Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la statistique OFS

Actualités OFS

14 Santé

Neuchâtel, juin 2020

Statistiques des hôpitaux

La psychiatrie stationnaire dans la perspective TARPSY en 2018

L'année 2018 marque l'introduction de la nouvelle structure tarifaire pour le financement des séjours stationnaires en psychiatrie (TARPSY). À cette occasion, les données des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique (OFS) sont exploitées afin de présenter quelques spécificités de ce nouveau système de facturation. Il en ressort qu'une journée de soins hospitaliers en psychiatrie sur trois est associée au tarif couvrant les troubles dépressifs. 81% des coûts des séjours psychiatriques à la charge de l'assurance-obligatoire des soins a été généré en cliniques psychiatriques. L'introduction de TARPSY a coïncidé avec une augmentation du nombre d'informations saisies (codes diagnostiques et de procédures) par cas et avec une hausse du tarif journalier moyen facturable par rapport aux deux années précédentes.

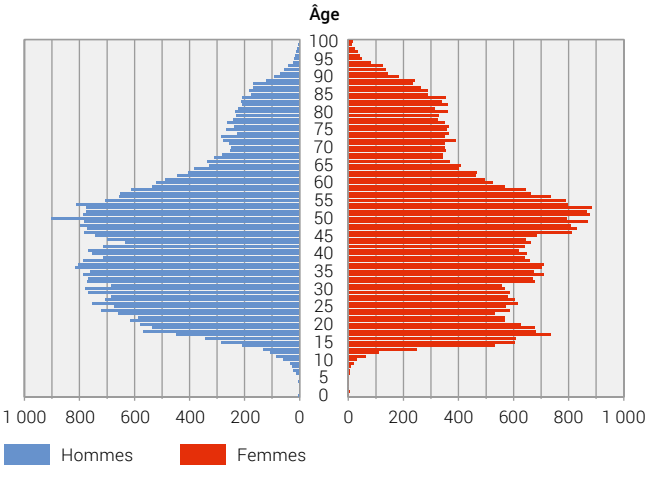
Le nouveau système tarifaire destiné à la psychiatrie hospitalière (TARPSY) est entré en vigueur le 1er janvier 2018. Il s'agit d'une structure tarifaire, identique pour toute la Suisse, applicable pour la facturation des prestations stationnaires en psychiatrie. Son introduction est une conséquence de l'exigence, inscrite dans la Loi sur l'assurance-maladie (LAMal), que les traitements stationnaires soient financés au travers de forfaits liés aux prestations. Les séjours psychiatriques en milieu hospitalier étaient, jusqu'alors, facturés au moyen de forfaits journaliers. En ce qui concerne les prestations médicales psychiatriques ambulatoires dispensées à l'hôpital, prestations qui ne sont pas couvertes par la présente publication, celles-ci restaient en 2018 facturées selon le tarif médical (TARMED) uniforme sur le plan fédéral.

La présente publication propose une série de résultats sur l'activité des institutions fournissant des prestations de soins psychiatriques, avant et après la mise en œuvre du nouveau système tarifaire. Les éléments spécifiques à la structure tarifaire TARPSY sont en particulier mis en évidence. S'agissant d'une structure tarifaire destinée aux cas pris en charge par l'assurance-obligatoire de soins, seules les données concernant les traitements fournis dans le cadre de la LAMal sont prises en compte dans les analyses.

1 Les patients de la psychiatrie stationnaire en 2018

En 2018, les séjours psychiatriques concernent pour 51,6% des cas des femmes (G 1). Les patients masculins sont des individus plus jeunes en moyenne, avec 44,9 ans contre 47,3 ans pour les patientes. Le mode, soit le cas le plus fréquent, est selon le genre une femme de 53 ans ou un homme de 50 ans.

Nombre de séjours psychiatriques par genre et âge, en 2018 **G 1**



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS)

© OFS 2020

Encadré E1: La structure tarifaire TARPSY

La structure tarifaire TARPSY (version 1.0, 2018) est constituée de 10 catégories principales, les **groupes de coûts psychiatriques de base**, déterminées par le diagnostic principal. Ces catégories principales sont différenciées en une ou plusieurs sous-catégories, intitulées les **groupes de coûts psychiatriques** (PCG, pour Psychiatric Cost Groups). Chaque PCG correspond à un groupe homogène de cas. Les PCG se distinguent au sein d'une catégorie principale par des critères tels que les diagnostics secondaires, la gravité des symptômes psychiatriques à l'admission (mesurée par le score HoNOS/HoNOSCA) et l'âge du patient.

Les PCG sont représentés par un code à 5 caractères, dont les 4 premiers identifient le groupe de coûts psychiatriques de base. Le dernier caractère du PCG, prenant les valeurs *A, B, C* ou *Z* permet le cas échéant de discriminer les cas en fonction de la consommation de ressources de manière décroissante (A correspondant aux cas les plus gourmands en ressources, Z étant réservé pour les cas sans différenciation du PCG de base). Par exemple, les cas de troubles de la personnalité et du comportement correspondent au groupe de coûts psychiatriques de base *TP29*. Celui-ci se divise en *TP29A* et *TP29B* selon que le patient est mineur ou non, reflétant les besoins en soins plus importants dans le premier cas.

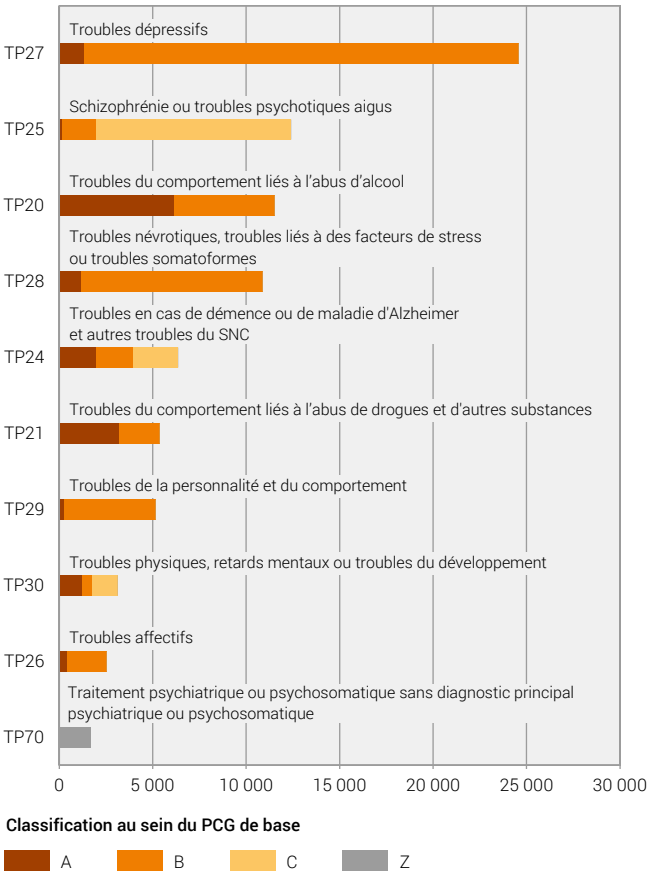
À chaque PCG est associé une séquence de valeurs, les **cost-weights journaliers**, reflétant les besoins en ressources spécifiques selon la durée de séjour. Le produit du cost-weight journalier avec la durée de séjour donne le **cost-weight effectif**. Pour la majorité des PCG, les cost-weights journaliers forment une fonction dégressive avec le temps, traduisant le fait que plus la durée de séjour est longue, moins les ressources en soins nécessaires quotidiennement sont importantes. Les cost-weights forment le cœur de la structure tarifaire et permettent d'aboutir à une rémunération liée à la prestation. En effet, un cost-weight plus élevé correspond à un cas exigeant en moyenne davantage de ressources. Enfin, le produit du cost-weight effectif associé à un cas par le tarif de base **(base-rate)**, négocié par l'hôpital avec les assureurs-maladie, correspond au montant facturé pour un séjour (hors éventuelles rémunérations supplémentaires).

Les groupes de coûts psychiatriques (TARPSY 1.0)

PCG (de base)		Libellé
TP20	**Troubles du comportement liés à l'abus d'alcool**	
	TP20A	avec un diagnostic secondaire de complication ou âge < 18 ans
	TP20B	sans un diagnostic secondaire de complication, âge > 17 ans
TP21	**Troubles du comportement liés à l'abus de drogues et d'autres substances**	
	TP21A	avec un diagnostic secondaire de complication ou âge > 75 ans
	TP21B	sans un diagnostic secondaire de complication, âge < 76 ans
TP24	**Troubles en cas de démence ou de maladie d'Alzheimer et autres troubles du SNC**	
	TP24A	avec un diagnostic secondaire de complication, avec délire ou âge < 18 ans
	TP24B	avec un diagnostic secondaire de complication, sans délire, âge > 17 ans
	TP24C	sans un diagnostic secondaire de complication
TP25	**Schizophrénie ou troubles psychotiques aigus**	
	TP25A	âge < 18 ans
	TP25B	âge > 17 ans avec un diagnostic secondaire somatique de complication
	TP25C	âge > 17 ans sans un diagnostic secondaire somatique de complication
TP26	**Troubles affectifs**	
	TP26A	avec un diagnostic secondaire somatique de complication ou âge < 18 ans
	TP26B	sans un diagnostic secondaire somatique de complication, âge > 17 ans
TP27	**Troubles dépressifs**	
	TP27A	âge < 18 ans
	TP27B	âge > 17 ans
TP28	**Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress ou troubles somatoformes**	
	TP28A	âge < 18 ans
	TP28B	âge > 17 ans
TP29	**Troubles de la personnalité et du comportement**	
	TP29A	âge < 18 ans
	TP29B	âge > 17 ans
TP30	**Troubles physiques, retards mentaux ou troubles du développement**	
	TP30A	âge < 18 ans
	TP30B	âge > 17 ans avec retards mentaux ou troubles du comportement
	TP30C	âge > 17 ans sans retards mentaux ou troubles du comportement
TP70	**Traitement psychiatrique ou psychosomatique sans diagnostic principal psychiatrique ou psychosomatique**	
	TP70Z	*idem*

Parmi les catégories principales de pathologies affectant les personnes hospitalisées, la catégorie des troubles dépressifs (TP27) est située en tête en terme de fréquence avec 29,4% des cas. Suivent les cas de schizophrénie et troubles psychotiques aigus (TP25) avec 14,8% des cas et le groupe des troubles du comportement liés à l'abus d'alcool (TP20) qui est associé à 13,8% des cas (G 2).

Nombre de séjours par PCG, en 2018 **G 2**



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS) © OFS 2020

Le tableau T 1 présente le détail du nombre de séjours, leur durée cumulée et durée moyenne pour tous les groupes de coûts psychiatriques (PCG) de la structure tarifaire. Les troubles dépressifs chez le patient adulte (TP27B) couvrent plus d'un quart de tous les séjours (27,8%). Le trouble dépressif chez le patient mineur (TP27A) ne représente en revanche que 1,6% des séjours. Les cas de schizophrénie et des troubles psychotiques aigus pour les patients adultes sans diagnostic secondaire somatique de complication (TP25C) arrivent en seconde position en terme de fréquence de séjours, avec 12,5% des cas. En troisième position se trouve le PCG regroupant les troubles névrotiques, les troubles liés à des facteurs de stress et les troubles somatoformes, chez le patient adulte (TP28B: 11,6%).

En ce qui concerne le nombre de jours de soins, les deux PCG du groupe de base des troubles dépressifs (TP27A et TP27B), couvrent ensemble 33,0% des journées hospitalières totales en 2018. La durée de séjour moyenne la plus longue concerne les patients atteints de troubles physiques, retards mentaux ou troubles du développement et âgés de moins de 18 ans (TP30A), avec 47,1 jours en moyenne. Les cas de schizophrénie et troubles psychotiques aigus pour les patients de moins de 18 ans (TP25A) suivent en terme de durée, avec 43,4 jours. Les séjours les plus courts en revanche, d'une durée moyenne de 21,0 jours, concernent les cas de troubles du comportement liés à l'abus d'alcool sans diagnostic secondaire de complication chez l'adulte (TP20B). Les troubles névrotiques, liés à des facteurs de stress ou somatoformes chez le patient adulte (TP28B) suivent en terme de brièveté du séjour, avec 21,1 jours en moyenne. A noter que les PCG caractérisés par une classification impliquant une consommation de ressources moindres (PCG de type B ou C) sont généralement également associés à une durée de séjour moyenne inférieure (exceptions faites pour les groupes TP24 et TP30).

2 Les fournisseurs de soins psychiatriques en 2018

2.1 Du regroupement par typologie...

Divers types d'hôpitaux dispensent des soins psychiatriques stationnaires. Sur les 77 hôpitaux prodiguant de tels soins en 2018, 50 sont des cliniques psychiatriques, 12 des établissements avec prise en charge centralisée, 8 des établissements avec soins de base et 7 sont des cliniques de réadaptation ou d'autres cliniques spécialisées (tableau T 2). En terme de séjours, la grande majorité a eu lieu au sein de cliniques psychiatriques (72,6%), alors qu'un quart des séjours a eu lieu dans un établissement de soins généraux (prise en charge centralisée ou soins de base). Il en va de même pour les jours de soins: la grande majorité des journées en psychiatrie ont eu lieu dans une clinique psychiatrique, avec près de 81,0% des journées, pour 16,3% des journées en établissements de soins généraux. En ce qui concerne la durée des traitements, celle-ci est en moyenne la plus courte dans les hôpitaux de soins généraux avec 19,8 jours. La durée est de 33,8 jours en moyenne pour les cliniques psychiatriques.

Coûts

Les informations sur les coûts pour les hôpitaux, générés par les soins psychiatriques stationnaires et prodigués dans le cadre de la LAMal, sont disponibles pour 74 des 77 établissements[1]. En 2018, les séjours en psychiatrie couverts par l'assurance obligatoire de soins ont globalement généré des coûts pour les hôpitaux s'élevant à quelque 1,793 milliard de francs, dont 81% sont assumés par les cliniques psychiatriques et 17% par les hôpitaux

[1] Les 74 hôpitaux ayant transmis une information sur les coûts correspondent à 99,1% des séjours et 99,7% des jours de soins.

Séjours par PCG

T1

PCG	Libellé	Séjour		Durée de séjour		
		Total	%	Total	%	Moyenne
TP20A	Troubles du comportement liés à l abus d alcool avec un diagnostic secondaire de complication ou âge < 18 ans	6 150	7,35	160 753	6,34	26,14
TP20B	Troubles du comportement liés à l abus d alcool sans un diagnostic secondaire de complication, âge > 17 ans	5 359	6,41	112 745	4,45	21,04
TP21A	Troubles du comportement liés à l abus de drogues et d'autres substances avec un diagnostic secondaire de complication ou âge > 75 ans	3 246	3,88	90 234	3,56	27,80
TP21B	Troubles du comportement liés à l abus de drogues et d'autres substances sans un diagnostic secondaire de complication, âge < 76 ans	2 135	2,55	56 886	2,24	26,64
TP24A	Troubles en cas de démence ou de maladie d'Alzheimer et autres troubles du SNC avec un diagnostic secondaire de complication, avec délire ou âge < 18 ans	1 991	2,38	66 283	2,61	33,29
TP24B	Troubles en cas de démence ou de maladie d'Alzheimer et autres troubles du SNC avec un diagnostic secondaire de complication, sans délire, âge > 17 ans	1 974	2,36	79 829	3,15	40,44
TP24C	Troubles en cas de démence ou de maladie d'Alzheimer et autres troubles du SNC sans un diagnostic secondaire de complication	2 387	2,85	50 954	2,01	21,35
TP25A	Schizophrénie ou troubles psychotiques aigus, âge < 18 ans	156	0,19	6 762	0,27	43,35
TP25B	Schizophrénie ou troubles psychotiques aigus, âge > 17 ans avec un diagnostic secondaire somatique de complication	1 839	2,20	77 302	3,05	42,03
TP25C	Schizophrénie ou troubles psychotiques aigus, âge > 17 ans sans un diagnostic secondaire somatique de complication	10 412	12,45	350 717	13,83	33,68
TP26A	Troubles affectifs avec un diagnostic secondaire somatique de complication ou âge < 18 ans	407	0,49	17 040	0,67	41,87
TP26B	Troubles affectifs sans un diagnostic secondaire somatique de complication, âge > 17 ans	2 122	2,54	65 652	2,59	30,94
TP27A	Troubles dépressifs, âge < 18 ans	1 299	1,55	45 431	1,79	34,97
TP27B	Troubles dépressifs, âge > 17 ans	23 266	27,81	792 097	31,23	34,05
TP28A	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress ou troubles somatoformes, âge < 18 ans	1 201	1,44	32 302	1,27	26,90
TP28B	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress ou troubles somatoformes, âge > 17 ans	9 689	11,58	204 425	8,06	21,10
TP29A	Troubles de la personnalité et du comportement, âge < 18 ans	241	0,29	8 311	0,33	34,49
TP29B	Troubles de la personnalité et du comportement, âge > 17 ans	4 901	5,86	140 330	5,53	28,63
TP30A	Troubles physiques, retards mentaux ou troubles du developpement, âge < 18 ans	1 235	1,48	58 141	2,29	47,08
TP30B	Troubles physiques, retards mentaux ou troubles du developpement, âge > 17 ans avec retards mentaux ou troubles du comportement	519	0,62	16 840	0,66	32,45
TP30C	Troubles physiques, retards mentaux ou troubles du developpement, âge > 17 ans sans retards mentaux ou troubles du comportement	1 358	1,62	50 272	1,98	37,02
TP70Z	Traitement psychiatrique ou psychosomatique sans diagnostic principal psychiatrique ou psychosomatique	1 696	2,03	48 850	1,93	28,80
TP96Z	*PCG d'erreur*	*72*	*0,09*	*3 839*	*0,15*	*53,32*
Total		**83 655**	**100,00**	**2 535 995**	**100,00**	**30,31**

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS)

© OFS 2020

Séjours et coûts par typologie d'hôpital

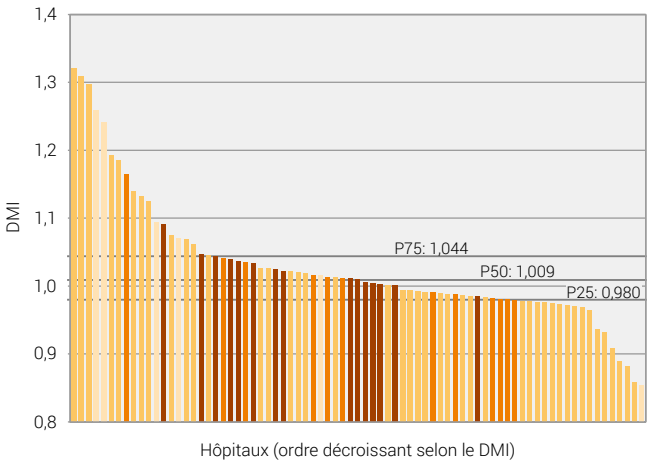
T2

Typologie	Hôpitaux	Séjour		Durée de séjour			Coûts (francs)		
		Total	%	Total	%	Moyenne	Total (millions)	Par séjour	Par jour
Prise en charge centralisée	12	17 151	20,50	335 097	13,21	19,54	245 093 738	14 637	734
Soins de base	8	3 772	4,51	78 147	3,08	20,72	54 472 405	14 573	700
Cliniques psychiatriques	50	60 751	72,62	2 054 956	81,03	33,83	1 459 984 554	24 032	710
Cliniques de réadaptation	3	1 401	1,67	50 385	1,99	35,96	27 062 521	19 317	537
Autres cliniques spécialisées	4	580	0,69	17 410	0,69	30,02	6 540 678	21 949	615
Total	**77**	**83 655**	**100,00**	**2 535 995**	**100,00**	**30,31**	**1 793 153 896**	**21 622**	**709**

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

© OFS 2020

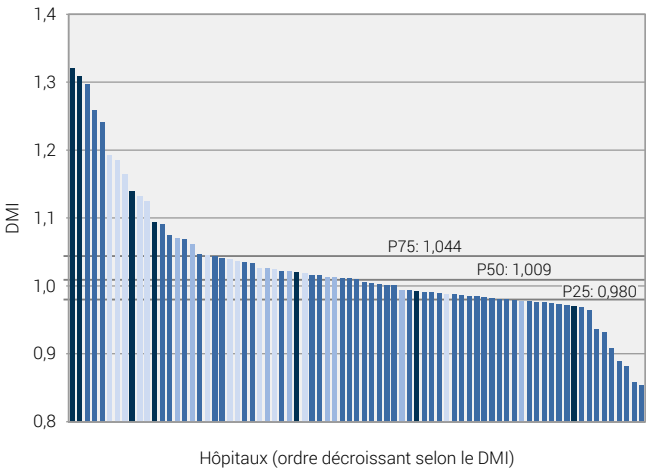
Distribution du DMI selon la taille de l'hôpital, en 2018 **G 3a**



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

© OFS 2020

Distribution du DMI selon la typologie de l'hôpital, en 2018 **G 3b**



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

© OFS 2020

Méthode et données

Source des données

Les données proviennent de la statistique des hôpitaux (KS) et de la statistique médicale des hôpitaux (MS).

Sélection des hôpitaux (KS)

Tous les hôpitaux déclarant maintenir une activité psychiatrique, et ayant transmis des données de séjour psychiatriques, telles que définies ci-dessous, sont inclus.

Sélection des séjours (MS)

Sont inclus tous les séjours stationnaires des hôpitaux définis ci-dessus, selon la date de sortie, lorsqu'une des conditions suivantes est satisfaite:

– Le séjour a lieu dans une clinique psychiatrique (type K 21)
– Le séjour est associé à un centre de prestations d'activités de psychiatrie (M500)
– Le diagnostic principal du séjour correspond à un cas psychiatrique (code F de la classification CIM-10 GM 2016).

Seuls les cas associés à une prise en charge des soins de base par l'assurance-maladie obligatoire sont considérés, excluant ainsi 2141 cas sur un total initial de 85 799 séjours en 2018.

De plus, les séjours avec durée négative sont ignorés (3 cas en 2018 pour lesquels les congés indiqués excèdent la durée entre l'admission et la sortie), et la durée est plafonnée à 720 jours (28 cas affectés par une réduction de la durée de séjour à 720 jours pour l'année de relevé 2018).

Typologie

Le typologie des hôpitaux provient de la statistique des hôpitaux (KS). Les 5 catégories majeures suivantes sont utilisées: prise en charge centralisée (K 11), soins de base (K 12), cliniques psychiatriques (K 21), cliniques de réadaptation (K 22) et autres cliniques spécialisées (K 23).

Coûts

Les coûts totaux correspondent à la somme des coûts, directs et indirects, de tous les cas administratifs pour les séjours stationnaires psychiatriques qui sont à la charge de l'assurance obligatoire de soins. Sont notamment exclus tous les coûts des prestations non liées aux cas, par exemple les coûts associés à la recherche et à la formation. Les données proviennent de la statistique des hôpitaux (KS).

Données tarifaires TARPSY

Les données tarifaires (attribution des cas à un PCG, détermination du cost-weights) sont obtenues via le grouper TARPSY de SwissDRG SA. La version de tarification 2018, TARPSY 1,0, du grouper est utilisée.

Tarifs journaliers (2016 et 2017) et base-rate TARPSY (2018)

Les tarifs applicables dans chaque hôpital proviennent des informations publiées sur les sites web administratifs cantonaux, lorsque disponibles, ou directement des services de santé publique cantonaux. Sont considérés les tarifs pour la psychiatrie adulte en soins aigus. Pour chaque séjour, le tarif par hôpital le plus faible est pris en compte lorsque différents tarifs sont en vigueur pour les différentes communautés d'assureurs (les résultats présentés sont cependant très proches si le tarif le plus élevé est considéré). Lorsque le tarif définitif n'est pas disponible, le tarif provisoire est appliqué.

de soins généraux. En terme de coûts par séjour, un traitement stationnaire en clinique psychiatrique est considérablement plus onéreux qu'un traitement dispensé dans les autres types d'hôpitaux. La moyenne par cas est de 24 032 francs dans les cliniques psychiatriques contre 14 625 francs pour les séjours psychiatriques en hôpitaux de soins généraux. La différence de durée moyenne de séjour, doublement plus longue dans les cliniques psychiatriques, explique en partie cette différence. En ce qui concerne le coût par jour de soins, celui-ci varie entre 537 francs par jour pour les séjours ayant eu lieu au sein de cliniques de réadaptation, à 734 francs pour les séjours dans les hôpitaux de prise en charge centralisée. Pour les cliniques psychiatriques, le coût moyen par jour est de 710 francs.

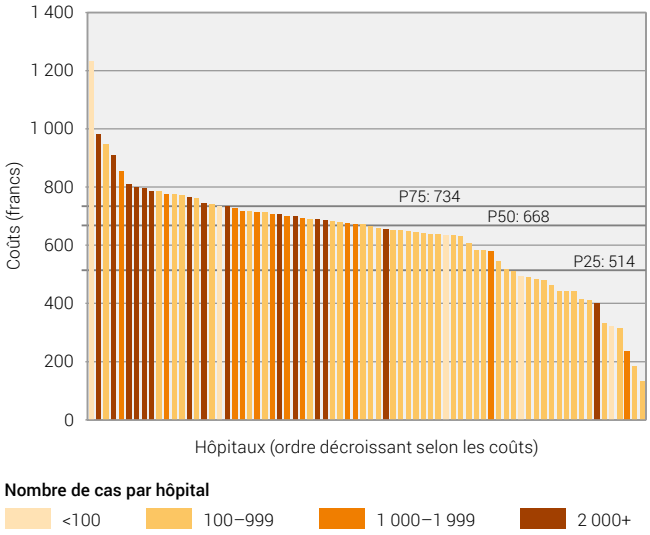
2.2 ... au détail par hôpital

La comparaison des coûts générés par les séjours psychiatriques telle qu'établie ci-dessus ignore l'impact de la sévérité des cas pris en charge dans les différents hôpitaux. La distribution du Day-Mix Index (DMI)[2] par hôpital démontre en effet une grande variation, avec un minimum à 0,8532 et un maximum à 1,3204 pour une médiane à 1,0093. Il n'y a pas de schéma clair qui ressort lorsque la distribution du DMI est dessinée en fonction de la taille de l'hôpital (G 3a). Tout au plus, les hôpitaux traitant un nombre moindre de cas (inférieur à 100) sont associés à une valeur de DMI plus élevée (1,0820, contre 1,0037 pour les hôpitaux de taille supérieur à 100). En revanche, la dimension de la typologie semble mieux faire ressortir un pattern lié au DMI (G 3b). Il apparaît en effet que les hôpitaux de soins généraux et le groupe des autres cliniques (y compris cliniques de réadaptation) sont associés à un DMI plus élevé, aux médianes respectivement de 1,0310 et 1,0937, que les cliniques psychiatriques (médiane à 0,9900). Dans le cas des hôpitaux de soins généraux, ceci peut en partie être dû à la durée de séjour moyenne moindre associée à ce type d'établissements, le DMI étant décroissant avec la durée de séjour moyenne.

Une mesure de coûts par hôpital permettant d'intégrer la gravité moyenne des cas revient à exprimer les coûts comme le ratio entre les coûts totaux associés aux séjours stationnaires en psychiatrie et la somme des cost-weights effectifs, cette dernière valeur (le case-mix) capturant la sévérité totale des cas traités dans un hôpital. Le montant exprimé correspond ainsi au coût journalier, dans un hôpital donné, pour un cas de sévérité unitaire. Les coûts ainsi ajustés pour la gravité démontrent une variation importante entre les hôpitaux (G 4a). L'hôpital médian affiche un coût ajusté journalier de 668 francs par jour de soins. La taille de l'hôpital, en terme de nombre de séjours, semble être déterminante pour expliquer cette variation. En effet, les hôpitaux de plus grande taille apparaissent plus fréquemment avec une valeur élevée de coûts journaliers ajustés pour la gravité. La médiane pour les hôpitaux comptant plus de 2000 séjours en 2018 se situe en effet à 745 francs, contre 645 francs pour les hôpitaux de moins de 2000 cas.

[2] Le **Day-Mix Index** (DMI) est une mesure synthétique décrivant la sévérité moyenne des cas traités dans un hôpital. Il correspond au ratio entre la somme des cost-weights effectifs des cas de l'hôpital et la durée totale des séjours concernés

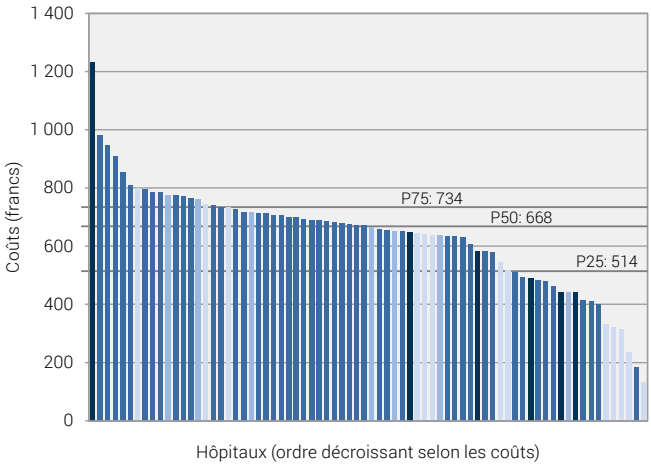
Distribution des coûts ajustés costs-weights selon la taille de l'hôpital, en 2018 **G 4a**



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

© OFS 2020

Distribution des coûts ajustés costs-weights selon la typologie de l'hôpital, en 2018 **G 4b**



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

© OFS 2020

En revanche, la typologie semble moins déterminante pour comprendre la distribution des coûts ajustés (G 4b). La médiane des coûts ajustés pour les hôpitaux avec prise en charge centralisée (639 francs) est légèrement inférieure à la même statistique pour les hôpitaux de soins de base (666 francs). Les coûts médians sont les plus élevés auprès des cliniques psychiatriques (684 francs). Les autres cliniques, peu nombreuses dans l'analyse, se distinguent avec un coût médian de 537 francs.

3 Comparaison du régime TARPSY avec les forfaits journaliers

3.1 Évolution de la pratique de codage

L'entrée en vigueur de TARPSY représente un changement de paradigme en terme de pratique, au sein des hôpitaux, de la saisie d'information sur les cas stationnaires. Sous le régime TARPSY, la qualité et la quantité d'informations relevées par le personnel médical et soignant au cours du séjour devient déterminante pour la rémunération des séjours. Cet état de fait est observable par l'augmentation du nombre de codes diagnostiques relevés par cas, passant de 2,88 en 2016 à 4,14 en 2018 (G 5). De même, le nombre de codes de procédures est passé d'une moyenne de 0,94 en 2016 à 18,92 en 2018[3].

Cette augmentation de données récoltées se retrouve dans la distribution des cas au sein des groupes de coûts psychiatriques de base (G 6). Dans ce graphique, le système TARPSY (version de tarification 2018) est appliqué aux séjours 2017 également. Pour la plupart des groupes de coûts psychiatriques de base, la complication est plus importante en 2018 (proportion plus grande de PCG de type A). À noter que pour les groupes TP27, TP28 et TP29, seul l'âge est un critère déterminant pour la complication (type *A* ou *B*).

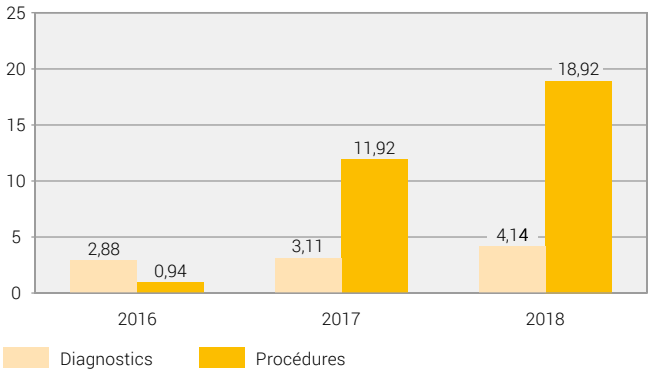
3.2 Évolution de la rémunération par jour de soins

Afin d'estimer l'impact de TARPSY sur les finances des hôpitaux, l'évolution des recettes par jour de traitement est calculée pour la période 2016 à 2018. Seuls les séjours de patients adultes (âgés de 18 ans et plus) sont considérés pour cette analyse, dans la mesure où TARPSY est entré en vigueur au 1er janvier 2018 pour les cas stationnaires en psychiatrie adulte. Pour les enfants et adolescents, l'implémentation de TARPSY était cette année-là encore optionnelle. Les hôpitaux ne figurant pas sur une liste hospitalière cantonale pour les prestations stationnaires psychiatriques sont exclus, ces hôpitaux n'étant pas soumis au régime TARPSY.

En l'absence de données effectives disponibles sur les montants facturés par cas, la somme des montants théoriquement facturables est calculée sur la base du tarif par hôpital et du nombre de jours de soins totaux (2016 et 2017) ou du cost-weight total selon TARPSY pour 2018. Le ratio de la somme des montants théoriquement facturés sur le nombre total de jours de soins fournit l'estimation du tarif journalier psychiatrique en milieu hospitalier en Suisse. Les éventuelles rémunérations supplémentaires ne sont pas prises en compte. Le tableau T 3 montre que, durant les deux dernières années du régime tarifaire de forfaits journaliers, le tarif journalier moyen calculé de tous les cas adultes est passé de 653 francs en 2016 à 660 francs en

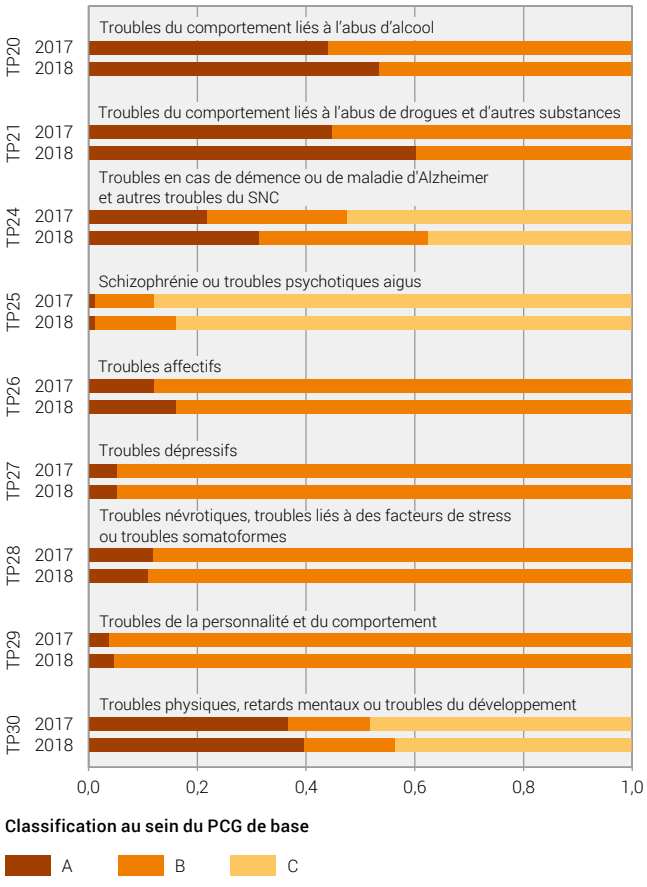
[3] La comparaison avec 2016 des codes de procédure doit être considérée avec réserves. Les codes de procédures (CHOP) décrivant l'état du patient à l'admission et à la sortie, basés sur l'échelle HoNOS ou HoNOSCA et déterminants pour l'attribution d'un cas à un PCG, n'ont été inclus dans la classification CHOP qu'à partir de l'année 2017. Avant cela, les scores des patients sur l'échelle HoNOS et HoNOSCA étaient relevés de manière séparée, notamment à une fin d'amélioration de la qualité.

Nombre moyen de codes saisis par cas, de 2016 à 2018 **G 5**



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS) © OFS 2020

Distribution des cas par complications, en 2017 et 2018 **G 6**



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS) © OFS 2020

Comparaison avant-après TARPSY – cas adultes T3

Année	Hôpitaux	Séjours	Durée de séjour moyenne	DMI	Tarif journalier moyen (francs)
2016	71	78 397	30,68	0,98150	653,1
2017	70	80 639	29,65	0,98838	660,2
2018	71	77 743	30,01	0,99265	681,2

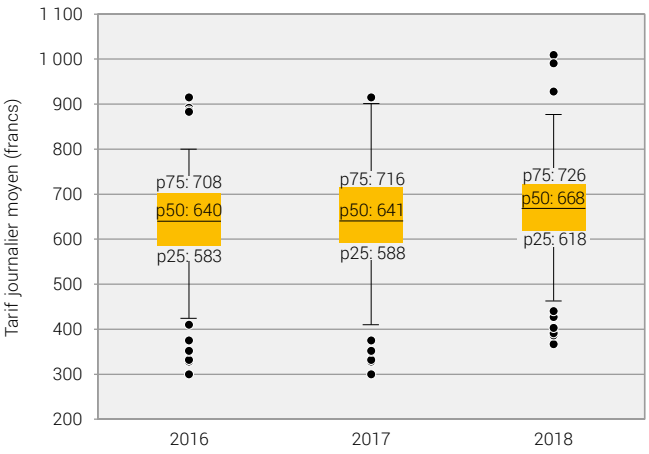
Note: Seuls les hôpitaux inclus dans une liste hospitalière cantonale pour la psychiatrie sont pris en compte.

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS) © OFS 2020

2017 (augmentation de 1,1%). En 2018, le tarif moyen calculé sur tous les cas adultes s'élève à 681 francs par jour, soit une augmentation de 3,2% par rapport à 2017. Cette augmentation apparaît également dans la distribution des tarifs journaliers moyens facturables (G7). Bien qu'une augmentation soit constatée aussi bien entre 2016 et 2017 qu'entre 2017 et 2018, différents points de la distribution indiquent que la hausse a été plus forte sur la deuxième période. C'est le cas par exemple pour l'hôpital médian, pour lequel le tarif journalier facturable moyen a augmenté de 4,3% entre 2017 et 2018, alors qu'il a augmenté de 0,1% entre 2016 et 2017.

En ce qui concerne la facture globale associée à la LAMal, celle-ci dépend également du nombre de séjours et de leur durée moyenne. Malgré le fait que le nombre de séjours de patients adultes ait baissé entre 2017 et 2018 et que la durée moyenne de ces séjours soit restée relativement stable, l'augmentation estimée précédemment du tarif journalier moyen impliquerait une hausse des coûts totaux pour les patients adultes de 0,7% (contre 0,5% entre 2016 et 2017).

Distributions du tarif journalier facturable moyen, de 2016 à 2018 G7



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS) © OFS 2020

Éditeur:	Office fédéral de la statistique (OFS)
Renseignements:	Service d'informations Santé, OFS, tél. 058 463 67 00
Rédaction:	Gian-Paolo Klinke, GESV
Série:	Statistique de la Suisse
Domaine:	14 Santé
Langue du texte original:	français
Mise en page:	section DIAM, Prepress/Print
Graphiques:	section DIAM, Prepress/Print
En ligne:	www.statistique.ch
Imprimés:	www.statistique.ch Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel, order@bfs.admin.ch, tél. 058 463 60 60 Impression réalisée en Suisse
Copyright:	OFS, Neuchâtel 2020 La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales, si la source est mentionnée.
Numéro OFS:	2036-2000