentration pour le retard mental (F70-F79) ainsi

³⁰ 113 prestataires sont inclus dans l'analyse en 2022, donc la valeur minimale de l'indice est de $\frac{10\,000}{113} \approx 88$ (voir 6.2.5).

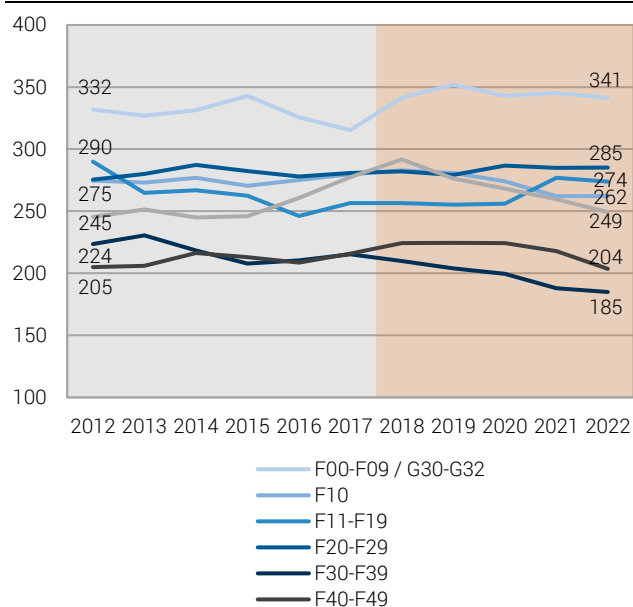
G 6.8 Évolution de l'indice de Herfindahl-Hirschmann (HHI) pour la concentration du marché, Suisse, de 2012 à 2022

Note: la taille du point indique la part de marché du domaine de prestations en 2022.

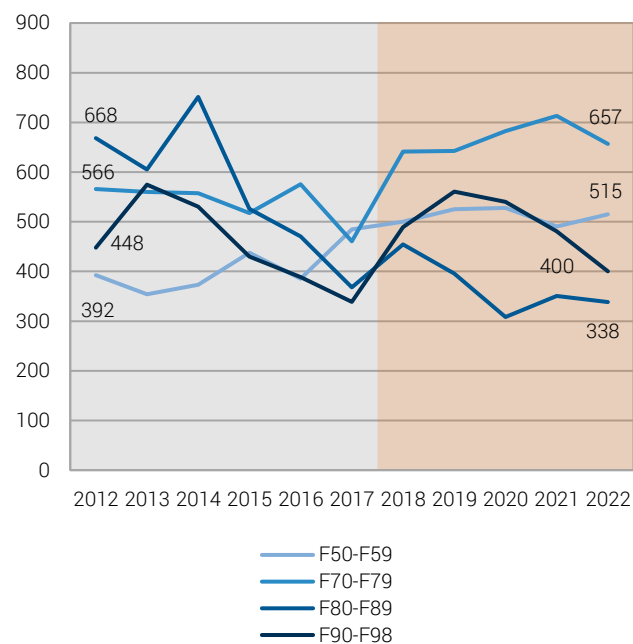
Sources: OFS – statistique des hôpitaux (KS), statistique médicale des hôpitaux (MS)

© Obsan 2024

que pour les syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques (F50-F59). Au contraire, la concentration des troubles du développement psychologique (F80-F89) diminue sur la période étudiée. Bien que ces domaines enregistrent plus de variations, celles-ci sont liées au nombre de cas restreints dans ces domaines et ne peuvent pas être mise en lien avec l'introduction de TARPSY.

G 6.9 Évolution de l'indice de Herfindahl-Hirschmann (HHI) pour les domaines de prestations stables, Suisse, de 2012 à 2022

Sources: OFS – statistique des hôpitaux (KS), statistique médicale des hôpitaux (MS)
© Obsan 2024

G 6.10 Évolution de l'indice de Herfindahl-Hirschmann (HHI) pour les domaines présentant des variations de concentration, Suisse, de 2012 à 2022

Sources: OFS – statistique des hôpitaux (KS), statistique médicale des hôpitaux (MS)
© Obsan 2024

6.6 Synthèse locale

Les analyses de spécialisation et de concentration avaient pour but de répondre aux questions suivantes:

Comment l'éventail et le volume des prestations des hôpitaux ont-ils évolué dans le domaine de la psychiatrie stationnaire?

Quels sont les effets de l'introduction de TARPSY sur les structures de soins ou sur le paysage de la psychiatrie stationnaire?

Les analyses descriptives montrent un paysage relativement stable pour les soins psychiatriques stationnaires en Suisse, avant et après l'introduction de la nouvelle tarification psychiatrique. Le nombre de sites reste presque identique entre 2012 et 2022 et peu de variations sont visibles dans la période autour de l'introduction de cette nouvelle tarification.

L'analyse de concentration confirme cette stabilité pour une grande partie du marché des soins psychiatriques stationnaires, avec toutefois quelques particularités dans des domaines spécifiques. Un léger mouvement de concentration est constaté dans le retard mental (F70-F79) ainsi que pour les syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques (F50-F59). Un mouvement contraire est détecté pour les troubles du développement psychologique (F80-F89). Il reste important de rappeler que la totalité de ces domaines de prestations enregistrant des variations de leur concentration ne représente qu'une fraction de moins de 5% des soins de psychiatrie stationnaire et qu'une variabilité supérieure est attendue dans ces domaines ayant un faible volume de prestations. Dans l'ensemble, l'éventail de prestations est donc resté relativement stable dans le temps, et avec l'introduction de TARPSY.

Les experts confirment que le secteur de la psychiatrie stationnaire est de manière générale peu concentré en Suisse. Si l'introduction de TARPSY n'a pas amené à ce jour de développement de la concentration visible dans les données, les experts s'attendent néanmoins à des mouvements de concentrations dans les prochaines années. Les hôpitaux ayant une structure de coûts défavorable sont en effet mis financièrement sous pression par TARPSY. Il est donc attendu que des regroupements s'effectuent afin d'améliorer la rentabilité des hôpitaux ayant une structure de coût comparativement élevée. Ils mentionnent en outre que certains mouvements ont déjà été observés avant l'introduction de TARPSY, par exemple en Suisse centrale, à travers des regroupements d'hôpitaux. Selon eux, une concentration sur quelques sites pour des maladies relativement rares est souhaitable et a déjà en partie eu lieu.

Les analyses de spécialisation ne révèlent pas de tendance claire de modifications de l'offre au fil du temps. Les changements s'observent surtout dans des cliniques plus spécialisées que la moyenne et vont autant dans le sens de plus de spécialisation que de moins de spécialisation. Les analyses ne révèlent pas de différenciation en fonction de la région linguistique, à l'exception d'un plus grand nombre de prestations par prestataires fournies en Suisse romande et au Tessin en comparaison de la Suisse allemande (qui pourrait avoir une composante organisationnelle).

L'effet de la nouvelle tarification psychiatrique sur les structures de soins semble donc modeste à ce jour.

Les experts confirment que le secteur de la psychiatrie est peu spécialisé. Ils expliquent qu'il existe des centres de soin complets dans chaque région qui disposent généralement de tous les types de prestations et qui garantissent une couverture des soins. Certaines cliniques spécialisées dans quelques domaines de prestations (p. ex., dépression, burn-out, troubles alimentaires, etc.) existent en complément. Celles-ci sont plus répandues en Suisse allemande. Elles prennent en charge des phases de traitement ou des diagnostics spécifiques et les centres de prestation généralistes leur confient donc ces patients spécifiques.

Bien que l'introduction de TARPSY n'ait pas encore produit une spécialisation visible dans les données, les experts s'accordent à dire que la concurrence est perceptible et que des développements ciblés s'observent. Certaines prestations, dont la rémunération s'est améliorée, se sont développées avec l'introduction de TARPSY et pourraient contribuer à corriger une offre insuffisante, particulièrement en pédopsychiatrie et gériopsychiatrie. Selon les experts, la rémunération de la gériopsychiatrie resterait toutefois insuffisante. Il est néanmoins relevé ici que certains cantons ont délocalisé leurs prestations pour enfants et adolescents, ce qui pourrait conduire à une absence d'offre cantonale. Finalement, les experts relèvent le fait que certaines offres de niches se développent, telles que les troubles du sommeil ou la dépendance au jeu.

7 Synthèse et conclusions

7.1 Contexte et objet d'étude

Objectifs

La présente étude porte sur les effets de l'introduction de TARPSY sur le plan des coûts, de la qualité et du paysage de la psychiatrie stationnaire. Ce nouveau système tarifaire, introduit en 2018 dans la psychiatrie adulte et en 2019 dans la psychiatrie des enfants et adolescents, est un système de rémunération par forfaits liés à la prestation.

Par l'introduction de tels systèmes forfaitaires, en psychiatrie comme en soins somatiques aigus, le législateur vise à «obtenir une réduction des coûts par des incitation économiques, sans porter atteinte aux éléments de solidarité de l'assurance-maladie sociale, sans réduire les prestations économiques, efficaces et adéquates et sans réduire la qualité». ([OFSP, Révision de la LA-Mal, financement hospitalier – éléments principaux, 28 mars 2014](#), p.6). La stratégie mise en place vise «un renforcement de la concurrence et une augmentation de l'efficacité dans la fourniture de la prestation ainsi qu'une augmentation de la transparence par rapport aux coûts et à la qualité des prestations médicales.»

TARPSY

Le système tarifaire introduit en 2018 en psychiatrie stationnaire se compose de deux éléments:

- Une structure tarifaire unique au niveau national. Calculée par SwissDRG SA, celle-ci est composée de groupes de coûts (PCG – Psychiatric Cost Groups) homogènes au niveau des coûts. À chacun est associé une pondération (ou *costweight*) reflétant l'intensité en coûts de la prise en charge. Ceux-ci sont dégressifs par paliers pour refléter le fait que la prise en charge initiale demande davantage de ressources, puis se réduit progressivement. La structure tarifaire est construite de sorte que chaque phase de traitement est adéquatement indemnisée. La version TARPSY 4.0 (2022/2023) comporte 10 PCG de base, sous-divisés en 22 PCG à l'aide de critères supplémentaires permettent d'affiner la classification pour tenir compte de facteurs augmentant le besoin en ressources (comme les diagnostics secondaires ou l'âge du patient par exemple) (voir: [Online Definitionshandbuch SwissDRG](#)).

- Un tarif de base (ou *baserate*) journalier négocié sur la base d'une comparaison des coûts entre prestataires (benchmarking). La négociation a lieu entre les partenaires tarifaires (assureurs et prestataires), sous l'arbitrage des cantons en cas d'échec.

7.2 Effets de l'introduction de TARPSY

La présente synthèse s'appuie à la fois sur les éléments chiffrés et sur l'avis consolidé des dix experts interrogés pour proposer une mise en relation des résultats avec les objectifs légaux poursuivis. Elle se lit en complément aux synthèses thématiques figurant à la fin de chacun des chapitres correspondants (sections 4.8, 5.5 et 0). Les réponses détaillées aux différentes questions de recherche se trouvent dans les chapitres.

7.2.1 Effets économiques

Sur le plan économique tout d'abord, les données comme les experts s'accordent pour dire que TARPSY a accru la pression économique sur les prestataires. Dans le détail, on peut mentionner les éléments suivants:

Accroissement de la transparence et de la comparabilité des coûts

La mise en place d'une *structure tarifaire nationale uniforme* a accru la transparence et la comparabilité des prestations délivrées. Ceci même si les experts relèvent que les diagnostics sont plus flous et plus difficiles à poser en psychiatrie qu'en soins somatiques aigus et qu'une marge d'interprétation subsiste. Tous s'accordent aussi sur la difficulté de définir des séparateurs de coûts pertinents. Ils relèvent aussi que cette transparence est obtenue au prix d'un effort conséquent dans la documentation puis le codage des diagnostics et traitements ainsi que dans l'établissement de rapports, nécessitant l'engagement de ressources spécialisées et consommant une partie de temps médical et soignant.

Introduction d'une concurrence par comparaison (benchmarking) basées sur les coûts

L'existence de la structure tarifaire permet le calcul des coûts par jour de traitement pour un groupe de coûts (PCG) et donc de comparer les établissements entre eux au niveau de leurs coûts. Le système tarifaire prévoit que les tarifs sont basés sur ce benchmarking. Introduit au départ avec un principe de neutralité des coûts, les négociations du tarif de base se sont, du dire des experts, durcies à mesure que les données s'affinaient. Plusieurs indiquent que le processus est encore en phase de mise en place et que des discussions sont en cours concernant la possibilité technique et la pertinence d'approfondir davantage les comparaisons.

Pression tarifaire accrue

Tous les experts reconnaissent un accroissement de la pression financière exercée sur le secteur de la psychiatrie stationnaire et le rôle central joué par les négociations tarifaires dans celle-ci. Les données confirment cet effet et montrent une stabilisation des revenus par jour de traitement.

Les effets observés sur les prix sont de deux natures:

- 1) Une correction à la baisse comme à la hausse des tarifs de base les plus éloignés de la médiane, avec pour corollaire une réduction de la variabilité des tarifs.
- 2) Une stabilisation dans le temps du tarif de base moyen. Passée la phase initiale de mise-en-œuvre, les tarifs de base n'ont plus augmenté ou de manière marginale.

Introduit en 2018, le système tarifaire est arrivé dans la phase de resserrement des tarifs en pleine pandémie suivie par une phase inflationniste majeure. D'un point de vue économique, il est ici utile de relever que si la *structure* tarifaire comprend un mécanisme d'adaptation automatique à des évolutions de la structure de coûts, il n'existe pas de tel mécanisme concernant le *niveau* des coûts. Même en cas de choc exogène comme l'inflation, ceux-ci restent le résultat d'une négociation.

Comme tout système de concurrence basé sur la comparaison (ou *yardstick competition*), son aptitude à déployer les effets souhaités (et à éviter les effets non souhaités, voir Busse et al. (2011), Annexe 9) est une question de juste dosage: adéquate, la pression financière permet d'obtenir les gains d'efficacité souhaités; trop forte, elle déploie les effets non souhaités, notamment en matière de qualité et d'accès aux soins. Les effets observés sur ces deux dernières dimensions sont thématiques plus bas, après un encart sur le financement.

Financement

L'introduction de TARPSY ne modifie les règles de financement entrées en vigueur avec la révision du financement hospitalier en 2012. Les effets observés sont, comme attendus, une

augmentation de la part de financement liée aux prestations et un recul des couvertures de déficit. Les contributions pour prestations d'intérêt général sont restées stables dans le montant moyen accordé mais davantage d'établissements en touchent.

Quant aux prestations de soins psychiatriques hospitalières, leur financement par l'assurance obligatoire des soins AOS et par les assurances complémentaires a reculé au bénéfice d'un financement plus important par les cantons.

7.2.2 Effets sur la qualité

Confronté à une pression financière accrue (tarifaire ou exogène), un prestataire de soins peut agir à différents niveaux afin de réduire le niveau de ses coûts (voir Busse et al. (2011), Annexe 9). Ceux-ci sont passés en revue ci-après, permettant d'apprécier la réalisation de différentes éventualités quant aux processus, à la structure et enfin à la qualité finale de la prise en charge.

Processus de prise en charge

Peu de modifications de la prise en charge des patients ont été signalées qui résulteraient d'une volonté active de s'adapter à TARPSY. L'élément communément rapporté est la réduction des possibilités de retour dans les familles durant le week-end (congé avec réservation de lit), car non indemnisé par le tarif. Une certaine standardisation de la prise en charge sur la pratique moyenne a été ponctuellement rapportée, regrettant une certaine perte de diversité dans les approches.

Un *raccourcissement des durées de séjours* en psychiatrie s'observe, mais celui-ci s'inscrit dans une tendance de long terme visant à réintégrer le patient dès que possible dans son environnement habituel. TARPSY ne semble jouer qu'un rôle mineur dans cette démarche, par ailleurs renforcée par le besoin de libérer des lits pour faire face à une augmentation des besoins en hospitalisations psychiatriques. Le corollaire de cette évolution semble être, du dire de plusieurs experts, une modification de la patientèle présente dans les stations de soins, avec une concentration de patients en situation de crise, respectivement en phase initiale de prise en charge, avec une rotation plus rapide des patients. Cette situation favoriserait le sentiment de stress et de surcharge du personnel.

Une *augmentation du recours aux traitements médicamenteux* (notamment par neuroleptiques) et à des *mesures de contraintes* est perceptible dans les données. Celle-ci surprend toutefois les experts qui peinent à y voir une véritable évolution des pratiques. Estimant que ces pratiques sont très cadrées, ils envisagent plutôt une meilleure documentation de celles-ci ou mettent ces chiffres en lien avec l'augmentation susmentionnée de la sévérité de la patientèle hospitalisée.

Enfin, plusieurs experts mentionnent une sensibilité accrue envers l'intensité et la durée de la prise en charge au regard du tarif. Ils rapportent que certains profils spécifiques sont évités lorsque possible et révèlent ainsi une forme de *sélection des risques*. Celle-ci aurait toujours existé mais serait renforcée par la

contrainte de rentabilité instaurée par le nouveau financement hospitalier. Les prestataires ayant la possibilité d'influer sur leur patientèle disposeraient ainsi d'un avantage comparatif par rapport à ceux assumant une obligation de prise en charge, en particulier en qualité de prestataires de dernier recours (*Endversorger*).

Processus administratifs

Au niveau des processus administratifs, on pense en premier lieu au codage et à la facturation. Les données montrent en effet un *codage plus systématique des diagnostics principaux et secondaires*, ainsi que des facteurs donnant droit à une rémunération supplémentaire. Cette évolution est attendue et même souhaitée au regard de la qualité des données nécessaires au calcul et maintien de la structure tarifaire. Les experts y voient un processus d'apprentissage similaire à celui observé lors de l'introduction des SwissDRG, ce qui correspond aussi à l'évolution dans les données: le *day-mix-index* (DMI) augmente de 0,98 à 1,02 entre 2018 et 2022.

Structure

Sur le plan structurel, un prestataire sous contrainte financière peut agir avant tout au niveau de son personnel ou de son offre de prestations.

L'hypothèse d'une dégradation du *taux d'encadrement des patients* ne se vérifie pas dans les données. Celles-ci montrent en effet une légère amélioration du nombre de soignants pour 1000 journées de soins et une stabilité du taux d'encadrement médical. Le ressenti des experts diffère ici sensiblement avec la mention récurrente d'un manque chronique de personnel, de difficultés de recrutement (en quantité et en qualité), d'une fatigue importante des équipes accompagnées d'arrêts-maladie ou de démissions. La pression financière exercée par TARPSY semble jouer un rôle secondaire dans cette situation par rapport à d'autres éléments comme la pénurie de personnel. Il est aussi imaginable que TARPSY ait tellement augmenté la charge administrative que, malgré l'augmentation des ressources en personnel, il y a moins de ressources à disposition pour le traitement et la prise en charge des patients.

Au niveau de l'offre de prestations, deux évolutions en particulier ont été mentionnées en lien avec TARPSY:

- L'amélioration apportée à la rémunération des prestations en pédo- et gériopsychiatrie. La meilleure couverture des coûts a permis une augmentation de l'offre de prise en charge pour les enfants et adolescents, une évolution considérée comme positive. La modification de la structure tarifaire concernant la psychiatrie de l'âge avancé entrera en vigueur en 2025.
- Le développement d'offres de niche offrant a priori une bonne rentabilité mais, de l'avis des professionnels, ne répondant pas à un besoin de base, et considérée d'un œil critique dans le contexte de pénurie du personnel.

Qualité de la prise en charge

Les résultats concernant la qualité finale de la prise en charge sont ambivalents. D'un côté, la satisfaction des patients (mesure ANQ) reste stable au fil du temps. De l'autre, les scores HoNOS, montrant la réduction des symptômes obtenues à l'issue du séjour hospitalier est juste stable chez les adultes et en baisse chez les enfants et adolescents. Les indicateurs manquent ici pour une véritable mesure des résultats des traitements stationnaires.

Les données montrent une *augmentation des séjours avec suite de traitement* ambulatoires ou semi-ambulatoires ainsi que des *réhospitalisations ultérieures*. Ceci peut être vu comme une dégradation de la qualité résultant de sorties prématurées. Cette évolution est toutefois aussi vue comme un risque accepté par les professionnels en vue d'une réintégration aussi rapide que possible des patients dans leur environnement familial.

Concernant le rôle joué par TARPSY dans ces évolutions, les experts relèvent que le système tarifaire est un élément parmi d'autres qui, en accroissant la pression financière, accentue les difficultés du secteur, par ailleurs touché comme d'autres par le manque de personnel qualifié (médical et soignant) et par l'inflation. Plusieurs relèvent aussi le rôle des conditions politiques locales, qui peuvent venir atténuer ou renforcer la pression sur les structures hospitalières. Sont en particulier mentionnés comme déterminants la présence de cliniques de jour et d'un réseau suffisant de la 1^{re} ligne de soins ainsi que le soutien financier pour les prestations dont les coûts ne sont actuellement pas couverts par les tarifs.

7.2.3 Effets sur le paysage hospitalier

À ce jour, peu de mouvements sont observés dans le paysage de la psychiatrie stationnaire. Les données montrent un paysage composé d'une majorité de grands prestataires capables de prendre en charge la majorité des diagnostics, complété par des cliniques spécialisées sur certains diagnostics ou phases de traitement). Aucun changement dans le temps n'est perceptible au niveau macro. Les experts signalent des mouvements de concentrations régionaux ayant eu lieu avant l'entrée en vigueur de TARPSY mais aussi actuellement en préparation. Tous s'accordent néanmoins pour dire que le gros des mouvements est encore à venir car la restructuration de marché est un phénomène de long terme. Ils s'attendent à la fermeture de certains établissements (tout en signalant aujourd'hui déjà des fermetures d'unités ou d'offres spécifiques ne pouvant plus être financées). Ils s'attendent aussi à des regroupements sous forme de création ou d'extension de chaînes de cliniques.

Comme pour le moment, il n'y a pas eu de mouvements importants ni de spécialisation ni de concentration de l'offre, l'accès aux soins se trouve a priori inchangé pour la population. Toutefois beaucoup d'experts relèvent que le secteur fait face à des besoins croissants avec une offre – stationnaire et ambulatoire – insuffisante, à laquelle s'ajoute une forte pression économique et un manque de personnel. Ils mentionnent des temps d'attente longs

et la possibilité d'hospitaliser uniquement les cas les plus sévères, souvent en situation d'urgence. Ils estiment en majorité que l'accès aux soins psychiatriques hospitaliers est insuffisant. La pression financière exercée par le système tarifaire accentue la tension que connaît le secteur. Le système tarifaire semble néanmoins jouer un rôle secondaire dans la situation décrite.

7.3 Conclusions

Atteintes des objectifs légaux

Les effets de l'introduction de TARPSY se situent dans le cadre des objectifs fixés par le législateur. Sur le plan économique, le système permet une meilleure maîtrise de l'évolution des coûts et la croissance des dépenses par jour de traitement a ralenti. En parallèle à ces évolutions, les hospitalisations augmentent (recours), sans lien avec TARPSY. Les experts expliquent plutôt l'augmentation du recours par des facteurs externes comme la déstigmatisation des maladies psychiques, le vieillissement de la population et le contexte général de crises. Le bilan économique global, autrement dit l'impact cumulé sur les dépenses de santé, reste non quantifiable, avec d'un côté les gains d'efficacité réalisables, les coûts d'administration du système tarifaire de l'autre et les reports partiels sur le secteur (semi-)ambulatoire.

Sur le plan de la qualité et de l'accès, le système a pu être mis en œuvre sans impact notable à ce jour au niveau national. Il demeure des phénomènes à surveiller comme le recours accru aux mesures de contraintes et aux médicaments, ainsi que l'évolution des taux de réhospitalisations. La prise en charge des patients constituant des mauvais risques au sens du tarif est un point d'attention dans la gestion du système également. Une segmentation du marché avec une concentration sur des segments de clientèle ou (phases de) traitements rentables d'un côté et la concentration des cas déficitaires de l'autre serait aussi sous-optimale d'un point de vue systémique³¹. Enfin, la rentabilité des prestations influant la structure de l'offre, une attention particulière semble nécessaire afin de maintenir une bonne adéquation de l'offre avec les besoins de santé publique, un enjeu d'allocation des ressources d'autant plus important dans un contexte de pénurie de personnel.

Limites

Comme mentionné tout au long de l'étude, le rôle joué par TARPSY dans les évolutions observées est apprécié de manière essentiellement qualitative, à travers les propos des experts. Il s'agit là de la principale limite de l'étude. Beaucoup d'éléments de contexte ont évolué au cours de la période d'observation. La pandémie de Covid-19, qui affecte la situation des années 2020 et 2021, le déclenchement de la guerre en Ukraine et l'inflation subséquente ainsi que l'expérience acquise avec les SwissDRG par les prestataires leur permettant d'anticiper l'introduction de TARPSY en adaptant en amont certains processus qui rendent une analyse statistique de causalité impossible à réaliser. Le point de vue consolidé de dix experts couvrant l'ensemble des parties concernées (prestataires, assureurs, cantons, organisations professionnelles et de patients) apporte dans ce contexte un éclairage plus pertinent des évolutions en cours.

Perspectives

Enfin, tous les experts soulignent que cinq ans après son entrée en vigueur, l'introduction de TARPSY arrive au terme d'une première étape. Ils estiment que l'évolution dans la pratique du benchmarking sera déterminante pour la suite et que les effets identifiés ici pourraient être amenés à évoluer selon les options prises. Un suivi des évolutions à venir semble dans ce contexte pertinent et pourrait être intégré dans le monitoring régulier du secteur de la psychiatrie effectué par l'Obsan sur mandat l'OFSP (Schuler, Tuch et Peter, 2020).

³¹ Pour que le système de rémunération par forfait fonctionne, non seulement les groupes de cas doivent avoir une homogénéité suffisante au sein d'un même PCG, mais les patients doivent aussi être distribués aléatoirement entre les prestataires. Un système de rémunération par forfaits lié à la prestation se base en effet sur la loi des grands nombres, qui veut qu'un cas individuel d'hospitalisation soit parfois plus cher que la moyenne, parfois moins cher, mais qu'en moyenne, calculé sur un grand nombre de cas, le forfait couvre les

coûts journaliers du cas moyen (espérance mathématique de la distribution). Si la distribution des cas n'est pas aléatoire et que les cas dépassant le coût journalier moyen au sein d'un même PCG se concentrent chez un prestataire A tandis que les moins coûteux se concentrent chez un prestataire B, alors les coûts de A sont systématiquement sous-couverts et ceux de B sur-couverts.

8 Bibliographie

- ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, Bern; w hoch 2 GmbH, Bern (2022). Symptombelastung und Freiheitsbeschränkende Massnahmen stationäre Psychiatrie Erwachsene. Nationaler Vergleichsbericht 2021.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2019). *Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Schlussbericht des BAG an den Bundesrat*. Bern.
- Baumgartner, T., Beck, J., Bernoulli, D., Bohrmann, C. Contin, B., Doka, C., Jäger, M., Kaeslin, F., Kunz, U., Lang, U., Nigg, M., Schiess, F., von Allmen, T., & Walter, M. (2022). Psychiatriekonzept 2022. Zukunft Psychiatrie in der Gemeinsamen Gesundheitsregion der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Liestal / Basel.
- BFS – Bundesamt für Statistik (2020). *Stationäre Psychiatrie im Blickwinkel. TARPSY, 2018. Krankenhausstatistik* (BFS Aktuell, 14 Gesundheit, Juni 2020). Neuchâtel.
- Busse et al. (2011). Diagnosis-Related Groups in Europe Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Dayhoff, DA., & Cromwell, J. (1993). Measuring differences and similarities in hospital caseloads: a conceptual and empirical analysis. *Health Services Research*, 28(3), 293-312. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1069937/>
- Dessart, G., & Dietrich, N. (2021). *Bestandsaufnahme «Suchtprobleme bei älteren Personen im Kanton Freiburg* [Bericht des Kantonsarztsamts]. Direktion für Gesundheit und Soziales des Kantons Freiburg GSD.
- Fontana, M., Bock, S., Haering, B., Gruber, J. & Lippitsch, S. *Evaluation der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung: Auswirkungen der Revision auf die Entwicklung der Spitallandschaft und die Sicherstellung der Versorgung. Schlussbericht*. econcept/LENZ AG, Zürich. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG.
- Gesundheitsamt Kanton Solothurn (Hrsg.) (2022). Bedarfsermittlung 2030: Analyse und Prognose stationäre und ambulante Psychiatrie. Spitalplanung Psychiatrie 2025–2034. Bern / Solothurn: Socialdesign / Gesundheitsamt Solothurn
- Gesundheitsdepartement Kanton St.Gallen (Hrsg.) (2022). Psychiatriekonzeption 2022. St. Gallen.
- Golder, L., & Jans, C. (2018). *Polarisierte Meinungen zur Verordnung ambulant vor stationär* [Befragung zum ärztlichen Arbeitsumfeld im Auftrag der FMH]. gfs.bern. <https://cockpit.gfsbern.ch/de/cockpit/begleituntersuchung-fmh-2018/>
- Golder, L., Jans, C., & Bohn, D. (2019). *Ärztenschaft offen für Veränderungen – Umgang der Spitäler mit Veränderungen aber nur für die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte überzeugend* [Befragung zum ärztlichen Arbeitsumfeld im Auftrag der FMH]. gfs.bern. <https://cockpit.gfsbern.ch/de/cockpit/begleituntersuchung-fmh-2019>
- Golder, L., Jans, C., Bohn, D., & Schena, C. (2021). *Corona verursacht weiterhin eine zusätzliche Arbeitsbelastung* [Befragung zum ärztlichen Arbeitsumfeld im Auftrag der FMH]. gfs.bern. <https://cockpit.gfsbern.ch/de/cockpit/begleituntersuchung-fmh-2021-2/>
- Golder, L., Jans, C., Bohn, D., Schena, C., & Bartlome, R. (2022). *Hohe Versorgungsqualität in einem neuen Normalzustand* [Befragung zum ärztlichen Arbeitsumfeld im Auftrag der FMH]. gfs.bern <https://cockpit.gfsbern.ch/de/cockpit/begleituntersuchung-fmh-2022/>
- Golder, L., Jans, C., Venetz, A., & Bohn, D. (2020). *Zufriedenheit mit Arbeitsumfeld trotz Corona-Pandemie gegeben* [Befragung zum ärztlichen Arbeitsumfeld im Auftrag der FMH]. gfs.bern. <https://cockpit.gfsbern.ch/de/cockpit/begleituntersuchung-fmh-2020/>
- GS BS – Kanton Basel-Stadt, Gesundheitsdepartement, & VGD BL – Kanton Basel-Landschaft, Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion (Hrsg.) (2022). *Gemeinsame Gesundheitsregion – Psychiatrische Versorgung. Versorgungsplanungsbericht 2022*. Liestal / Basel.
- Hepp, U., Raim Gautier, C., Baumgartner, M., Bridler, R., Hoff, P., Minder, J., Müller, M., Savaskan, E., Seifritz, E., & Stulz, N. (2020). The new remuneration system TARPSY in Swiss psychiatric hospitals: effects on length of stay and readmissions? *Swiss medical weekly*, 150, w20337. <https://doi.org/10.4414/smww.2020.20337>
- Jäger, M. & Rössler, W. (2012). Psychiatrische Versorgungsepidemiologie. *Der Nervenarzt*, 83(3): 389-402
- James, S. L., et al. (2018). "Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017." *The Lancet* 392(10159): 1789-1858.
- Jörg R., Ruffin R. (2016). *Auswirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Spitallandschaft und die Sicherstellung der stationären Versorgung: Konzept- und Machbarkeitsstudie inklusive einer Bestandsaufnahme – Schlussbericht*. socialdesign ag im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), Mai 2016, Bern.
- Jörg, R. & Ruffin, R. (2016): Auswirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Spitallandschaft und die

- Sicherstellung der stationären Versorgung. Konzept- und Machbarkeitsstudie inklusive einer Bestandesaufnahme, Bern.
- Ketzer, M., Gehri, B., Bachnick, S., Schwendimann, R., Schlup, N., Zraychikova, E., Ausserhofer, D., Hachen, M., Zuniga, F., Oliveira, L. & Simon, M. (2024). MatchRN Psychiatrie: Pflege in der stationären Psychiatrie in der Deutschschweiz - Gesamtbericht. Institut für Pflegewissenschaft; Universität Basel.
- Kobel, Conrad and Theurl, Engelbert, (2013), Hospital specialisation within a DRG-Framework: The Austrian Case, Working Papers, Faculty of Economics and Statistics, Universität Innsbruck.
- Kuhl, H.C. (2008). Stationäre Psychiatrie in der Schweiz 2000-2008 (Arbeitsdokument Nr. 31). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Morger, M., Jäggi, J., Stocker, D. & Künzi, K. (2018): Konzeptstudie zur Untersuchung der Einführung von TARPSY und ST Reha, Studie im Auftrag des BAG. Bern: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS.
- Noll, S., Haag, S., Guidon, R., & Hölzer, S. (2023). A new case-mix based payment system for the psychiatric day care sector in Switzerland: proposed methods for developing the tariff structure. *Health policy*, 131, 104797. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104797>
- Pellegrini, S. & Roth, S. (2015). Évolution des coûts et du financement du système de soins depuis l'introduction du nouveau financement hospitalier. Étude de base 2010–2012. (Obsan Rapport 61). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Pellegrini, S. & Roth, S. (2017) Évolution des coûts et du financement dans le système de soins depuis la révision du financement hospitalier. Actualisation 2014–2015 (Obsan Bulletin 3/2017). Étude sur mandat de l'OFSP. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Pellegrini, S. & Roth, S. (2018) Évolution des coûts et du financement dans le système de soins depuis la révision du financement hospitalier. Rapport final. Étude réalisée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Rapport 73). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Pro Mente Sana (2016). Das geplante Finanzierungssystem TARPSY. Kommerz mit verwundeten Seelen?, Zürich.
- Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt (2019). Schriftliche Anfrage Oliver Bolliger betreffend Auswirkungen von TARPSY 1.0 und TARPSY 2.0 auf die psychiatrischen Kliniken in Basel-Stadt. Regierungsratsbeschluss vom 2. April 2019 zu Geschäft 18.5442. <https://grosserrat.bs.ch/ratsbetrieb/geschaefte/200109416>
- Regierungsrat des Kantons Luzern (2021). *Planungsbericht über die psychiatrische Versorgung im Kanton Luzern*. Entwurf Kantonsratsbeschluss über die Kenntnissnahme (7. September 2021). Luzern.
- Schneeberger, A. R., Spring, E., Schwartz, B. J., Peter, T., Seifritz, E., Felber, E., & Hölzer, S. (2018). TARPSY: A New System of Remuneration for Psychiatric Hospitalization in Switzerland. *Psychiatric services*, 69(10), 1056–1058. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800233>
- Schuler, D., Tuch, A., & Peter, C. (2020). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2020*. (Obsan Bericht 15/2020). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schuler, D., Tuch, A., Sturny, I. & Peter, C. (2022). Psychische Gesundheit. Kennzahlen mit Fokus COVID-19 (Obsan Bulletin 02/2022). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium SwissDRG (2019). Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG und TARPSY.
- Singh, R. (2020). *Evaluation des neuen Tarifsystems TARPSY für die stationäre Psychiatrie in der Schweiz: eine Übersichtsarbeit zur Erstellung eines Fragebogens* (Masterarbeit, Universität Zürich). <https://www.zora.uzh.ch/id/eprint/199996/>
- Theil, H. (1967). Economics and Information Theory, North-Holland Publishing Company.
- Trezzini, B. (2021). Auf bewährten Pfaden: TARPSY 4.0. *Schweizerische Ärztezeitung*, 102(36), 1156–1158. <https://doi.org/10.4414/saez.2021.20090>
- Trezzini, B., & Meyer, B. (2020). TARPSY 3.0 mit stärkerem Leistungsbezug. *Schweizerische Ärztezeitung*, 101(19–20), 607–609. <https://doi.org/10.4414/saez.2020.18854>
- Tuch, A., Jörg, R., Hediger, D., & Widmer, M. (2018). Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009–2016. Schlussbericht (Obsan Dossier 65). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Tuch, A., Jörg, R., Hedinger, D. & Widmer, M. (2018). Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009–2016. Schlussbericht (Obsan Dossier 65). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Unger-Köppel, J. (2016). «Psychiatrie – degressive Tagespauschalen statt Fallpauschalen», *Schweizerische Ärztezeitung* 97(41), 1403
- Zellweger U., & Bopp M.: Identifikation und Bereinigung von Inkonsistenzen in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (2000-16) und der Statistik der Sozialmedizinischen Institutionen (2007-16). Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich Forschung und Dokumentation; Nr. 40 – Zürich 2019

9 Annexes

T 9.1 Résultats de la recherche

Catégorie	Publication	Remarques
Effets du passage à TARPSY	OFS, 2020 Recherche concomitante de la FMH (Golder et Jans, 2018; Golder et al., 2019)* Hepp et al., 2020 Conseil d'État du canton de Bâle-Ville, 2019 Schneeberger et al., 2018 Singh, 2020	Pas de résultats sur les effets à plus long terme (au-delà de 2018); une partie des effets ne sont que des suppositions.
Conception du système tarifaire	Noll et al., 2023 Trezza et Meyer, 2020 Trezza, 2021	Les effets ne sont pas abordés.
Évolution de certains indicateurs avant et après l'introduction de TARPSY (charge administrative, conditions de traitement; indicateurs financiers)	Recherche concomitante de la FMH (Golder et Jans, 2018; Golder et al., 2019–2022)*	Aucune information permettant de savoir si et, si oui, comment TARPSY a exercé une influence sur l'évolution observée.
Documents des cantons sur les soins psychiatriques	BS / BL: Baumgartner et al., 2022; GS BS et VGD BL, 2022 FR: Dessart et Dietrich, 2021 LU: Conseil d'État du canton de Lucerne, 2021; SG: Département de la santé du canton de Saint-Gall, 2022. SO: Office de la santé du canton de Soleure, 2022;	Ces publications abordent parfois des spécificités et des défis de la structure tarifaire. Le plus souvent, TARPSY et l'analyse de ses effets ne constituent toutefois pas le sujet principal.

* Pour ce qui est de la recherche concomitante de la FMH, il importe de relever que les affirmations relatives au domaine de la psychiatrie se basent sur une centaine de réponses (la base de données étant beaucoup plus large en médecine somatique aiguë).

Source: Illustration BASS

T 9.2 Revenus, coûts et jour de traitement, évolution en francs et variation annuelles, de 2012 à 2022

Indicateurs	2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022			
	Francs	Δ en %	Francs	Δ en %	Francs	Δ en %	Francs	Δ en %	Francs	Δ en %	Francs	Δ en %	Francs	Δ en %	Francs	Δ en %	Francs	Δ en %	Francs	Δ en %	Francs	Δ en %		
Revenus des hospitalisations	1'481'563'501	n/a	1'622'293'164	9.5%	1'656'428'126	2.1%	1'744'129'870	5.3%	1'766'986'161	1.3%	1'839'778'147	4.1%	1'905'679'855	3.6%	2'002'021'516	5.1%	1'955'505'950	2.3%	2'033'141'814	4.0%	2'092'305'564	2.9%		
Coûts des hospitalisations	1'742'004'158	n/a	1'797'446'524	3.2%	1'818'595'300	1.2%	1'878'929'729	3.3%	1'864'815'704	0.8%	1'868'373'600	0.2%	1'839'151'496	1.6%	-	1'917'768'310	4.3%	1'978'632'479	3.2%	2'029'404'645	2.6%	2'123'327'555	4.6%	
Nombre de jours traitement	2'489'604	n/a	2'554'193	2.6%	2'552'191	0.1%	-	2'585'242	1.3%	2'612'566	1.1%	2'629'207	0.6%	2'572'473	2.2%	-	2'629'271	2.2%	2'662'972	1.3%	2'728'531	2.5%	2'815'981	3.2%
Revenus par jour de traitement	595	n/a	635	6.7%	649	2.2%	675	3.9%	676	0.3%	700	3.5%	741	5.9%	-	761	2.8%	734	3.6%	745	1.5%	743	0.3%	
Coûts par jour de traitement	700	n/a	704	0.6%	713	1.3%	727	2.0%	714	1.8%	-	711	0.4%	715	0.6%	-	729	2.0%	743	1.9%	744	0.1%	754	1.4%

Source : OFS – statistique médicale des hôpitaux (MS), statistique des hôpitaux (KS)

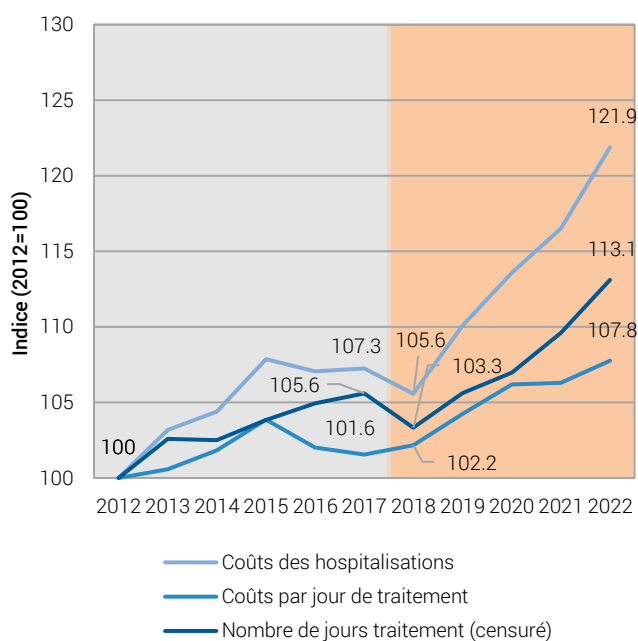
© Obsan 2024

9.1 Évolutions des coûts de production des hospitalisations en psychiatrie

Cette annexe présente l'évolution des coûts de production des hospitalisations en psychiatrie, autrement dit les charges des hôpitaux lors d'une hospitalisation. L'introduction de TARPSY notamment au travers du benchmarking entre les différents prestataires entraîne une pression financière sur les prestataires les moins efficaces. Pour atténuer cette pression, les prestataires peuvent agir sur leurs coûts de production.

Le graphique ci-dessous montre que les coûts par jour de traitement augmentent jusqu'en 2015 puis diminuent jusqu'en 2017. Ensuite, il augmente continuellement, à un rythme variable, jusqu'en 2022. La forte augmentation du nombre de jours de traitement à partir de 2018 engendre une augmentation prononcée des coûts de production.

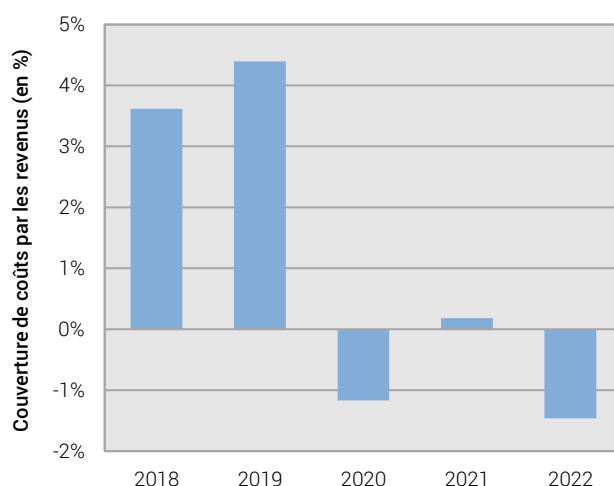
G 9.1 Évolution des coûts de production des hospitalisations (totaux et par jour de traitement) et du nombre de jour de traitement de 2012 à 2022, indice (2012=100)



Sources: OFS – statistique médicale des hôpitaux (MS), statistique des hôpitaux (KS) © Obsan 2024

Concernant l'évolution des revenus et des coûts, une autre hypothèse est que l'introduction de TARPSY permet des gains d'efficacité. Les revenus devraient permettre de couvrir les coûts de production. En 2018 et 2019 et dans une moindre mesure 2021, les revenus dépassent les coûts de production (respectivement de 3,6%, 4,4% et 0,2%). En 2020 et 2022, les revenus ne couvrent pas les coûts de production. Ils sont inférieurs d'environ 1%. D'après les experts interrogés, ce résultat global (macro) ne reflète l'hétérogénéité des situations financières des prestataires. Ils ont également mentionné que la correspondance des coûts et des revenus est très variable selon les prestations ou le domaine de prestations (mais plutôt en amélioration). Ils précisent encore que le système est encore dans sa phase initiale et qu'il est trop tôt pour amener un jugement sur la couverture de coûts.

G 9.2 Évolution de la couverture des coûts de production par les revenus (en %) de 2012 à 2022



Sources: OFS – statistique des hôpitaux (KS)

© Obsan 2024

T 9.3 Évolution du nombre de prestataires par groupe de prestations, Suisse, de 2012 à 2022

Domaines de prestations	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
F00-F09 /G30-G32	66	70	69	66	62	67	64	64	62	70	66
F10	85	82	84	80	81	79	82	82	80	87	82
F11-F19	79	84	80	78	80	84	83	80	83	83	80
F20-F29	87	86	86	83	82	80	85	85	86	85	87
F30-F39	100	97	97	97	95	91	95	95	95	99	99
F40-F49	97	95	93	95	93	95	96	95	95	98	98
F50-F59	81	78	79	79	80	77	82	83	78	81	78
F60-F69	83	92	86	89	87	83	79	83	88	89	91
F70-F79	55	54	52	51	55	50	51	54	53	48	54
F80-F89	57	57	59	66	61	70	61	65	66	62	64
F90-F98	75	70	68	75	66	74	73	74	72	70	72
F99 et autres	59	59	63	62	60	60	56	59	59	53	56

Sources: OFS – statistique des hôpitaux (KS), statistique médicale des hôpitaux (MS)

© Obsan 2024

T 9.4 Évolution des parts de marchés des 10 plus grands prestataires de chaque domaine de prestations, %, Suisse, de 2012 à 2022

Domaine de prestations	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
F00-F09 / G30-G32	47,0%	47,5%	47,7%	48,1%	46,5%	44,1%	47,4%	48,6%	46,9%	48,2%	47,8%
F10	42,5%	41,8%	42,8%	41,3%	42,1%	43,1%	42,6%	42,4%	41,9%	41,0%	40,4%
F11-F19	43,4%	40,8%	41,9%	41,6%	38,5%	39,3%	39,3%	38,4%	38,8%	40,9%	41,0%
F20-F29	39,9%	39,8%	41,5%	41,1%	41,1%	41,3%	41,7%	41,5%	42,4%	42,1%	41,9%
F30-F39	35,4%	36,5%	34,1%	32,6%	33,3%	34,3%	34,1%	33,0%	32,3%	31,2%	30,8%
F40-F49	33,0%	33,2%	33,7%	34,0%	32,7%	33,8%	35,4%	35,0%	35,0%	35,1%	31,8%
F50-F59	55,7%	51,9%	53,8%	55,4%	53,6%	58,8%	61,7%	59,0%	61,6%	59,3%	62,1%
F60-F69	38,8%	38,7%	37,8%	37,2%	39,9%	42,1%	43,5%	41,7%	41,1%	40,8%	39,8%
F70-F79	57,0%	59,7%	58,9%	62,4%	63,8%	58,7%	66,0%	66,5%	64,9%	69,8%	65,4%
F80-F89	65,1%	64,1%	59,7%	55,6%	54,7%	50,7%	53,5%	48,9%	44,6%	49,1%	46,5%
F90-F98	54,5%	62,2%	59,9%	55,7%	49,9%	46,9%	58,8%	55,7%	53,4%	55,3%	53,7%
F99 et autres	67,3%	65,7%	66,1%	74,5%	77,1%	67,4%	69,6%	69,1%	65,5%	63,9%	62,9%

Sources: OFS – statistique des hôpitaux (KS), statistique médicale des hôpitaux (MS)

© Obsan 2024

T 9.5 Évolution de l'indice de théorie de l'information (ITI) pour la concentration, Suisse, de 2012 à 2022

Domaine de prestations	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
F00-F09 / G30-G32	0,32	0,31	0,30	0,28	0,28	0,28	0,28	0,27	0,27	0,29	0,30
F10	0,27	0,25	0,26	0,27	0,28	0,31	0,30	0,28	0,26	0,27	0,29
F11-F19	0,34	0,35	0,36	0,38	0,38	0,37	0,37	0,36	0,33	0,39	0,39
F20-F29	0,14	0,15	0,14	0,14	0,14	0,15	0,15	0,15	0,16	0,18	0,18
F30-F39	0,12	0,11	0,11	0,11	0,11	0,11	0,10	0,10	0,11	0,11	0,12
F40-F49	0,14	0,12	0,14	0,14	0,13	0,13	0,13	0,12	0,12	0,11	0,13
F50-F59	1,68	1,55	1,48	1,75	1,52	1,81	1,97	2,04	2,08	1,94	2,16
F60-F69	0,19	0,21	0,20	0,17	0,13	0,12	0,14	0,16	0,15	0,18	0,20
F70-F79	0,43	0,49	0,44	0,44	0,44	0,40	0,47	0,50	0,49	0,59	0,51
F80-F89	1,07	0,88	0,99	0,80	0,60	0,48	0,75	0,69	0,73	0,91	0,80
F90-F98	1,15	1,28	1,22	1,06	0,95	0,81	1,05	1,17	1,23	1,03	0,85
F99 et autres	0,92	0,82	0,77	0,95	0,87	0,68	0,85	0,82	0,72	0,70	0,78

Sources: OFS – statistique des hôpitaux (KS), statistique médicale des hôpitaux (MS)

© Obsan 2024

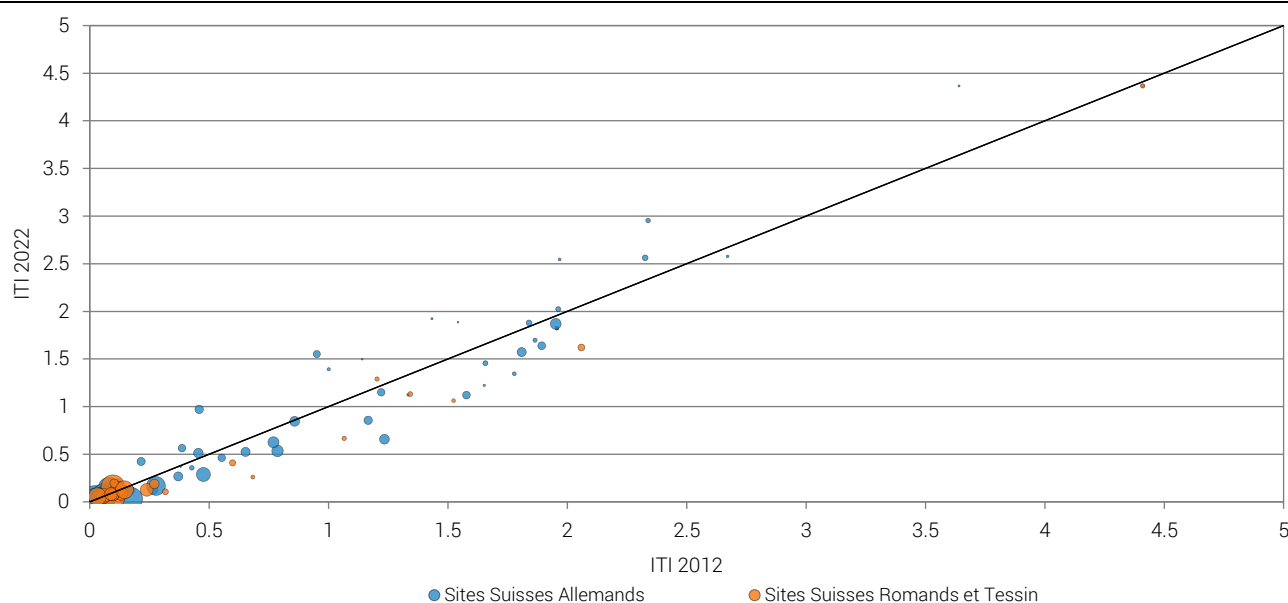
T 9.6 Évolution de l'indice de Herfindahl-Hirschmann (HHI) pour la concentration, Suisse, de 2012 à 2022

Domaine de prestations	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
F00-F09 / G30-G32	331,9	326,8	331,4	342,8	325,7	315,3	341,3	352,0	343,0	345,3	341,5
F10	274,7	273,0	276,8	270,5	275,0	279,8	282,9	280,8	274,0	262,1	262,2
F11-F19	289,9	264,8	267,0	262,3	246,1	256,6	256,5	255,2	255,9	277,0	273,8
F20-F29	275,4	280,1	287,3	282,4	277,9	280,9	282,1	279,3	286,7	285,0	285,1
F30-F39	223,7	230,5	218,4	207,9	210,4	215,2	209,8	204,0	199,6	188,0	184,9
F40-F49	205,0	205,9	216,3	212,9	208,6	215,8	224,2	224,5	224,4	217,9	203,6
F50-F59	392,4	354,1	373,3	437,5	385,7	484,5	500,0	525,5	527,9	490,6	515,1
F60-F69	245,5	251,3	245,0	246,1	260,7	277,5	291,7	276,4	268,0	259,8	249,3
F70-F79	565,8	560,3	557,5	517,8	575,2	460,7	641,1	642,8	682,3	713,1	656,6
F80-F89	668,3	605,1	751,3	525,6	470,4	367,7	454,1	395,5	308,3	350,3	338,2
F90-F98	447,9	574,6	530,2	430,1	388,8	338,8	488,9	560,5	540,3	481,0	400,4
F99 et autres	1 264,1	1 037,0	887,7	1 457,4	1 324,3	745,3	674,4	1 026,8	1 195,2	886,9	991,4

Sources: OFS – statistique des hôpitaux (KS), statistique médicale des hôpitaux (MS)

© Obsan 2024

G 9.3 Évolution de l'indice de théorie de l'information (ITI) pour la spécialisation des sites, Suisse, de 2012 à 2022

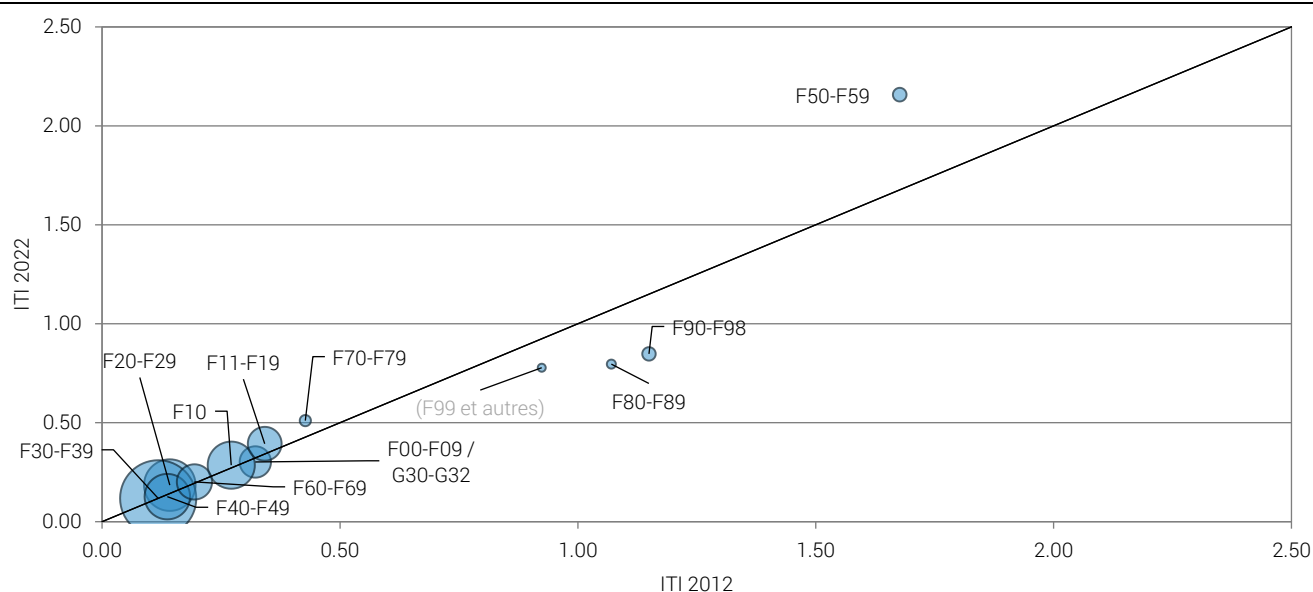


Note: le Tessin et la Suisse romande ne sont pas différenciés pour des raisons de confidentialité. La taille du point indique la part d'hospitalisations de l'établissement en 2022. Seuls les sites ouverts en 2012 et en 2022 sont considérés dans l'analyse (N=100).

Sources: OFS – Statistique des hôpitaux (KS), Statistique médicale des hôpitaux (MS)

© Obsan 2024

G 9.4 Évolution de l'indice de théorie de l'information (ITI) pour la concentration du marché, Suisse, de 2012 à 2022



Note: la taille du point indique la part d'hospitalisation du domaine de prestations en 2022. Seuls les sites ouverts en 2012 et en 2022 sont considérés dans l'analyse (N=100).

Sources: OFS – Statistique des hôpitaux (KS), Statistique médicale des hôpitaux (MS)

© Obsan 2024

G 9.5 Incitations liées à un rémunération par forfaits liée à la prestation

Incentives and hospital strategies	
Incentives of DRG-based hospital payment	Strategies of hospitals
1. Reduce costs per patient	a) Reduce length of stay - optimize internal care pathways - inappropriate early discharge ('bloody discharge') b) Reduce intensity of provided services - avoid delivering unnecessary services - withhold necessary services ('skimping/undertreatment') c) Select patients - specialize in treating patients for which the hospital has a competitive advantage - select low-cost patients within DRGs ('cream-skimming')
2. Increase revenue per patient	a) Change coding practice - improve coding of diagnoses and procedures - fraudulent reclassification of patients, e.g. by adding inexistent secondary diagnoses ('up-coding') b) Change practice patterns - provide services that lead to reclassification of patients into higher paying DRGs ('gaming/overtreatment')
3. Increase number of patients	a) Change admission rules - reduce waiting list - admit patients for unnecessary services ('supplier-induced demand') b) Improve reputation of hospital - improve quality of services - focus efforts exclusively on measurable areas

Source: Busse et al. (2011). Diagnosis-Related Groups in Europe Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. European Observatory on Health Systems and Policies.

G 9.6 Effets potentiels d'une rémunération par forfaits liée à la prestation sur la qualité et l'efficacité

Table 6.3 Incentives of DRG-based hospital payment systems and their effects on quality and efficiency

Incentives of DRG-based hospital payment	Strategies of hospitals	Effects
1. Reduce costs per patient	a) Reduce length of stay - optimize internal care pathways - transfer to other providers - improve coordination/integration with other providers - transfer/avoidance of unprofitable cases ('dumping' or 'cost-shifting') - inappropriate early discharge ('bloody discharge') b) Reduce intensity of provided services - avoid delivering unnecessary services - substitute high-cost services with low-cost alternatives (labour/capital) - withhold necessary services ('skimping/undertreatment') c) Select patients - specialize in treating patients for which the hospital has a competitive advantage - select low-cost patients within DRGs ('cream-skimming')	- quality ↑, efficiency ↑ - quality ↑, efficiency ↑ - quality ↓ - quality ↓ - efficiency ↑ - efficiency ↑ - quality ↓ - efficiency ↑, quality ↑ - efficiency ↓
2. Increase revenue per patient	a) Change coding practice - improve coding of diagnoses and procedures - fraudulent reclassification of patients, e.g. by adding inexistent secondary diagnoses ('up-coding') b) Change practice patterns - provide services that lead to reclassification of patients into higher paying DRGs ('gaming/overtreatment')	- quality ↑ - efficiency ↓ - efficiency ↓, quality ↓
3. Increase number of patients	a) Change admission rules - reduce waiting list - split care episodes into multiple admissions - admit patients for unnecessary services ('supplier-induced demand') b) Improve reputation of hospital - improve quality of services - focus efforts exclusively on measurable areas	- efficiency ↑ - efficiency ↓↑, quality ↓↑ - efficiency ↓ - quality ↑ - quality ↓↑

Source: Busse et al. (2011). Diagnosis-Related Groups in Europe Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. European Observatory on Health Systems and Policies.



Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.