

SwissDRG: l'introduction au 1^{er} janvier 2012 est-elle réaliste?

Comme tout projet d'envergure nationale, l'élaboration de la future structure tarifaire hospitalière SwissDRG est dépendante de la mise en œuvre des nombreux éléments qui la composent: d'éventuels retards à ce niveau sont susceptibles de ralentir l'ensemble du processus. Etant donné que l'application de SwissDRG à tous les établissements hospitaliers suisses est imposée par la loi au 1^{er} janvier 2012, il est illusoire de spéculer sur une introduction retardée du système. Tout incident, toute modification par rapport au programme établi, n'aura donc pour seule conséquence que la mise à disposition d'un système de moindre qualité à l'échéance prévue.

En l'état actuel, plusieurs de ces chantiers intermédiaires n'avancent pas à la vitesse souhaitée et doivent faire l'objet d'une attention soutenue dans les mois qui viennent:

La FMH a décidé d'apporter sa pierre à l'édifice dès la première heure, afin d'inclure constamment nos préoccupations dans les réflexions et les décisions

- Le Bureau fédéral de la statistique n'a pas les ressources nécessaires pour faire face à la grande quantité de propositions d'amélioration du code des interventions CHOP, qui ont été préparées avec beaucoup de soin et d'engagement par nos sociétés de discipline. Il est indispensable que les adaptations nécessaires de l'outil statistique soient faites rapidement, afin d'être prises en compte dans les prochaines saisies de données et de pouvoir ainsi être intégrées à la logique du système. Consciente de cela, SwissDRG SA a recruté deux spécialistes qui vont épauler le BFS pendant plusieurs mois pour accélérer cette modification du CHOP.
- La saisie des données hospitalières dans les établissements de référence n'est pas toujours de qualité suffisante, la comptabilité analytique de nos hôpitaux n'étant souvent pas encore assez rigoureuse. Il en résulte naturellement des imprécisions dans les calculs des coûts. Les recommandations pour l'établissement d'une comptabilité analytique crédible et complète sont contenues dans le manuel REKOLE: H+ les Hôpitaux de Suisse fait pression sur ses membres pour que tous s'y conforment rapidement.
- La prise en compte des investissements et des frais d'utilisation des installations dans les DRG fait sens; néanmoins, elle représente une nouveauté par rapport aux autres systèmes DRG utilisés jusqu'à présent et en vigueur à l'étranger. La définition de ces montants sera difficile, beaucoup d'établissements hospitaliers ayant des actifs annexes sans rapport direct avec leur mission de santé. REKOLE prévoit la manière de recenser les coûts afférents imputables mais les ordonnances fédérales sont plus restrictives. Une analyse comparée des deux systèmes a été mandatée.
- Le financement des innovations n'a pas encore été réglé. Si son principe est admis, ses modalités restent à définir,

pouvant aller d'une négociation particulière de chaque assureur avec chaque prestataire à une reconnaissance liant les partenaires à une échelle plus large, sous le contrôle éventuel des cantons. Une décision devra être prise prochainement si l'on veut que la situation soit clarifiée à l'introduction du système.

Les actionnaires de SwissDRG SA sont conscients de ces difficultés et font preuve d'un esprit de collaboration manifeste, tout en ne reniant pas leurs idéaux. Il en résulte une dynamique intéressante, avec une volonté affermie de faire aboutir le projet. Le Casemix Office, avec des moyens encore très limités, abat un travail considérable et de bonne qualité. A tous les niveaux, l'implication des médecins s'est révélée indispensable et productive. En effet, plutôt que de baisser les bras ou de s'enfermer dans une opposition sans issue, la FMH a décidé d'apporter sa pierre à l'édifice dès la première heure, afin d'inclure constamment nos préoccupations dans les réflexions et les décisions.

SwissDRG est un système évolutif qui verra les différentes versions se succéder à un rythme annuel. A son introduction au 1^{er} janvier 2012, la structure tarifaire ne sera pas aboutie mais on peut raisonnablement penser qu'elle reproduira 80% des cas de manière acceptable. En plus de la recherche concomitante nécessaire à plus large échelle, il s'agira de cerner rapidement les imperfections pour pouvoir implémenter les corrections dans les versions suivantes.

Tous ne seront pas égaux face aux DRG. Dans plusieurs cantons, les établissements hospitaliers connaissent un tel système et s'y sont déjà adaptés, certains d'entre eux étant même devenus financièrement autonomes sans plus de recours à la garantie de l'Etat. En revanche, les hôpitaux qui passeront brutalement à SwissDRG au 1^{er} janvier 2012 peuvent nourrir de légitimes inquiétudes. Il est difficilement acceptable qu'une pénalité financière implacable sanctionne d'emblée les moins performants: ceux-ci doivent avoir le temps d'analyser leurs données, de se poser les questions adéquates et de s'adapter. Les responsables politiques, particulièrement au niveau des cantons, en sont tout à fait conscients et envisagent d'amortir le choc par des garanties financières, probablement au cours des deux premières années.

De manière générale, cet accroissement de la responsabilité financière de nos hôpitaux va nécessiter un renforcement de leur gouvernance, qui ne pourra être réalisé valablement qu'avec la collaboration active des responsables médicaux. Ceux-ci sont d'ailleurs toujours plus nombreux à suivre des formations postgrades en gestion, prouvant ainsi leur intérêt pour l'imbrication des problèmes. Une collaboration étroite entre directions administrative et médicale est indispensable: elle permettra de maîtriser, à l'échelon local, les conséquences de l'introduction de SwissDRG et de garantir le maintien de notre liberté thérapeutique pour le bien de nos patients.

Dr P.-F. Cuénoud, Membre du Comité Central de la FMH, Responsable du domaine SwissDRG