

Il est urgent d'élaborer une réglementation transitoire pour l'introduction de SwissDRG

De nombreux spécialistes savent que le système SwissDRG ne permettra pas d'emblée de reproduire et de facturer de manière précise les prestations de soins somatiques aigus. On parle communément d'une solution «80/20» ou d'un système «évolutif». Mais en même temps, certains décideurs souhaitent pouvoir «dégainer» le plus tôt possible avec ce nouveau système de financement. Le présent article passe en revue les points encore en suspens, aborde les incertitudes qui subsistent et énonce une proposition pour structurer la transition.

Oliver Peters

Directeur administratif
et financier du CHUV

Essais de simulation sur des bases incertaines

Les responsables d'hôpitaux des quatre coins du pays ont pris connaissance des versions préliminaires de SwissDRG et s'essayaient à des simulations de leur activité hospitalière en vue de préparer les négociations avec les assureurs. Beaucoup se réjouissent parce que le casemix sera probablement plus élevé, c'est-à-dire que leurs cas seront mieux rémunérés, mais sans vraiment savoir comment a évolué leur position relative par rapport à celle de l'ensemble des hôpitaux suisses; sans savoir quelles seront les conséquences des nouvelles réglementations en matière de délimitation des cas et de transfert sur leur hôpital; sans savoir si le système proposera plusieurs baserates, ou des rétributions additionnelles, et si oui, combien; et enfin, sans savoir de quels moyens ils disposeront pour couvrir les coûts d'investissements.

De nombreux chantiers sont encore en suspens

Rétributions additionnelles

Il est maintenant certain qu'au 1^{er} janvier 2012, la Suisse ne connaîtra des rétributions additionnelles que pour les dialyses, les pacemakers et les préparations de facteur VII.

Mais personne ne sait ce qu'il en est des échéances concernant une rémunération spécifique des médicaments ou implants supplémentaires et autres traitements onéreux (en Allemagne, les rétributions additionnelles représentent en moyenne 15–20%, et au plus 30%, du financement des hôpitaux universitaires [1]).

Facteurs externes

Jusqu'à présent, aucune procédure précise de financement n'a été définie en Suisse pour les facteurs externes, à savoir la formation des médecins-assistants, les différences régionales en matière de salaire et la composition sociale des patients.

Supplément de coûts en matière d'investissement

Le calcul du supplément de coûts en matière d'investissement n'est pour l'instant pas réglé. Le classement des coûts d'investissement prévu par l'OCP est dépassé et fait craindre un sous-financement systématique des hôpitaux publics existants.

Transition de l'ancienne à la nouvelle structure tarifaire

L'introduction des nouvelles versions de la CHOP et de la CIM, couplée avec celle de SwissDRG version 1.0, empêche de simuler de manière précise l'impact financier de la nouvelle structure tarifaire. Il faut donc s'attendre à une phase d'introduction de plusieurs années au cours de laquelle on risque d'assister à des variations significatives dans le calcul de la sévérité des cas. Des données d'une qualité appropriée, enregistrées avec les nouvelles classifications CHOP et CIM ne seront pas disponibles avant l'été 2013. D'ici là, il s'agira donc de naviguer à vue lors des négociations tarifaires.

Protection des données

Les dispositions du Tribunal administratif fédéral concernant l'information des patients et la protection des données lors de la transmission de codes de diagnostics et de procédures n'ont pas encore été mises en œuvre.

Réglementation des transferts

La réglementation empruntée à l'Allemagne concernant les compensations pour les transferts de patients ayant lieu avant la durée moyenne de séjour accordée par les DRG incitera à garder les patients plus longtemps qu'auparavant dans des hôpitaux hautement spécialisés.

Courbe d'apprentissage

L'introduction du système APDRG en Suisse romande nous a montré qu'il faut plusieurs années avant que

Correspondance:
Oliver Peters
Direction administrative et
financière
Rue du Bugnon 21
CH-1011 Lausanne
Tél. 021 314 55 31

la courbe d'apprentissage indiquant la qualité du codage atteint les 98-99 % (fig. 1). Durant la première année de l'introduction, la précision du codage se situe entre 80 et 90% dans la majeure partie des hôpitaux (par rapport au pourcentage des diagnostics principaux correctement codés). Lors de la sixième année, la plupart des fournisseurs de prestations se situent entre 95 et 100%. Cette courbe d'apprentissage est normale, elle comprend des erreurs dans les deux directions (en faveur et en défaveur des prestataires qui effectuent le codage), et elle peut en substance être appliquée à toute modification massive des classifications, comme ce que nous attend cette année

tèmes DRG ne se répartissent pas au hasard sur différents types d'hôpitaux, mais qu'ils touchent systématiquement les grands hôpitaux publics. Cela s'explique d'une part par le fait que les catégories de prestataires situées en amont (cliniques privées et hôpitaux régionaux) sont incitées, ont la possibilité et souvent également le mandat, de se concentrer sur un petit nombre de cas complexes, alors que les centres hospitaliers et les hôpitaux universitaires, qui se situent à l'autre bout de la chaîne, endossent la responsabilité finale du fonctionnement du système et disposent de l'équipement technique et du personnel nécessaire pour traiter les cas compliqués. Cette situation (qui s'ajoute aux

Il faut conserver les différents tarifs en fonction des différents types d'hôpitaux jusqu'à ce que la structure tarifaire soit suffisamment différenciée.

avec l'introduction de quelque milliers de codes CHOP. Nous devons donc nous attendre à une durée d'adaptation allant de 1 à 2 ans, même dans les hôpitaux qui connaissent déjà bien les (AP)DRG, jusqu'à ce que nous atteignons à nouveau un taux acceptable de précision en matière de facturation.

Les systèmes DRG ne peuvent pas tout

La littérature scientifique à ce sujet nous a appris que les systèmes DRG sont en mesure de saisir de manière prospective plus de 50% des différences individuelles en matière de coûts, et entre 70 et 75% si on intègre la rémunération des outliers (qui constitue un élément de correction rétrospectif) [2]. Nous savons également que les différences de coûts non reconnues par les sys-

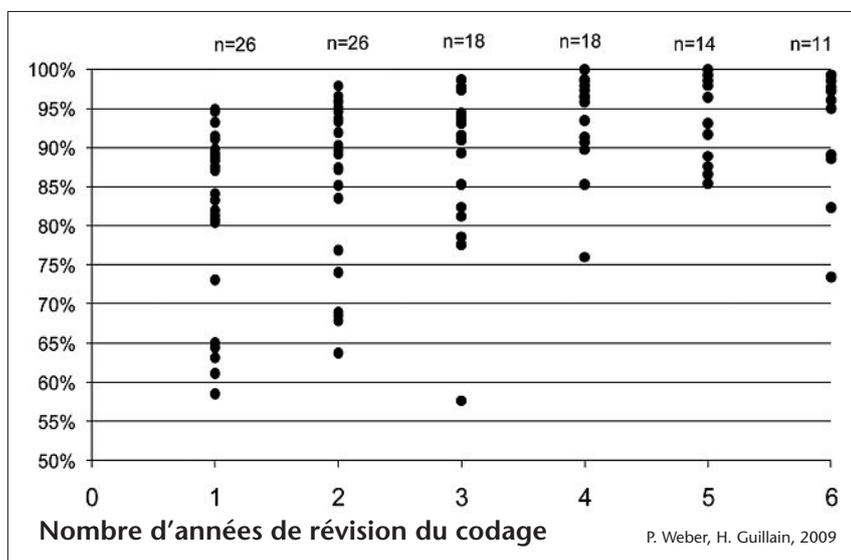
facteurs externes mentionnés plus haut) a été prise en compte dans tous les pays sauf en Suisse, en créant des systèmes de rétributions additionnelles élaborés [3].

Introduction: proposition

Toutes les incertitudes évoquées plus haut indiquent qu'il est impératif de conserver en parallèle les systèmes de financement actuels, au moins durant les deux premières années de l'introduction, sous la forme d'un compte témoin, et de compenser entièrement les variations imprévues de la sévérité – calculée – des cas à la charge et en faveur des hôpitaux. Il faut conserver différents tarifs pour les différents types d'hôpitaux jusqu'à ce que la structure tarifaire soit suffisamment différenciée (notamment au moyen de rétributions additionnelles). En outre, la structure tarifaire uniformisée doit également permettre des différences de tarifs en fonction des régions. Enfin, il convient de limiter l'écroulement (choix des patients les plus avantageux) en instaurant des mandats de prestations cantonaux clairs.

Figure 1

Diagnostiques principaux corrects par année de révision en pour cent (données de la révision du codage GE, JU, NE, VS, VD 2002-2007).



Références

- 1 Verband der Universitätskliniken Deutschlands VUD. Erhebung bei 31 Universitätskliniken für das Jahr 2009, stationäre Leistungen (Forschung und Lehre wird mit gesonderten Mitteln finanziert): Vereinbarte Erlösstruktur entsprechend der Vergütung nach Krankenhausentgeltgesetz und Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV).
- 2 Lynk WJ. One DRG, One Price? The Effects of Patient Condition on Price Variation Within DRGs and Across Hospitals. *International of Health Care Finance and Economics*. Vol. 1(2); 2001.
- 3 Zeynep et al. Les écarts des coûts hospitaliers sont-ils justifiables? Réflexions sur une convergence tarifaire entre les secteurs public et privé en France. Document de travail IRDES; mai 2009.