Forum CC

Pourquoi les DRG?

Dans un éditorial paru dans le Bulletin des médecins suisses au début de cette année (BMS 2008; 89: 4), l'auteur se demandait, à propos de la création de la société SwissDRG SA le 18 janvier 2008, si tout vient à point pour qui sait attendre?

Pour y répondre de manière simple et directe, je dirai: *NON*.

Pourquoi les politiciens du domaine de la santé en Suisse estiment-ils nécessaire d'introduire un système que les Australiens (le premier pays d'implantation des DRG) sont en train d'abolir parce qu'il n'a pas fait ses preuves? Pourquoi ne sommes-nous pas à même de tirer les leçons des expériences faites en Allemagne – le pays des DRG par excellence – étant donné que SwissDRG est une copie du modèle allemand et que là-bas, toutes les personnes et instances impliquées en pâtissent? En Allemagne, et c'est bien là le paradoxe, l'on préférerait appliquer le système actuellement en vigueur en Suisse. Voilà qui devrait attirer notre attention! Nous faut-il vraiment réinventer la roue?

Mais pourquoi donc certaines personnes veulent-elles absolument qu'en Suisse nous empruntions cette voie difficile et vaine des DRG?

Par expérience, nous savons qu'une ingérence trop forte du monde politique dans le domaine de la santé a toujours des conséquences négatives. Il suffit de se remémorer l'introduction du TARMED: vanté comme étant LA solution salvatrice pour les médecins de premier recours, le TARMED n'a finalement entraîné que des restrictions, une grande charge administrative et d'importantes pertes pour une grande partie des médecins.

Pourquoi, alors, cette fièvre des DRG?

Ma proposition: *Stopper immédiatement l'introduction des DRG* et maintenir le système actuellement en vigueur et avéré.

«Les sots doivent faire des erreurs pour apprendre, alors que les personnes astucieuses tirent des leçons des erreurs d'autrui pour les éviter.»

PD Dr Daniel F. à Wengen,
ORL/ Chirurgie cervico-faciale,
Binningen

A propos de la prise de position de la CNE quant à l'introduction des DRG dans les hôpitaux et du rôle de la FMH dans ce processus

1. La CNE s'exprime quant à l'introduction des DRG dans les hôpitaux suisses

La prise de position de la Commission nationale d'éthique au sujet de l'introduction des DRG dans les hôpitaux suisses est alarmante [1]. Le seul avantage de ce système est qu'il permet une meilleure vue d'ensemble de la structure des coûts et de l'efficacité des hôpitaux. En revanche, ses désavantages sont nombreux, à savoir:

- Les DRG ne permettent pas d'économiser des coûts. Ils engendrent au contraire de nouvelles dépenses administratives qui entraînent une hausse des primes d'assurance-maladie.
- Les coûts hospitaliers économisés sont transférés sur les traitements prodigués en ambulatoire, secteur qui n'est, pour l'instant, pas encore en mesure d'assumer entièrement cette tâche, surtout en ce qui concerne les soins à domicile. Par conséquent, les proches, et plus particulièrement les femmes, devront de plus en plus, au niveau de la famille, effectuer des tâches de prise en charge non rémunérées.
- Les DRG nuisent fortement aux soins médicaux et infirmiers. On ne tient plus compte des diagnostics secondaires, car cela entraînerait des pertes financières pour les hôpitaux. L'information des patients et la prise en charge de problèmes psychosociaux sont devenus quasiment impossibles pendant les courtes durées d'hospitalisation. Les réhospitalisations dues à des sorties prématurées et le taux d'erreurs lors commises du passage d'un traitement hospitalier à un traitement ambulatoire entraîneront de nouvelles baisses de la qualité de la prise en charge médicale.
- De plus, les conditions de travail des médecins hospitaliers vont se détériorer. Le stress quotidien lié à l'introduction des DRG et les rotations de patients plus fréquentes feront qu'outre une charge administrative plus importante, les médecins devront – à l'encontre de leur éthique professionnelle – prendre des décisions de rationnement qui, à terme, mettront en péril la relation de confiance à la base de la relation thérapeutique. Alors que les

risques d'épuisement professionnel augmentent, l'arrêt de la profession représente une solution possible. En Allemagne, par exemple, les hôpitaux comptent plus de 5000 postes vacants [2].

Ce bilan est inquiétant et c'est pourquoi la CNE n'exige pas seulement un débat public, mais aussi une recherche concomitante. Dans son chapeau à l'article sur la CNE [1], P.-F. Cuénoud du Comité central de la FMH, précise que les médecins ont toujours insisté sur «le maintien d'une entière liberté thérapeutique et mis en garde contre les limites de la concurrence dans le domaine de la santé» et qu'ils ont d'emblée «prôné une recherche à large échelle». Mais les conclusions de la CNE sont-elles vraiment si nouvelles? Et cette recherche concomitante est-elle véritablement nécessaire?

2. Le rôle de la FMH lors de l'introduction des DRG dans les hôpitaux suisses

En 2004, les forfaits par cas ont été introduits dans les hôpitaux allemands. Cette procédure a bénéficié d'une recherche scientifique concomitante. Les résultats, défavorables au système, ont été publiés dans le «Deutsches Ärzteblatt» du 17 novembre 2006 [3]. A l'époque, la FMH travaillait encore, en collaboration avec les autres partenaires de l'Association SwissDRG, à l'élaboration d'une forme helvétique des forfaits par cas liés au diagnostic.

La recherche concomitante effectuée par notre voisin allemand ne suffit-elle donc pas? La FMH ne lit-elle pas le Deutsches Ärzteblatt ou pense-t-elle réellement pouvoir dompter le dragon de la concurrence du domaine de la santé au moyen d'une version suisse des DRG? La FMH ne s'est-elle jamais demandé pourquoi, dans un nombre de plus en plus important de cliniques, la moitié des médecins sont d'origine allemande [2]?

La FMH n'a pas saisi l'occasion de tirer les conclusions de la débâcle allemande en ce qui concerne les DRG et elle est en train de nous entraîner dans un bourbier similaire à celui provoqué par l'ancien président de la FMH à l'époque du TARMED. La FMH a omis de se retirer à temps de l'Association SwissDRG et de lancer, en janvier 2008, un référendum contre le nouveau plan de financement des hôpitaux. La «recherche concomitante à large échelle» prônée par notre confrère Cuénoud n'est qu'une simple feuille de vigne servant à cacher la honte de la FMH face à ses erreurs analytiques et stratégiques. Que faire alors?

3. Sortie de secours

Même si cela fait sourire les réalistes et les pragmatiques, il n'y a qu'une seule voie possible pour la FMH si l'on tient compte des expériences faites en Allemagne: empêcher l'introduction DRG! Il est totalement illusoire de croire qu'une version suisse des DRG permettrait d'apporter plus que quelques retouches cosmétiques à ce système grotesque.

La FMH ferait bien de s'engager pour un moratoire contre l'introduction des DRG et de trouver rapidement des partenaires forts à cet effet, à l'instar de la démarche adoptée par la votation du 1er juin 2008. La Chambre médicale allemande et le Marburger Bund nous ouvrent la voie avec leur campagne à large échelle visant à sauver les hôpitaux [4].

Le temps presse. L'introduction des DRG devrait avoir lieu dans trois ans. Mais dans moins d'une décennie, il y aura des pleurs et des grincements de dents et nous aurons la nostalgie de la situation actuelle.

Ou pour le dire selon les mots de Karl Valentin [5]: «L'époque actuelle est le bon vieux temps de demain».

Dr David Winizki,
Médecin généraliste FMH, Zurich

1 Introduction de forfaits par cas liés au diagnostic dans les hôpitaux suisses. Prise de position no 15/2008 de la NEK-CNE. Bull Med Suisses. 2008;89(36):1533-6.

2 A. Cortesi in Tagesanzeiger-Online vom 2.10.2007.

3 Flintrop J. Auswirkungen der DRG-Einführung: Die ökonomische Logik wird zum Mass der Dinge. Dtsch Ärztebl. 2006:103(46): A-3082 / B-2683 / C-2574.

4 www.rettung-der-krankenhaeuser.de

5 Dans le film «Der Firmling» von 1934.

Réponse aux lettres de lecteur du PD Dr Daniel F. à Wengen et du Dr David Winizki

Chers Confrères,

C'est avec intérêt que nous avons pris connaissance de vos déclarations. Afin de cantonner le débat à un niveau objectif, les précisions suivantes sont nécessaires:

– Au niveau légal, l'introduction d'une rétribution hospitalière par des forfaits liés aux diagnostics a été scellée dans la dernière adaptation de la LAMal : ce point a été l'un des rares à n'être combattu par aucune force politique. Le délai référendaire étant passé, cette révision entrera en force le 1.1.2009, avec des dis-

positions transitoires rendant son application contraignante au 1. 1. 2012.

– Il est vrai que la facturation des prestations hospitalières selon des forfaits de type DRG nécessite une saisie exhaustive des données. Celle-ci a été longtemps négligée, les statistiques fournies à l'OFS n'étant contrôlées par personne et n'ayant qu'une signification épidémiologique. A ce point de vue, une adaptation ne peut être que bénéfique, tous les intervenants du système hospitalier ayant un intérêt évident à une saisie la plus représentative possible de leurs prestations, ainsi que le prévoit la comptabilité analytique REKOLE de H+.
– Il est indéniable qu'à l'ère des DRG, les séjours hospitaliers ont tendance à se limiter à l'essentiel, avec un report partiel d'activité dans le domaine ambulatoire. En cas d'abus, ceci peut naturellement représenter une situation dangereuse. En revanche, appliqué avec discernement et pour autant que l'infrastructure nécessaire soit présente, ce principe est plutôt bénéfique, permettant au patient de retrouver rapidement son environnement familier et la fonction du médecin de premier recours étant ainsi valorisée. Il en résulte naturellement un besoin accru de collaboration et de communication entre ce dernier et les médecins hospitaliers.
– La question du rationnement est légitime. Les DRG sont susceptibles de mener de manière larvée à une telle réalité. Afin de prévenir ce genre d'évolution, il est nécessaire de procéder à un état des lieux avant puis pendant l'application du nouveau système tarifaire, au moyen d'une recherche concomitante à large échelle. Cette recherche ne doit pas seulement examiner les conséquences pour les patients, mais aussi le devenir de la structure hospitalière en général ainsi que les conditions de travail du personnel. Contrairement à ce que vous pensez, une telle recherche n'a justement pas été effectuée en Allemagne, ce dont se plaignent amèrement nos collègues de ce pays.
– Dès le début, la FMH a établi des contacts étroits avec nos confrères allemands. Ceux-ci n'ont pas été inclus dans l'élaboration de la structure tarifaire G-DRG, seules les sociétés de discipline étant consultées dans le processus d'adaptation annuel. C'est sur leurs conseils que nous avons décidé d'être partenaires à part entière du projet dès son départ: ceci a permis de faire entendre notre voix et d'insuffler la sensibilité du corps médical à de nombreuses occasions.
– Même si plusieurs médecins hospitaliers allemands sont opposés à G-DRG, les instances dirigeantes de la Bundesärztekammer en charge de ce dossier confirment ne pas vouloir revenir à un autre système tarifaire mais favoriser l'exploitation des potentialités de G-DRG et voir enfin une recherche concomitante crédible démarrer.
– En Suisse, 7 cantons facturent leurs prestations hospitalières aiguës selon un système DRG dans le domaine de l'assurance maladie, 17 d'entre eux le font dans le domaine de l'assurance accident. Le Tessin et quelques cantons romands ont introduit une telle rétribution forfaitaire avant l'Allemagne. Curieusement, les effets dévastateurs dont vous faites mention n'ont pas été observés dans notre pays et les cantons concernés ne se sont pas transformés en «désert sanitaire». La meilleure participation du corps médical à la direction de nos établissements hospitaliers explique probablement cela, nos instances administratives aussi bien que les autorités politiques cantonales faisant encore preuve de respect face à l'éthique médicale.

De manière générale, les DRG sont un instrument puissant susceptible de mettre à jour des défauts structurels dans les organisations hospitalières. Refuser l'introduction d'un tel mode de financement ne fait que reculer l'échéance à laquelle la correction de ces défauts deviendra nécessaire. Afin que celle-ci se fasse dans les meilleures conditions, il est indispensable que les médecins, à tous les niveaux, s'impliquent dans les processus décisionnels, dans les hôpitaux, dans les cantons aussi bien qu'à l'échelon national.

Dr Pierre-François Cuénoud,
membre du Comité central de la FMH,
responsable du domaine SwissDRG