



Tyler Olson | Dreamstime.com

Multimorbidité selon SwissDRG: mise à jour

Thomas Beck^a, Christine Gersching^b, Jörg Leuppi^c, Georg Mang^d, Kerstin Schlimbach^e, Jacques Donzé^f, Lars Clarfeld^g

^a Clinique de médecine interne générale, Hôpital de l'Île, Berne, membre de la commission DRG de la Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG);

^b Déléguée DRG de la Société Suisse de Médecine Interne Générale, CGM, Beratung im Gesundheitswesen, Meggen, membre de la commission DRG de la SSMIG; ^c Clinique universitaire de médecine, Hôpital cantonal de Bâle-Campagne, Liestal, membre de la commission DRG de la SSMIG; ^d Clinique de médecine interne, Hôpital cantonal d'Uri, Altdorf, membre de la commission DRG de la SSMIG; ^e Clinique de médecine interne, Hôpital d'Einsiedeln, Schwyz, membre de la commission DRG de la SSMIG; ^f Réseau Hospitalier Neuchâtelois, Département de Médecine, Neuchâtel, membre de la commission DRG de la SSMIG; ^g Dr méd., secrétaire général de la SSMIG, Berne

La multimorbidité concerne de nombreux patients. Les frais de traitement doivent être couverts de manière adéquate. Or, malgré la création de nouvelles catégories de complexité clinique du patient (PCCL 5 et 6), le traitement des personnes multimorbides reste économiquement peu attractif, ce qui crée de fausses incitations.

La multimorbidité, généralement définie comme la présence d'au moins deux maladies chroniques, sera probablement de plus en plus fréquente, a une influence néfaste sur la qualité et l'espérance de vie et conduit à des traitements ambulatoires et stationnaires plus fréquents et plus coûteux [1].

Si l'on suit cette définition purement dichotomique, la multimorbidité n'est pas l'exception mais la règle en médecine hospitalière aiguë. Selon des études récentes menées en Suisse, un peu plus de 80% des cas étaient multimorbides dans les soins tertiaires stationnaires et entre près de 40 et 90% des cas dans les cas médicaux à tous les niveaux de soins selon la catégorie d'âge [2, 3].

Multimorbidité selon SwissDRG

La présence de complications et/ou de comorbidités (CC) peut compliquer et renchérir le traitement des maladies. C'est pourquoi SwissDRG SA considérait déjà, lors de l'introduction de la classification SwissDRG en 2012, qu'il était essentiel d'identifier la gravité différente d'une maladie et d'en tenir compte lors du remboursement [4].

Comme nous l'avons vu plus haut, la définition de la multimorbidité habituellement utilisée ne convient guère pour déterminer de manière différenciée la complexité médicale d'un cas. Selon SwissDRG, un «niveau de complexité clinique du patient» (PCCL) est donc

déterminé pour chaque cas dans le cadre d'une procédure complexe et subdivisé (jusqu'en 2021) en cinq niveaux de sévérité qui peuvent avoir une influence sur le remboursement.

Situation économique actuelle

La prise en compte, visée par SwissDRG SA, de la différence de sévérité d'une maladie dans le contexte d'éventuelles comorbidités et/ou complications lors du remboursement permet de s'attendre à ce que la charge de traitement plus élevée soit couverte de manière adéquate dans des constellations complexes typiques des cas multimorbides.

En 2018 déjà, la SSMIG a analysé en détail la situation économique des patients multimorbides selon SwissDRG [5]. Nous avons constaté entre 2013 et 2016 que les cas présentant des comorbidités et des complications extrêmement sévères (PCCL 4) affichaient constamment un déficit environ dix fois plus élevé que ceux sans comorbidités ni complications significatives (PCCL 0). Nous en avons conclu que la compensation visée des surcoûts pour les cas médicalement complexes n'était pas suffisamment mise en œuvre dans la pratique.

Nous avons eu à plusieurs reprises l'occasion de discuter en détail avec SwissDRG SA de cette situation insatisfaisante à nos yeux.

Par la suite, dans le cadre des présentations annuelles du système de SwissDRG SA, il a été rendu compte à plusieurs reprises des efforts visant à améliorer la représentation des cas complexes.

En y regardant de plus près, seuls des groupes de cas restreints, généralement particulièrement complexes sur le plan technique, tels que ceux issus de la médecine intensive, ont été pris en compte.

Dans le système DRG allemand sur la base duquel SwissDRG a été développé à l'origine, le système PCCL a été complété dès 2016 par deux niveaux supplémentaires pour un degré particulièrement élevé de comorbidités et de complications (PCCL 5 et 6).

Selon les déclarations de SwissDRG SA, une mise en œuvre analogue proposée par la SSMIG depuis plusieurs années s'est avérée techniquement irréalisable sur la base de la logique de groupage appliquée jusqu'à présent.

Transformation du système dès 2022

Pour la version actuelle du système 11.0, SwissDRG SA a développé en interne deux niveaux PCCL supplémentaires (PCCL 5 et 6) et procédé à d'autres modifications complètes du système, la représentation différenciée

des cas complexes s'étant avérée difficile du point de vue de SwissDRG SA et la multimorbidité n'étant pas suffisamment représentable [6, 7].

Cette nouvelle formule de calcul permet donc de disposer à partir de cette année de 7 niveaux PCCL au lieu de 5. En outre, après plus d'un millier de simulations préliminaires, 36 splits PCCL ont été créés, dont 12 avec l'établissement de la condition de split «CC les plus sévères» (PCCL 5 et/ou 6), ce qui augmente d'environ 10% le nombre de DRG prenant en compte le PCCL.

Ces modifications entraînent également une redistribution complexe des cas dans les nouvelles catégories PCCL. On remarque d'une part l'augmentation significative du pourcentage de cas avec PCCL 1 et d'autre part aussi une légère augmentation du PCCL 0. D'autre part, le nombre de cas dans la catégorie PCCL 3 diminue sensiblement et celui dans la catégorie PCCL 4 très net-

Selon SwissDRG, un «niveau de complexité clinique du patient» est déterminé pour chaque cas dans le cadre d'une procédure complexe.

tement. Les catégories PCCL 5 et 6 nouvellement créées ne regrouperont toutefois que 0,7% de tous les cas et ciblent dans un premier temps des DRG hautement spécialisés qui ne jouent aucun rôle pour la médecine hospitalière aiguë/interne générale dans la plupart des hôpitaux (fig. 1).

Analyses économiques actuelles

Les transformations complexes du système décrites avec l'objectif déclaré par SwissDRG SA d'une représentation différenciée des cas multimorbides suggèrent l'hypothèse selon laquelle le résultat financier dépendrait moins de la complexité des cas que les années précédentes.

Afin de vérifier cette hypothèse, la SSMIG a analysé des données médicales et des fichiers des coûts, toutes anonymisées, de 2019 et les a également simulées selon V9.0, V10.0 et V11.0.

Près de 531000 enregistrements de 38 hôpitaux de toutes les catégories hospitalières et de toutes les régions linguistiques de Suisse étaient disponibles.

Les résultats compilés et entièrement anonymes ont été analysés avec le soutien d'un comité d'experts (commission DRG) issu des rangs de la SSMIG.

Résultats

Les analyses réalisées sur la base des enregistrements SwissDRG 2019 montrent toujours que le déficit moyen augmente de manière significative avec l'augmenta-

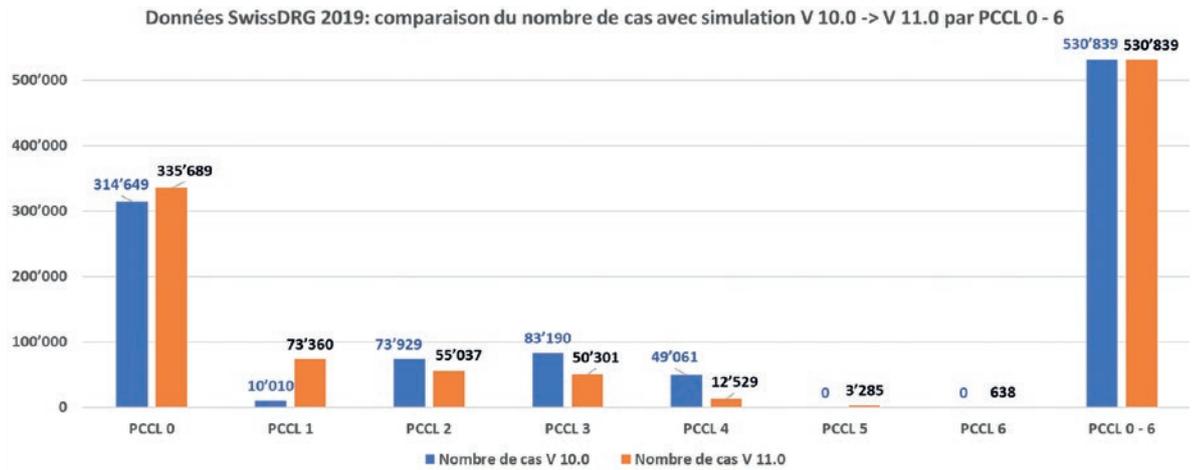


Figure 1: Comparaison du nombre de cas par catégorie PCCL V11.0 vs V10.0.

tion du PCCL. Malgré la modification de la formule de calcul du niveau de complexité clinique du patient dans la version 11.0, cette tendance est encore accentuée: à l'exception des cas ayant un degré de sévérité 2, tous les autres cas présentent des déficits moyens plus élevés (fig. 2).

Le système 11.0 actuellement en vigueur n'est toutefois pas directement comparable aux versions précédentes en ce qui concerne les catégories PCCL en tant qu'expression de la complexité médicale des cas. C'est pourquoi nous avons simulé individuellement les collectifs des anciennes catégories PCCL 1 à 4 avec le système actuel et les avons analysés en détail.

La SSMIG accorde une grande importance à la représentation des patients multimorbides dans le système tarifaire SwissDRG. Dans ce contexte, les cas de la partition médicale présentant la sévérité la plus élevée ont été examinés de manière ciblée selon la logique de groupage avant les modifications de la formule de calcul PCCL.

Compte tenu du nombre de cas, la grande majorité d'entre eux obtiennent désormais un PCCL de 3 au lieu

de 4. Les nouvelles catégories 5 et 6 sont abordées dans une très faible mesure (fig. 3).

Si l'on considère les résultats moyens par cas, on constate que ceux-ci continuent à se dégrader dans l'ensemble des cas. Cet effet s'observe également dans les nouvelles catégories PCCL 3 et 4, qui regroupent la majeure partie des cas (fig. 4).

Discussion

L'attente d'une rémunération plus équilibrée des cas médicalement complexes suscitée par les adaptations complexes du système effectuées par SwissDRG SA ne semble pas être confirmée par les analyses approfondies de la SSMIG. Sur la base des données dont nous disposons, nous ne voyons aucun effet positif des importantes transformations du système DRG sur le remboursement des cas médicalement complexes. Comme par le passé, le PCCL et la complexité médicale des cas ainsi représentée ont une influence clairement négative sur le résultat économique. Selon nous, cela entraîne un désavantage concurrentiel pour les spé-

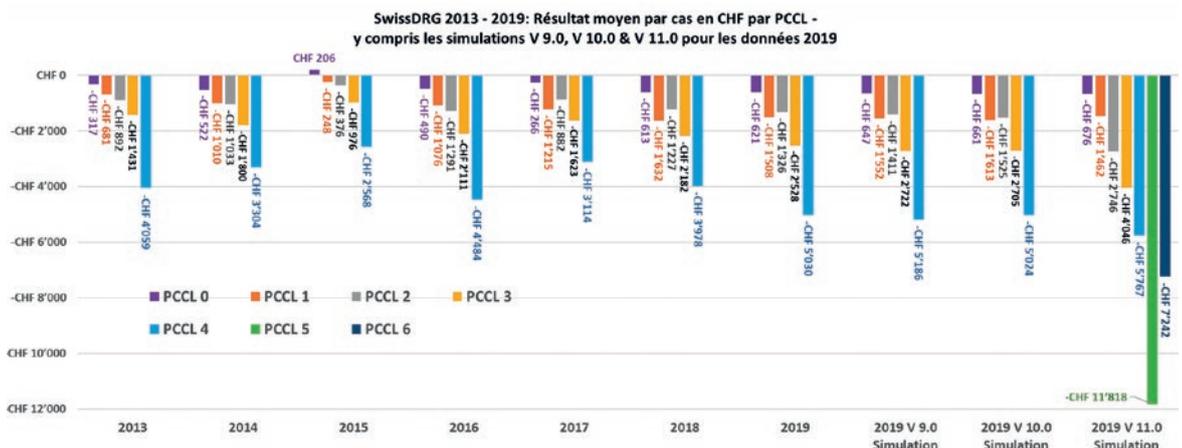


Figure 2: Résultat moyen par cas selon la catégorie PCCL pour les années 2013 à 2021, tous les cas.

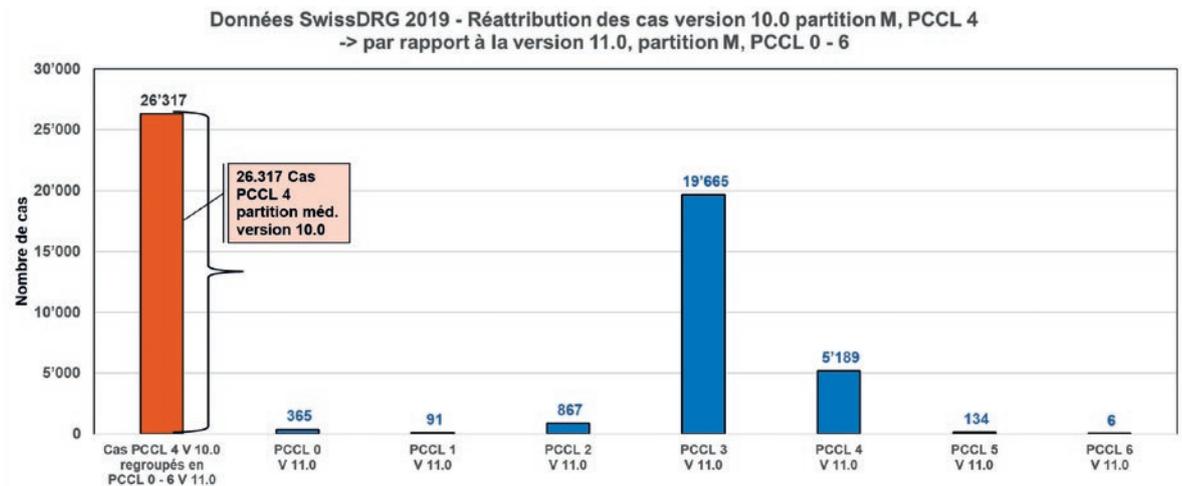


Figure 3: Nouvelle affectation des cas V11.0 vs V10.0, partition M, PCCL 4.

cialités et les hôpitaux qui comptent une grande proportion de cas médicalement complexes dans leur patientèle.

Le système V11.0 actuellement en vigueur n'est plus directement comparable aux versions précédentes. Des analyses complexes des cas qui présentaient un PCCL de 4 dans les versions précédentes et qui sont plus fréquents en médecine interne générale montrent toutefois que ce groupe de cas n'a pas été revalorisé, mais

dévalorisé dans le nouveau système, contrairement à ce qui avait été annoncé.

Nos analyses se heurtent toutefois à quelques difficultés méthodologiques:

- Nous ne présentons que des résultats simulés des versions SwissDRG 9.0 à 11.0 sur la base des données de 2019. Les données réelles de 2020 n'ont pas été utilisées pour les présentes évaluations, car les effets économiques de la pandémie de COVID-19

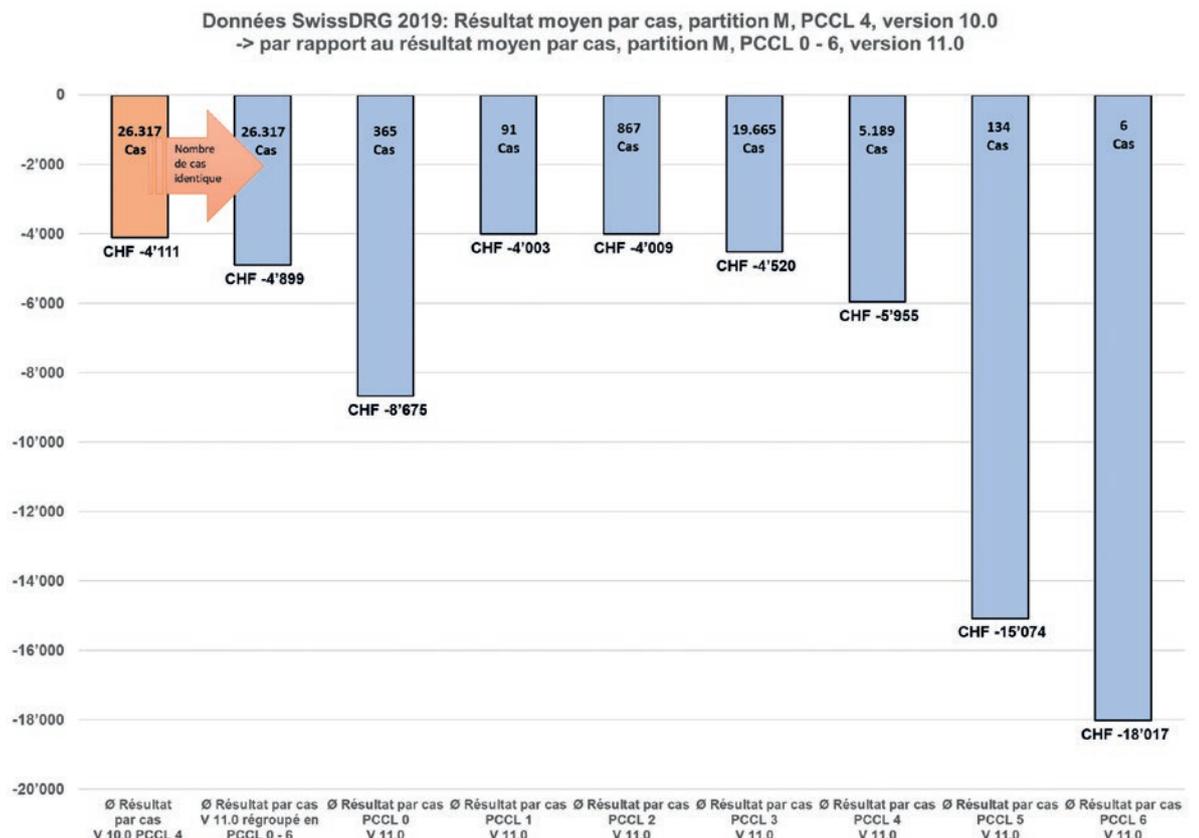


Figure 4: Analyses économiques détaillées V11.0 vs V10.0, partition M, PCCL 4.

rendent impossible, également du point de vue de SwissDRG SA, l'utilisation de l'année de données 2020 pour le développement du système [8].

- Nous ne disposons pas de tous les enregistrements des traitements stationnaires aigus en Suisse en 2019, mais tout de même de 40% d'entre eux. Les résultats présentés ici ne reflètent donc pas nécessairement la réalité de tous les hôpitaux. La relation réciproque entre le PCCL et le résultat financier se retrouve toutefois à des degrés divers dans la majorité des hôpitaux qui ont mis leurs données à notre disposition.
- Nos évaluations ne reflètent pas entièrement la réalité économique des hôpitaux fournisseurs. Les enregistrements dont nous disposons ne contiennent en effet que les revenus provenant de l'assurance obligatoire des soins. Cela est important d'une part pour les cas couverts par une assurance complémentaire, car des coûts plus élevés sont enregistrés pour les honoraires et l'hôtellerie, mais nous ne savons pas dans quelle mesure ceux-ci sont couverts par les prestations des assurances complémentaires. D'autre part, nous ne connaissons pas non plus les sources de revenus supplémentaires des hôpitaux, par exemple la rémunération des prestations universitaires.

Cela a probablement pour effet que les déficits rencontrés sont moins élevés en réalité.

L'examen à l'essai limité aux cas couverts par l'assurance de base n'élimine toutefois pas le rapport réciproque entre le PCCL et l'indemnisation dans les données à notre disposition.

Il ne serait pas opportun non plus de limiter nos évaluations aux cas relevant de l'assurance en division commune, car les patients bénéficiant d'une assurance complémentaire sont cliniquement différents, ne serait-ce qu'en raison de l'âge moyen plus élevé.

Perspectives

Le traitement des cas multimorbides, particulièrement complexes sur le plan médical, reste un défi aussi d'un point de vue économique.

Il apparaît que le potentiel du système PCCL pour améliorer la situation économique des cas particulièrement multimorbides est largement épuisé.

L'un des facteurs qui y contribuent est probablement que beaucoup, sinon la majorité, des DRG ne se prêtent pas à un split PCCL, car les coûts de ces cas de figure sont principalement liés aux performances techniques. Du point de vue de la SSMIG, une attention accrue devrait être accordée aux constellations cliniques complexes dans lesquelles la présence combinée de maladies augmente excessivement la charge de traite-

ment. On peut par exemple penser à des conflits dits thérapeutiques tels que la présence simultanée d'une hémorragie aiguë et d'un événement thromboembolique.

Dans ce contexte, SwissDRG SA a toujours besoin d'indications de la communauté clinique.

Remerciements

Nous remercions tous les hôpitaux impliqués pour la confiance qu'ils accordent en lien avec la livraison des données.

Dans un prochain numéro, SwissDRG SA abordera également ce sujet sous un angle différent.

Références

- 1 Bähler C, Huber CA, Brüngger B, Reich O. Multimorbidity, health care utilization and costs in an elderly community-dwelling population: a claims data based observational study. *BMC Health Serv Res.* 2015 Jan 22;15:23. doi: 10.1186/s12913-015-0698-2. PMID: 25609174; PMCID: PMC4307623
- 2 Aubert CE, Fankhauser N, Marques-Vidal P, Stirnemann J, Aujesky D, Limacher A, Donzé J. Multimorbidity and healthcare resource utilization in Switzerland: a multicentre cohort study. *BMC Health Serv Res.* 2019 Oct 17;19(1):708. doi: 10.1186/s12913-019-4575-2. PMID: 31623664; PMCID: PMC6798375
- 3 Müller M, Huembelin M, Baechli C, Wagner U, Schuetz P, Mueller B, Kutz A. Association of in-hospital multimorbidity with healthcare outcomes in Swiss medical inpatients. *Swiss Med Wkly.* 2021 Feb 5;151:w20405. doi: 10.4414/sm.w.2021.20405. PMID: 33578431
- 4 SwissDRG 1.0 version de tarification (2012/2012).
- 5 <https://doi.org/10.4414/saez.2018.06284>
- 6 Modifications de la version SwissDRG 11.0 par rapport à la version 10.0.
- 7 Présentation du système SwissDRG version 11.0/2022.
- 8 *Abbildung_Covid_DE.pdf* (swissdr.org).

L'essentiel en bref

- L'objectif de SwissDRG SA, qui est de rémunérer de manière adéquate les frais de traitement élevés pour les cas présentant plusieurs comorbidités et/ou complications, n'est pas encore atteint au vu des nombreuses données dont dispose la SSMIG.
- En dépit de profondes modifications du système, y compris l'introduction des niveaux PCCL 5 et 6 supplémentaires, le traitement des cas présentant un nombre élevé de comorbidités et/ou de complications est en moyenne nettement moins bien rémunéré selon les simulations de la SSMIG.
- Il en résulte un désavantage concurrentiel pour les spécialités médicales et les hôpitaux ou divisions hospitalières qui ont une grande part de cas médicalement complexes parmi leur patientèle.
- S'il reste plus attractif d'un point de vue économique de privilégier le traitement des cas peu complexes, la SSMIG estime que cela compromet la prise en charge adéquate de la part croissante de la population présentant plusieurs comorbidités.
- Le système PCCL à lui seul ne pouvant probablement pas remédier au désavantage économique des cas polymorbides d'après les expériences faites jusqu'ici, il faut trouver d'autres voies pour identifier les cas de figure particulièrement complexes.
- Une participation active des spécialistes médicaux au développement de SwissDRG reste nécessaire.