

Les DRG vont bousculer le système de santé

LUC SCHENKER EST PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION APDRG SUISSE QUI, DEPUIS 1997, A DÉVELOPPÉ ET MAINTENU LES APDRG EN VIGUEUR À CE JOUR. IL ÉTAIT JUSQU'À FIN 2006 DIRECTEUR FINANCIER DU CHUV À LAUSANNE. IL EST ACTUELLEMENT CHARGÉ DE MISSION AUPRÈS DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CHUV ET CHARGÉ DE COURS À L'INSTITUT D'ÉCONOMIE ET MANAGEMENT DE LA SANTÉ DE L'UNIVERSITÉ DE LAUSANNE. IL PRÉSENTE LE SYSTÈME DES DRG ET RÉPOND AUX QUESTIONS DE TRAIT D'UNION.

ORIGINE ET SIGNIFICATION DES DRG

Les DRG, pour Diagnosis Related Groups, ou en français «groupe homogène de malades» (GHM) ont été développés dans les années 70 à l'Université de Yale aux Etats-Unis par le Professeur Robert Fetter dans le but de standardiser les clientèles hospitalières, notamment dans un objectif de contrôle de qualité.

Ce système a été adopté par le gouvernement américain pour rembourser les hôpitaux dès 1983. Il s'est ensuite progressivement répandu en Europe.

Les groupes diagnostics sont construits sur la base du diagnostic principal, des diagnostics secondaires qui expriment une co-morbidité ou une complication et qui vont donc entraîner la classification du patient dans un groupe à sévérité plus ou moins élevée, ainsi que des codes d'interventions opératoires qui permettent de distinguer les patients chirurgicaux des patients médicaux. Suivant les familles de DRG, il y a entre 600 et 1'300 groupes. Un groupe doit être cohérent à la fois sur le plan médical (par



exemple, ne pas mélanger une opération cardiaque et une prothèse de hanche) et sur le plan économique.

LES DRG EN SUISSE

Les DRG ont commencé à être étudiés en Suisse au milieu des années 80 et ont fait l'objet d'un rapport concluant à l'intérêt de cette technique pour la Suisse (F. Paccaud, L. Schenker, DRG, perspectives d'utilisation, Masson, Paris, 1989). Dès la fin des années 90, suite à la décision du Conseil fédéral de généraliser la saisie des codes diagnostics et opératoires (ordonnance de 1997), une association regroupant des cantons, des hôpitaux et les assureurs-maladie et accidents ont décidé d'introduire les APDRG en Suisse sur une base volontaire. Les APDRG sont une variante de la solution utilisée par le gouvernement américain. Ils ont été adaptés aux données récoltées en Suisse.

En 2002, la facturation en APDRG débutait dans le canton de Vaud, qui a été la première région européenne à facturer les séjours hospitaliers en DRG. Depuis, une centaine d'établissements l'utilise soit pour l'assurance-accidents, soit pour l'assurance-maladie, soit pour les deux.

En 2004, les cantons, les assureurs-maladie et accidents, la Fédération des médecins et l'Association suisse des hôpitaux ont décidé de lancer un projet SwissDRG pour sélectionner la nouvelle génération de DRG pour la Suisse. Le choix s'est porté sur les DRG allemands (G-DRG) qui sont actuellement en cours d'«helvétisation» et devraient être utilisés dès 2010 pour l'ensemble de la Suisse en remplacement des APDRG. ■

Les DRG: plus nécessaires que «magiques»

Monsieur Luc Schenker, les hôpitaux publics et d'intérêt public vaudois ont été les premiers en Suisse à introduire le financement et la facturation par APDRG en 2002. Vous avez été l'initiateur de cette réforme, quel bilan en tirez-vous?

«L'introduction des APDRG pour le financement et la facturation des hôpitaux s'est très bien passée et après une première année d'inévitables «maladies de jeunesse», le système fonctionne de routine à satisfaction de tous les partenaires. Au CHUV, il couvre l'entier de la facturation, y compris les patients privés et les honoraires médicaux. Dans les établissements de la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV), seules les factures pour l'assurance obligatoire des soins sont faites en DRG. Le problème le plus important qui a entraîné des retards de facturation est celui du codage des opérations et des diagnostics. En effet, ce codage nécessite la mise à disposition du dossier médical après un séjour hospitalier et certains services fournissaient cette information avec retard. Les hôpitaux se sont réorganisés administrativement et aujourd'hui la quasi totalité de la facturation est faite, au plus tard, un mois après la sortie du patient.

S'agissant du financement des hôpitaux, les APDRG permettent à la fois de tenir compte de la variation des hospitalisations comme c'était le cas précédemment, mais également de la lourdeur des patients traités, ou plutôt de leur sévérité, puisqu'à chaque patient est affecté un nombre de points correspondant aux ressources nécessaires pour son traitement. Le nombre de points varie entre 0,126 point pour un nouveau-né décédé et 38,278 points pour une transplantation de moelle osseuse. La moyenne des séjours est égale à 1 et est basée sur un échantillon d'un million de séjours hospitaliers au niveau suisse.»

Les DRG sont-ils également utiles dans la gestion interne de l'hôpital?

«Dans la mesure où les DRG permettent de

PORTRAIT-EXPRESS

Luc Schenker est né en 1948. Après des études d'économie politique à l'Université de Neuchâtel, il a complété sa formation en économie de la santé, à l'Université de Yale. Il a occupé les fonctions d'économiste au Département des affaires sociales du canton de Vaud, puis a pris la responsabilité du financement des établissements sanitaires au Service de la santé publique de ce même canton et, enfin, est devenu directeur des finances au CHUV. Sur le plan académique, il a codirigé l'étude suisse sur les DRG entre 1985 et 1990 et, actuellement, est chargé de cours à l'Institut d'Economie et Management de la Santé de l'Université de Lausanne dans le

mesurer la «production hospitalière», c'est un instrument extrêmement utile à la gestion interne, notamment pour allouer des budgets aux différents services hospitaliers et pour les comparer entre eux ou avec d'autres hôpitaux.»

LES SWISSDRG EN PRÉPARATION

Qu'en est-il des DRG aujourd'hui sur le plan suisse?

«Plus d'une centaine d'établissements hospitaliers utilise les DRG. Le plus grand nombre les utilise dans le cadre des contrats avec l'assurance-accidents. C'est dans ce domaine également que certaines cliniques privées ont signé des conventions en APDRG. S'agissant de l'assurance-maladie, Santé Suisse a signé des conventions en APDRG dans la plupart des cantons romands, ainsi qu'en Suisse centrale. Depuis 2006, Santé Suisse a refusé de signer de nouvelles conventions en APDRG dans l'attente des SwissDRG, ce qui est regrettable parce que l'utilisation des APDRG est une excellente préparation à la mise en œuvre des SwissDRG.»

Dans un document (dossier politique, 19 février 2007) d'économiesuisse consacré au financement des hôpitaux, il est dit que «les groupes de diagnostic sont une condition nécessaire mais insuffisante pour provoquer un changement structurel». Comment réagissez-vous?

«Le dossier que vous mentionnez met en évidence l'utilité des DRG dans le cadre d'un encouragement à la mise en concurrence des hôpitaux entre eux. Il est évident que les DRG sont un outil indispensable, mais non suffisant pour faire jouer la concurrence entre les hôpitaux. En effet, les DRG permettent de compa-

cadre du Master of Advanced Studies in Health Economics and Management. Il préside l'Association APDRG Suisse depuis 1997 et l'Association Patient Classification Systems



Suisse qui regroupe les spécialistes dans le domaine des classifications de patients en Suisse. Il est également membre de l'Association internationale Patient Classification Systems. Depuis le 1^{er} janvier 2006, il est chargé de mission auprès du directeur général du CHUV.

rer les hôpitaux entre eux avec une certaine transparence. En revanche, les barrières cantonales actuelles ou les planifications cantonales limitant la marge de manœuvre des hôpitaux sont autant d'obstacles à la mise en concurrence des hôpitaux que les DRG en tant que tels ne pourront pas lever.»

UNE CULTURE ENCORE NEUVE

Les décideurs politiques suisses ainsi que les acteurs participant à la réflexion sur le financement des coûts hospitaliers en Suisse ont-ils, aujourd'hui, selon vous, pris la pleine mesure des DRG comme instrument de planification et de gestion?

«Pendant longtemps, ces décideurs ont été très sceptiques à l'égard des DRG en Suisse, malgré les études réalisées en Suisse et les expériences faites dans d'autres pays. Il a fallu que l'Allemagne se décide pour que nos compatriotes, d'Outre-Sarine en particulier, changent de point de vue et se mettent à militer activement pour l'introduction des DRG. La culture en matière de DRG est encore relativement neuve en Suisse et ces milieux, comme tous les néophytes, attribuent aux DRG des vertus qu'ils n'ont pas. Comme c'est souvent le cas, les politiques ont de la peine à décider et mettent leur espoir dans des outils techniques pour décider à leur place. Hier, les DRG étaient décriés, aujourd'hui, ils sont considérés comme la «potion magique» pour réduire les coûts hospitaliers et demain, ils décevront puisque les grands espoirs placés en eux ne pourront pas se réaliser. Enfin, il faut espérer qu'après un certain temps nous aurons en Suisse une mesure plus réaliste de ce que peuvent apporter de tels outils et que nous les utiliserons correctement.»



QUELLE EXTENSION AUX CLINIQUES PRIVÉES?

Les DRG constituent-ils une réponse spécifique aux établissements publics ou vont-ils se généraliser à l'ensemble des hôpitaux, privés inclus?

«La généralisation des DRG aux cliniques privées dépend de leur place dans la planification des établissements sanitaires en fonction de décisions qui seront prises dans le cadre de la révision de la LAMal. Pour simplifier, si les cliniques privées sont sur une liste LAMal et peuvent de ce fait être financées par l'assurance obligatoire des soins, les séjours devront être facturés en DRG. Dans le cas contraire, si les séjours facturés ne concernent que l'assurance complémentaire, un système de facturation à l'acte pourrait subsister. Toutefois, la question des factures médicales dans les cliniques privées demeure. Aujourd'hui, le médecin facture séparément de la clinique. Est-ce que demain ce système pourra continuer comme c'est le cas aujourd'hui en Allemagne avec les médecins agréés ou est-ce que les médecins seront exclusivement payés par les hôpitaux comme salariés ou rétribués à l'acte, et non plus directement par les assureurs? La question est pendante.»

Comment percevez-vous le développement des DRG en Suisse au cours des prochaines années et quelles sont les principales difficultés qui freinent sa généralisation?

«Le fait d'avoir choisi les DRG allemands pour la Suisse est une difficulté supplémentaire à l'implantation rapide d'un seul système DRG pour la Suisse. En effet, l'«helvétisation» de la solution allemande est une tâche de longue haleine qui pose de nombreux problèmes tech-



niques. S'ajoute à ces difficultés le fait que les cinq partenaires (hôpitaux, médecins, cantons et assureurs-maladie et accidents) ont beaucoup de peine à s'entendre sur le design du futur système DRG suisse s'agissant par exemple des facturations de médecins, des réhospitalisations, des transferts de patients, de la place de la réadaptation, de la communication des diagnostics aux assureurs, etc. L'ensemble de ces difficultés pourrait retarder de manière considérable la mise en œuvre d'un système DRG unique pour toute la Suisse. Il faut se rappeler que les partenaires (assureurs, médecins et hôpitaux) ont mis plus de quinze ans pour se mettre d'accord sur le tarif ambulatoire TarMed qui était certainement beaucoup moins compliqué à mettre en place que les DRG.»

CONSÉQUENCES POUR LES PATIENTS

A votre avis, la remarque selon laquelle la focalisation sur les seuls coûts entraînerait une détérioration de la qualité est-elle justifiée?

«Les études américaines ont montré qu'il y avait un risque important avec l'introduction des DRG, celui du retour prématuré à domicile des patients. En effet, la facturation des séjours hospitaliers par DRG incite les hôpitaux à diminuer le plus possible la durée de séjour et effectuer un maximum de prestations diagnostiques et thérapeutiques en ambulatoire avant ou après l'hospitalisation. Ceci peut entraîner un retour prématuré à domicile et des complications avec réhospitalisation si aucune mesure de qualité n'est effectuée. Les milieux qui s'occupent de la qualité en Suisse en sont

conscients et proposent, avant l'introduction généralisée des DRG, qu'un programme qualité soit développé afin d'éviter ces risques de sorties prématurées.»

Outre vos fonctions au CHUV, vous êtes chargé de cours à l'Institut d'Economie et Management de la Santé de l'Université de Lausanne. Dans ce cadre, vous venez de publier les résultats d'un programme de recherche de trois ans sur les DRG et notamment sur leur introduction en Suisse (voir «Research on DRG» à l'adresse web suivante: www.hec.unil.ch/iems). Quelle place occupe aujourd'hui les DRG en milieu académique et quelles sont les perspectives d'avenir?

«L'Institut d'Economie et Management de la Santé de l'Université de Lausanne est en effet à la pointe de la recherche académique sur les outils de financement des hôpitaux et notamment sur les DRG. Malheureusement, les milieux politiques et professionnels de la santé ne voient pas aujourd'hui suffisamment l'intérêt de développer la recherche s'agissant des DRG. Ils ne se rendent pas encore compte que la mise en œuvre généralisée des DRG en Suisse risque de poser des problèmes pour lesquels ils n'ont aujourd'hui pas de réponse (effets pervers sur la dispensation des soins, incitation à la sélection des patients, report inapproprié sur les établissements de réadaptation, etc.). Dans les autres pays, la mise en œuvre de solutions DRG a été accompagnée d'un programme de recherche qui a permis aux universités d'étudier les impacts et de suivre l'évolution du système. En Suisse, les DRG n'intéressent pas le Fonds national de la recherche scientifique, parce qu'il s'agit avant tout de recherche appliquée et ils n'intéressent pas les politiques, parce que ces recherches ne peuvent pas toujours amener des solutions applicables à court terme. C'est dommage et il reste à espérer que, tant au niveau fédéral que cantonal, les responsables comprendront, à l'avenir, l'intérêt d'associer les chercheurs des universités à la mise en place des DRG.» ■