SwissDRG version 1.0: l'analyse de la FMH

Le 1er janvier 2012, nous y serons: c'est en effet à cette date que sera introduit le système de forfaits par cas dans les hôpitaux de soins stationnaires aigus en Suisse. SwissDRG SA a récemment publié la version 1.0 de SwissDRG et l'a soumise au Conseil fédéral pour approbation. Le présent article résume les principaux éléments de la prise de position de la FMH [1] sur cette version et présente les points pour lesquels il est nécessaire d'agir sur le plan national.

Beatrix Meyer[a], *Petra Ingenpass*[b]

a Cheffe du Service tarifaire de la FMH et du domaine SwissDRG

b Dr méd., suppléante du domaine SwissDRG de la FMH

Qualité insuffisante des données

La qualité des données de coûts et de prestations des hôpitaux servant de base au calcul reste insuffisante. On a ainsi constaté une saisie incorrecte des prestations chez un tiers des hôpitaux pilotes. Malgré tout, 78% des coûts relatifs ont pu être calculés sur la base de données suisses, soit nettement plus que dans la version 0.3. Pour les 22% restants, on a eu recours à des coûts relatifs allemands (helvétisés). Afin d'améliorer la qualité des données à l'avenir, tous les hôpitaux de soins somatiques aigus devront dès 2012 relever non seulement les données relatives aux prestations, mais également les données relatives aux coûts. En outre, SwissDRG SA a instauré REKOLE® comme standard minimum obligatoire en matière de comptabilité analytique et a élaboré des instructions complémentaires.

Importants changements dans la systématique des groupes de cas

Malgré des données insuffisantes, de nombreuses transformations parfois complexes ont été entreprises dans la version 1.0 de SwissDRG, qui compte désormais 1052 forfaits par cas [2]. De nombreux DRG ont été transférés de certaines MDC (Major Diagnostic Categories) spécifiques à un organe dans la pré-MDC générale, ce qui complique l'élaboration d'une évaluation propre aux unités spécialisées. En outre, un grand nombre de DRG ont été supprimés ou regroupés, soit qu'ils concernent peu de cas ou qu'aucun cas ne leur est attribué en raison du manque de différenciation de la CHOP 11.

Selon la FMH, il aurait fallu attendre que les procédures différenciées de la version 2011 de la CHOP actuellement en vigueur soient intégrées dans le système SwissDRG, ce qui sera le cas en 2014 avec la version 3.0 de SwissDRG, avant de supprimer et de regrouper ces DRG. A contrario, l'actuelle version 1.0 de SwissDRG repose sur la version précédente peu différenciée de la CHOP 11 et ne tient pas encore compte des quelque 8000 codes CHOP proposés par les sociétés de discipline en vue d'une saisie différenciée des prestations.

Seulement cinq rétributions additionnelles

Les rétributions additionnelles sont indispensables pour pouvoir rémunérer les procédures et les médicaments coûteux de manière appropriée. Or la Suisse débute avec seulement cinq [3] rétributions additionnelles, raison pour laquelle il faut s'attendre à des distorsions. Les quelque 200 demandes de rétributions additionnelles déposées par les sociétés de discipline n'ont jusqu'ici pas été prises en compte; selon SwissDRG SA, l'état des données ne le permettait pas. En outre, la demande formulée par la FMH de donner la possibilité aux hôpitaux de livrer à court terme des données complémentaires a été rejetée. La collecte des données continuera ainsi dans le cadre du relevé ordinaire, ce qui constitue une perte de temps non négligeable. A la demande de la FMH, SwissDRG SA doit présenter d'ici à juin 2011 un calendrier pour la suite du traitement des demandes. Certes, la mesure statistique R^2 de la réduction de variance a pu être augmentée par rapport à la version précédente [4]; mais cette valeur pourrait encore être améliorée grâce à la prise en compte de rétributions additionnelles supplémentaires jugées indispensables par les sociétés de discipline.

Indemnisation séparée des innovations

L'élaboration d'un code CHOP, du dépôt de la demande à la reprise du code dans le système SwissDRG, prend cinq ans. Cette durée diminue toutefois grâce aux nouvelles possibilités qu'offre le codage par analogie. Les partenaires tarifaires peuvent convenir d'une rémunération des méthodes d'investigation et de traitement novatrices hors de la structure tarifaire pour la période précédant leur prise en compte dans le système. Les fournisseurs de prestations doivent présenter à cet effet, données à l'appui, les raisons pour lesquelles la prestation concernée n'est pas couverte par le système SwissDRG.

Si les assureurs contestent malgré tout le fait qu'il s'agit d'une prestation relevant de l'assurance obligatoire des soins (AOS), c'est au Département fédéral de l'intérieur (DFI) de trancher. Les prestations qui d'après le DFI relèvent de l'AOS mais qui ne sont,

Correspondance:
Beatrix Meyer
Service tarifaire FMH
Froburgstrasse 15
CH-4600 Olten
Tél. 031 359 11 11
Fax 062 287 96 90

swissdrg@fmh.ch

après examen par SwissDRG SA, pas reproduites dans le système SwissDRG, seront rémunérées séparément jusqu'à leur intégration effective dans le système. La rémunération est réglée par des conventions entre les partenaires tarifaires. Mais reste à savoir si les hôpitaux obtiendront gain de cause lors de leurs négociations tarifaires pour une indemnisation adéquate en temps réel.

Cinq rétributions additionnelles pour les procédures et médicaments coûteux ne suffisent pas.

Incertitudes quant à l'indemnisation des coûts d'utilisation des infrastructures

En raison de l'insuffisance des données, il a fallu se rabattre sur une solution transitoire normative de trois ans pour l'indemnisation des coûts d'utilisation des infrastructures. Il était prévu d'instaurer un supplément normatif national, exprimé en %, sur le prix de base, mais aucun accord n'a pu être trouvé entre les partenaires tarifaires sur le plan national à l'heure où nous bouclons ce numéro du Bulletin des médecins suisses. Indépendamment de cela, il faut s'attendre à des distorsions au cours des trois prochaines années en raison des procédures qui ne sont pas étayées par des données.

Autres aspects importants

Plusieurs aspects, jugés essentiels par le corps médical mais ne faisant pas partie intégrante de la structure tarifaire, ne sont à ce jour pas résolus. Citons par exemple l'exigence des assureurs de transmettre systématiquement tous les codes de diagnostic et de procédures. La FMH a plus d'une fois signalé qu'il s'agit là d'une exigence non seulement inutile, en raison de l'efficacité de la vérification du codage, mais qui va également à l'encontre de la volonté du législateur [5]. Pour continuer à garantir la protection des données relatives aux patients, la FMH a adressé une lettre au conseiller fédéral Didier Burkhalter et s'engage dans ce dossier avec H+, le Préposé à la protection des données et les représentants des patients.

Un autre aspect central pour le corps médical est la question des incitatifs: il faut en effet continuer à inciter les hôpitaux à former des médecins-assistants, même après l'introduction de SwissDRG. A cet effet, les travaux entrepris dans le cadre de la plateforme «Avenir de la formation médicale» de l'OFSP doivent rapidement conduire à une solution sur le plan national.

Conclusion: des réglementations nationales sont nécessaires

L'analyse de la version 1.0 de SwissDRG confirme qu'il est nécessaire d'élaborer une réglementation transitoire nationale de trois ans, comme l'exige depuis longtemps la FMH, afin d'amortir les distorsions du système. En Allemagne, l'introduction des DRG a également été accompagnée d'une mesure de précaution: on avait alors en effet défini pour les hôpitaux une phase neutre en termes de budget. Ce n'est qu'à l'aide de telles mesures que l'on peut éviter aux hôpitaux faisant du bon travail de subir des pertes financières uniquement à cause d'un système SwissDRG qui n'est pas encore au point. Jusqu'ici, les partenaires tarifaires n'ont toutefois pas pu s'entendre sur l'élaboration concrète d'une réglementation transitoire. C'est donc à présent au Conseil fédéral de faire pression sur les partenaires tarifaires afin qu'ils se mettent d'accord sur une solution efficace.

Il est essentiel que les partenaires tarifaires règlent les questions encore en suspens au niveau national et qu'ils ne se contentent pas d'accords cantonaux ou d'accords basés sur des conventions tarifaires séparées. Une réglementation nationale est nécessaire, non seulement en vue de la réglementation transitoire visant à amortir les distorsions du système, mais également pour la gestion des données sensibles des patients, la rémunération des coûts d'utilisation des infrastructures ou encore la formation postgraduée médicale. Des réglementations cantonales ou des réglementations basées sur des conventions tarifaires entraîneraient des inégalités entre les hôpitaux. La transparence et la possibilité de comparer les hôpitaux entre eux ainsi qu'une véritable concurrence en termes de prix et de qualité, telles que le souhaite le monde de la politique de la santé ne pourraient pas être atteints de cette manière.

Références

1 cf. www.fmh.ch → Tarifs → SwissDRG

2 La version 0.3 de SwissDRG comprenait 1134 DRG.

3 Il s'agit de trois rétributions additionnelles éprouvées relatives à la greffe de reins, qui étaient déjà incluses dans la version 0.3 de SwissDRG. Dans la version 1.0 viennent s'ajouter une rétribution additionnelle pour le traitement d'hémophiles avec des facteurs de coagulation, et une rétribution additionnelle «Coûts d'implantation d'un cœur artificiel». La rémunération de ces deux dernières rétributions additionnelles se fait à l'aide d'un prix d'achat, les éventuels rabais et autres promotions convenus entre l'hôpital et les assureurs étant partagés en parties égales.

4 SwissDRG version 1.0, R^2 pour le nombre total de cas calculés: 0.6039, R^2 des inliers: 0.7488.

5 Lang G, Kuhn HP, Meyer B, Ingenpass P, Wagner J. La révision du codage externe et professionnelle permet de garantir la protection des données, Bull Méd Suisses 2010; 91(34):1265–8.

Kuhn HP. Arrêt du 29 mai 2009: pas de décision phare pour l'introduction de SwissDRG. Bull Méd Suisses. 2011;92(16/17):605.