

Prise de position de la FMH sur la présentation de la structure tarifaire SwissDRG version 1.0 en vue de son introduction

Olten, le 14 avril 2011

De: **Service tarifaire FMH, domaine SwissDRG**

A: **SwissDRG SA**

Sommaire

Avec sa version d'introduction 1.0, SwissDRG SA a certes apporté des améliorations par rapport à la version 0.3 de SwissDRG. Mais il n'en demeure pas moins une incertitude quant à savoir si la version d'introduction 1.0 permettra une indemnisation adéquate, en raison des problèmes suivants:

- **Qualité des données:** la qualité des données sur les coûts et les prestations servant de base au développement du système est estimée insuffisante par SwissDRG SA. Les mesures mises en œuvre pour améliorer la qualité des données ne devraient porter leurs effets, qu'à moyen terme, et mener à une augmentation constante de la qualité des données sur les coûts et les prestations.
- **Systématique des groupes de cas:** malgré des données insuffisantes, de nombreuses transformations parfois complexes, avec des suppressions ou des condensations de DRG, ainsi que des revalorisations et des dévalorisations, ont été entreprises dans la version 1.0 de SwissDRG. A cet égard, nous estimons qu'on aurait sans autre pu attendre jusqu'à ce que la classification des procédures CHOP 2011, considérablement élargie, soit intégrée dans le système DRG, ce qui sera le cas avec la version 3.0 de SwissDRG. En outre, les tarifications imposées d'office dans la version 1.0 de SwissDRG pour certains DRG qui n'avaient pas encore été tarifés, risquent de créer des imprécisions et des distorsions.
- **Rétributions additionnelles:** pour l'indemnisation adéquate de prestations ne se prêtant que difficilement aux forfaits, telles que médicaments, produits sanguins et implants coûteux ainsi que méthodes onéreuses, des rétributions additionnelles ont fait leurs preuves en Allemagne. Or, la version 1.0 de SwissDRG n'en prévoit que cinq, si bien qu'il faut s'attendre à des distorsions dans l'indemnisation des prestations.
- **Coûts d'utilisation des infrastructures:** à défaut d'une base de données, un supplément normatif sur le prix de base sera négocié entre les partenaires tarifaires pour une période transitoire. Avec une telle méthode qui ne se fonde pas sur des données, il faut s'attendre à des distorsions.

- Innovations: il faudra tout d'abord voir si le modèle discuté actuellement pour l'indemnisation de méthodes innovatrices d'investigation et de traitement est utilisable et si les hôpitaux pourront obtenir gain de cause lors de leurs négociations tarifaires pour une indemnisation en temps réel.

Conclusion:

L'analyse de la version d'introduction 1.0 confirme – comme la FMH l'a déjà répété à plusieurs reprises – la nécessité d'une réglementation transitoire uniforme pour amortir les distorsions du système. En Allemagne également, l'introduction de G-DRG avait eu lieu à l'époque avec une mesure de précaution. On avait en effet fixé pour les hôpitaux une phase neutre en termes de budget. Une réglementation transitoire de trois ans doit permettre, en Suisse, d'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. Une telle réglementation est d'autant plus nécessaire qu'avec le nouveau financement hospitalier, la garantie budgétaire des cantons disparaît.

Le modèle des fourchettes CMI proposé par les assureurs n'amortit pas les pertes financières dues aux distorsions du système. En revanche, le monitoring des coûts par cas proposé par H+ serait efficace. Pour l'éventualité où les partenaires tarifaires ne parviendraient pas à s'entendre sur une réglementation efficace pour amortir les distorsions du système, en vue de la demande d'approbation du tarif adressée au Conseil fédéral à fin avril 2011, la FMH propose de procéder de la manière qui suit: SwissDRG SA doit mandater une équipe d'experts indépendante qui sera chargée non seulement d'apprécier la qualité de la version 1.0 de SwissDRG, mais aussi d'élaborer une proposition de solution pour une réglementation transitoire visant à atténuer les distorsions du système sur le plan financier.

Table des matières:

1. Introduction	4
2. Analyse de la version 1.0 de SwissDRG	4
2.1 Base de données et qualité des données	4
2.2 Versions du grouper pour l'année 2012	5
2.3 Calcul des coûts relatifs	6
2.4 Changements dans la systématique des groupes de cas	7
2.5 Changements dans la matrice CCL	9
2.6 Rétributions additionnelles	9
2.7 Innovations	10
2.8 Coûts d'utilisation des infrastructures	11
2.9 Qualité de la version 1.0 de SwissDRG dans l'ensemble	11
3. Conclusions	12

1. Introduction

La révision de la LAMal de 2007 a posé les jalons pour un financement hospitalier lié aux prestations selon le principe des coûts complets. L'une des diverses nouveautés qui en résultent est la création d'une structure tarifaire SwissDRG uniforme pour toute la Suisse dans le domaine stationnaire des soins aigus somatiques¹. Afin que ces exigences légales soient remplies, l'élaboration, le développement et l'entretien de la structure tarifaire ont été confiés à SwissDRG SA. Pour 2012, année d'introduction, SwissDRG SA a mis à la disposition des partenaires la structure tarifaire SwissDRG version 1.0, avec les documents qui s'y rapportent, en prévision d'une présentation du système le 7 avril 2011 et leur a donné du même coup la possibilité d'une prise de position.²

Avec les délégués et les experts de son comité SwissDRG, la FMH prend donc position sur la structure et le contenu de la version 1.0 de SwissDRG. D'autres thèmes majeurs, tout aussi importants pour le corps médical, tels que la recherche concomitante³, le financement de la formation médicale postgraduée ou la garantie de la protection des données lors de la facturation⁴, ont déjà été traités ailleurs.

2. Analyse de la version 1.0 de SwissDRG

La version 1.0 de SwissDRG a été développée à partir de la version précédente 0.3, de travaux de SwissDRG SA basés sur les données suisses concernant les prestations et les coûts, du système G-DRG ainsi que de la procédure suisse de propositions. Les différentes nouveautés font l'objet d'une brève analyse dans les chapitres suivants.

2.1 Base de données et qualité des données

Le développement de la version 1.0 de SwissDRG s'est fondé sur les données de 2009 relatives aux prestations et aux coûts. Le codage a eu lieu pour la première fois avec la CIM-10 GM 2008 ainsi qu'avec la CHOP 11. Cette dernière a déjà été étendue dans une certaine mesure. Cela dit, la majeure partie des procédures indispensables pour la conception de SwissDRG n'ont été reprises que dans la version 2011 de la CHOP et n'ont donc pas pu être prises en compte dans la version 1.0 de SwissDRG.

Les données relatives aux prestations de tous les hôpitaux suisses sont reprises dans la statistique médicale de l'Office fédéral de la statistique. Au début 2009, cette statistique a été complétée par différentes variables.

¹ Pour les domaines de la réadaptation et de la psychiatrie, des modèles de rémunération séparés sont en cours d'élaboration.

² La prise de position de la FMH se fonde sur une discussion préalable du comité SwissDRG de la FMH (comprenant la FMH, la FMCH, la SSMI, la SFSM) et sur la présentation du 7 avril 2011.

Les éléments auxquels se réfère la prise de position sont les documents de SwissDRG SA du 24 mars 2011 (présentation du système SwissDRG 1.0, changement dans SwissDRG 1.0 par rapport à la version 0.2, méthodes de calcul, manuel de définitions SwissDRG 1.0 version catalogue tomes 1 à 5, tableau de migration SwissDRG catalogues 0.3 et 1.0 – migration de 0.3 vers la version 1.0 et migration de 1.0 vers la version 0.3, catalogue des forfaits par cas SwissDRG version 1.0).

³ Cf. www.fmh.ch → Tarifs → SwissDRG → Recherche concomitante

⁴ Cf. Gabriela Lang, Hanspeter Kuhn, Beatrix Meyer, Petra Ingenpass, Judith Wagner, 2010: La révision du codage externe et professionnelle permet de garantir la protection des données, Bulletin des médecins suisses 2010; 91(34):1265-1268.

Parmi ces nouvelles variables, la saisie de la durée de ventilation artificielle, le poids lors de l'admission chez les enfants au cours de la 1^{re} année et la latéralité des procédures sont d'une grande importance pour l'attribution du DRG⁵. Ces nouvelles variables n'ont souvent pas encore été saisies en 2009, comme cela ressort de la documentation sur les changements de la version 1.0 par rapport à la version 0.2 de SwissDRG.

Avec 583'385 enregistrements issus de 42 hôpitaux pilotes, la version 1.0 de SwissDRG dispose d'une base de données plus grande que la version 0.3. La base de données comprend 50,1% des données des hôpitaux de soins aigus somatiques. La part de données utilisables après plausibilisation pour le développement du système, soit 88,51%, est supérieure à celle pour la version 0.3 (où il restait 76,88% des données après la procédure de plausibilisation). Chez un tiers des hôpitaux du réseau, on a constaté à la livraison des données une saisie incorrecte des prestations⁶.

La qualité des données sur les coûts est également considérée insuffisante par SwissDRG SA. Ce manque de qualité de la base des données servant au calcul provient en partie de l'absence d'uniformité de la comptabilité analytique. Pour cette raison, la FMH saluerait le fait que le DFI/OFSP déclare obligatoire une méthode uniforme de comptabilité analytique. La FMH soutient la proposition de SwissDRG SA en faveur d'une application uniforme du système REKOLE dans toute la Suisse. L'important à ce sujet est que l'on puisse s'assurer, à l'aide des incitatifs nécessaires, que les exigences de qualité de la livraison de données soient satisfaites. Pour pouvoir encore mieux étayer la calculation des coûts, SwissDRG SA projette de saisir les données de coûts de tous les hôpitaux y compris des indications détaillées supplémentaires.

2.2 Versions du grouper pour l'année 2012

SwissDRG SA met chaque année à disposition trois versions différentes de grouper pour plusieurs années de données. Pour l'année 2012, la version catalogue SwissDRG 1.0, basée sur les données des années 2009/2012 pour le groupage des données de 2009, sera disponible en mai 2011. La version planification SwissDRG 1.0 pour le groupage des données 2010 paraîtra en juin 2011; il s'agira toutefois exceptionnellement de la même version que la version catalogue en raison de la non-parution de la CHOP 12.⁷ La version facturation 2012 sera publiée en novembre 2011 et permettra un groupage des données de 2012. Avec la version facturation de SwissDRG 0.3, on peut en fait grouper les données de 2011 avec la CIM-10 2008 et la CHOP 2011 valables pour l'année 2011, mais les transformations de la version 1.0 de SwissDRG ne sont alors pas prises en considération. Une simulation des données de 2011 avec la CHOP 2011 considérablement étendue et le grouper 1.0 serait souhaitable tout particulièrement en prévision de l'introduction de SwissDRG l'année prochaine; pourtant, une telle version ne sera pas mise à

⁵ L'indication de la durée de ventilation a lieu d'une part via les variables de la statistique médicale. D'autre part, il existe deux codes dans la CHOP 11 qui, avec leur répartition grossière de la durée de ventilation en moins de et plus de 96 heures d'affilée, font entrer le temps de ventilation de manière complémentaire dans l'algorithme DRG. Le poids lors de l'admission comme base d'attribution à un DRG dans la MDC 15 «Nouveau-nés» n'est possible que via la variable de la statistique médicale. Toutefois, comme cette variable n'est souvent pas disponible, des cas avec un poids très bas lors de l'admission peuvent ne pas être pris en compte correctement. A cela s'ajoute le fait que, chez les nouveau-nés, il faut tenir compte de la question des heures de ventilation. SwissDRG SA a donc expressément signalé dans sa présentation du système que le groupage actuel des cas pour les nouveau-nés dans la MDC 15 «ne correspond pas au déroulement effectif du traitement». Les coûts relatifs de la MDC 15 «Nouveau-nés» sont donc à considérer sous réserve.

⁶ Codage selon la CIM-10 OMS, heures de ventilation manquantes, points de frais USI manquants, pas de codage de codes CHOP à 6 chiffres, pas de poids lors de l'admission chez les enfants de moins de 1 année.

⁷ Lors de sa séance du 30 septembre 2009, le groupe de travail Helvétisation de la FMH avait recommandé de ne pas introduire la CHOP 12 à cause de la prise en compte insuffisante des propositions déposées par les sociétés de discipline médicale.

disposition. Les hôpitaux n'ont ainsi aucune possibilité d'entreprendre en 2011 une quelconque préparation, planification ou simulation de SwissDRG 1.0 sur la base de la CHOP 2011.

2.3 Calcul des coûts relatifs

Le calcul des coûts relatifs (cost-weights, CW, poids relatifs de coûts) a été fait sur la base des données sur les coûts fournies par les 42 hôpitaux pilotes. Si les conditions préalables à un calcul sur la base des données suisses ne sont pas remplies, on fait alors appel à des procédures de substitution pour calculer les coûts relatifs. A noter cependant que, même avec l'aide de ces procédures de substitution, il n'est pas possible de calculer tous les cas.

Facteur d'helvétisation

Pour la version 1.0 de SwissDRG, 804 des 1'036 DRGs tarifés ont été calculés sur la base de données suisses et 232 DRGs ont reçu un coût relatif helvétisé. Par conséquent, la part de DRG calculés sur la base de données suisses, à savoir 77,6%, est bien plus élevée que dans la version 0.3⁸. Pour obtenir le facteur d'helvétisation, on est parti d'une sélection des DRGs avec une fréquence de cas élevée. Cette sélection comprend 7 DRG, dont 5 sont issus de la partie médicale et 2 de la partie opératoire. Or, il faut savoir que les DRG utilisés pour l'obtention du facteur d'helvétisation correspondent à des forfaits par cas qui sont caractérisés par des traitements routiniers peu compliqués et qui ne reflètent en aucune manière l'étendue du spectre des prestations médicales. Par conséquent, la base de données pour l'obtention du facteur d'helvétisation ne peut pas être considérée comme représentative et constitue simplement un pis-aller. Une identification des coûts relatifs qui ont été adoptés sur la base des coûts relatifs allemands (helvétisés) serait utile. L'objectif de SwissDRG SA est de parvenir d'ici à 2014 (SwissDRG version 3.0) à calculer les coûts relatifs uniquement en fonction des données de coût suisses.

Différenciation insuffisante de la CHOP 11

En ce qui concerne l'évaluation des coûts relatifs, il faut savoir que, pour la version 1.0 de SwissDRG, une série de procédures n'ont pas pu être prises en compte dans le calcul, car nombre de procédures importantes pour les DRGs ne figurent pas dans la CHOP 11 (classification des interventions chirurgicales relative à l'année 2009), ou alors pas dans la différenciation nécessaire pour SwissDRG, et ne peuvent être codées qu'avec la CHOP 2011. En font partie de nombreuses procédures chirurgicales et interventionnelles ainsi que quelques traitements complexes. On peut citer comme exemples quelques procédures endoscopiques en gastroentérologie, les différentes sortes d'ostéosynthèse de fracture, la chirurgie plastique et les plasties cutanées ainsi que les traitements complexes en cas de germes multirésistants ou de diabète sucré. Cette différenciation insuffisante des procédures fait que le calcul de certains DRG est imprécis. Seules les données relatives à la CHOP 2011 permettront de coder avec le degré de différenciation nécessaire les procédés indispensables pour la mise au point du système SwissDRG, puis de les inclure dans le calcul de SwissDRG (version 3.0).

Du point de vue de la FMH, il est regrettable que SwissDRG SA n'insiste pas plus fortement sur l'effet de la différenciation insuffisante de la CHOP 11 sur la qualité de conception du catalogue de forfait par cas 1.0, de manière à ce que l'utilisateur puisse estimer de façon réaliste la qualité du catalogue en question.

⁸ Dans la version 0.3, 567 DRGs – c'est-à-dire 52,6% - ont été calculées en fonction des données suisses et 511 ont reçu un coût relatif helvétisé.

2.4 Changements dans la systématique des groupes de cas

Des changements importants ont été apportés au catalogue de forfaits par cas de la version 1.0 de SwissDRG. Il s'agit notamment de transformations complexes de DRG, de condensations dues au nombre de cas (regroupement et suppression de DRG) ainsi que de revalorisations et de dévalorisations de certaines constellations de cas. Pour le classement et l'évaluation des modifications entreprises, il serait utile que la raison en soit donnée (p. ex. des analyses menées par SwissDRG SA, des propositions issues de la procédure de demandes, la reprise de modifications apportées au système G-DRG 2009 ou 2010). D'une manière générale, la question qui se pose est de savoir sur la base de quelles données on a procédé à ces importantes modifications et comment il a été possible de procéder à une estimation valide de ces transformations sachant que la qualité des données des hôpitaux suisses est toujours problématique. SwissDRG SA constate elle-même à ce sujet que «la qualité actuelle des données ne convient pas pour continuer le développement de la structure tarifaire SwissDRG liée aux prestations» (cf. la présentation du système SwissDRG version 1.0 du 7 avril 2011, diapositive 116).

Tarification d'office de DRG non tarifés

Des 56 DRG non tarifés dans la version 0.3, 30 DRG se rapportaient à la réadaptation précoce. Ceux-ci étaient présentés séparément dans la version 0.3. De ces 30 DRG non tarifés de la réadaptation précoce dans la version 0.3, 16 d'entre eux ont pu recevoir une tarification dans la version 1.0 et les 14 autres sont restés sans tarification dans la version 1.0. Nous considérons toutefois qu'il est important de laisser pour l'instant ces DRG dans le catalogue. Une suppression ou une annulation prématurée de ces DRG – comme cela a été évoqué lors de la présentation du système – ne serait à notre avis pas judicieuse tant que l'on ne dispose pas de données appropriées. Nous nous engageons volontiers, avec les sociétés de discipline médicale concernées, à améliorer les modalités de définition de la réadaptation précoce dans le cadre du futur groupe de travail dont il a été fait mention lors de la présentation du système.

Des 26 DRG non tarifés qui restaient de la version 0.3, 12 ont fait l'objet d'un calcul dans la version 1.0. Quant aux autres, 12 ont été supprimés et 2 sont demeurés tels quels (DRG A16A, Transplantation d'intestin ou de pancréas, DRG Z02Z Don de foie (par une personne vivante)). La tarification de DRG non tarifés jusque-là correspond à un mandat du conseil d'administration de SwissDRG SA.⁹ Une élimination et une tarification d'office de ces DRG sont entreprises à l'aide d'une procédure en sept étapes, qui commence par une helvétisation des coûts relatifs allemands et se termine en laissant inchangés certains DRG non tarifés. Pour le calcul de ces DRG non tarifés, il a fallu dans certains cas s'écarter des critères utilisés pour déterminer le coût relatif (notamment le nombre de cas, le coefficient d'homogénéité), ce qui ne devrait pas rester sans effet sur la validité des coûts relatifs de ces DRG non tarifés. Cette façon de procéder pose problème; la FMH avait déjà averti au sein de l'organe préparatoire que la tarification d'office risquait de créer des imprécisions.¹⁰

⁹ Procès-verbal de décisions **13^e séance du conseil d'administration de SwissDRG SA, 10 septembre 2010, point 8.**

¹⁰ Extrait du procès-verbal de la 7^e séance du groupe Economie, 8 mars 2010: Madame Meyer souhaite cependant qu'il soit noté dans la proposition de résolution que les représentants de la FMH et des hôpitaux mettent en garde contre les imprécisions qu'entraîne une tarification d'office. L'exemple du DRG B61Z, dont les coûts journaliers varient entre 520.- et 23'600.- CHF, est représentatif des imprécisions évoquées dans la proposition de résolution.

Suppression de DRG

Certains DRG ont été supprimés pour la version 1.0.¹¹ Il s'agit bien sûr de DRG au nombre de cas réduit tels que le séjour d'évaluation avant diverses transplantations d'organe (DRG A62Z, A63Z, A64Z, A66Z et A67Z, certains de ces DRG étant tarifés et d'autres non). Ces cas de traitement sont maintenant pris en compte par le biais d'autres DRG. Il convient toutefois de noter que les séjours d'évaluation avant transplantation d'organe se rapportent à des situations de traitement très particulières, où les moyens investis et la durée du séjour sont plutôt difficiles à estimer. Une prise en considération moyenne de cette prestation comme partie d'un autre DRG médical ne correspondra certainement pas toujours à cette situation. Ainsi, le séjour d'évaluation avant transplantation cardiaque, qui était pris en compte par le DRG non évalué A62Z, l'est désormais dans le DRG F46B Actes diagnostiques cardiologiques invasifs sauf pour infarctus du myocarde aigu, plus de 2 jours d'hospitalisation, avec diagnostic complexe, âge < 14 ans, CW 1,442, DMS 10,2 jours, ou dans le DRG F62C Insuffisance cardiaque et choc sans CC extrêmement sévères, CW 0,924, DMS 9,7 jours, ou encore dans le DRG F68Z Maladie cardiaque de naissance, CW 0,79, DMS 3,1 jours. La procédure introduite dans le DRG A62Z «89.07.31 Evaluation complète, sans inscription du patient sur une liste d'attente pour greffe cardiaque» n'a pas été reprise dans la liste des procédures des DRG F46B, F62C et F68Z du Manuel de définition de la version 1.0 de SwissDRG. La procédure appartenant au DRG A62Za été qualifiée d'imprécise par SwissDRG SA et considérée comme séparateur de coûts inapproprié. La procédure n'étant désormais plus à disposition, il faudrait observer attentivement les prestations fournies et les coûts générés lors des séjours hospitaliers avant transplantation d'organe.

L'un des deux DRG Y01Z et Y61Z pour les brûlures graves, jusqu'ici non tarifés, a désormais fait l'objet d'un calcul (DRG Y01Z, CW 15,629, DMS 30,5 jours) et l'autre a été intégré dans un DRG existant, lequel a été revalorisé (DRG Y62A Autres brûlures, âge < 6 ans ou brûlures graves, CW 1,060, DMS 5,5 jours). Dans les cas de brûlures graves, il faut compter avec une variation considérable des coûts de traitement que l'indemnisation du DRG ou la rémunération supplémentaire pourrait bien ne pas couvrir dans tous les cas, notamment si la durée de séjour est supérieure. C'est d'ailleurs pourquoi les DRG Y01Z et Y61Z ne sont toujours pas tarifés dans le système G-DRG.

Regroupement et condensation¹² de DRG dans la pré-MDC

Dans certains domaines, des DRG qui figuraient jusque-là au niveau de la MDC ont été supprimés et regroupés en un DRG dans la pré-MDC. Il s'agit notamment des DRG pour le traitement complexe de soins intensifs, pour la radiothérapie avec plus de 8 séances d'irradiation ainsi que pour le traitement multimodal de la douleur. Si on avait laissé ces DRG dans les diverses MDC, ceux-ci auraient au besoin dû être adaptés de façon différenciée au cours des prochaines années, ce qui n'est pas possible sous cette forme pour un seul DRG dans la pré-MDC. En outre, pour ces prestations, le lien avec une MDC spécifique à un organe est perdu. Cela implique que certains domaines spécialisés sont de moins en moins pris en compte dans la MDC qui s'y rapporte, si bien que, du point de vue médical, des représentations de cliniques sur la base des DRG ne sont plus pertinentes. Par conséquent, des systèmes complémentaires sont nécessaires pour la transmission d'informations du controlling médical aux représentants des spécialités médicales.

¹¹ «Suppression» signifie que la logique des DRGs a été annulée et que le contenu des DRGs a été réparti entre d'autres DRGs.

¹² «Condensation» signifie que deux ou plusieurs DRG similaires ont été mis ensemble. Lors de la présentation du système SwissDRG Version 1.0 le 7.4.2011, il a été signalé que c'était là la principale cause des réductions de DRG.

Il se peut que, d'un point de vue économique, les condensations de DRG produisent une certaine homogénéité, mais sous l'angle médical, la portée de ces DRG est ainsi nettement restreinte. Cette façon de procéder n'est probablement pas de nature à renforcer l'acceptation du système DRG.

Il serait regrettable et faux que le regroupement et la suppression de DRG touchent également des DRG qui, en raison d'une prise en compte insuffisante des procédures par la CHOP 11, ne peuvent pas être clairement différenciés pour l'instant. SwissDRG SA a jusqu'ici invité à présenter des demandes concernant les procédures, afin de pouvoir mieux définir certains DRG. Désormais les nouveaux codes CHOP de la CHOP 2011 permettent de mieux prendre en compte de nombreux traitements différenciés – et en même temps on supprime les DRG qui de ce fait pourraient être mieux définis. Ainsi en est-il par exemple du DRG B49Z **Traitement multimodal complexe pour maladie de Parkinson (jusqu'ici non évalué), pour lequel un code pour traitement complexe est à disposition dans la CHOP 2011.** La question se pose donc de savoir s'il n'aurait pas fallu attendre jusqu'à ce que ces DRG non tarifés puissent faire l'objet d'un calcul d'après ces procédures. Avec l'introduction d'un système nouveau et hautement complexe comme SwissDRG, une certaine stabilité serait justement indispensable. Selon l'information de SwissDRG SA lors de la présentation du système, les DRG condensés seront au besoin dissous dès que l'état des données le permettra.

Autres révisions

Il faut saluer l'introduction de nouvelles répartitions d'âge spécifiques à la pédiatrie, p. ex. pour les DRG de ventilation de la pré-MDC, ainsi que l'adaptation de répartitions d'âge pour plusieurs DRG. Ainsi la nouvelle version 1.0 rend mieux compte des intérêts de la pédiatrie que jusque-là.

2.5 Changements dans la matrice CCL

D'importantes révisions de la matrice CCL ont été annoncées pour la version 1.0 de SwissDRG. Ainsi, notamment, 272 diagnostics ont été nouvellement repris dans la matrice CCL et il y a eu des revalorisations, des dévalorisations (de diagnostics non spécifiques en particulier) et des réajustements de codes CIM au même contenu. Pour ce faire, on a pu recourir aux volumineux calculs de l'InEK. SwissDRG a ainsi pu profiter de l'expérience acquise avec le système G-DRG et de sa large base de données.

2.6 Rétributions additionnelles

Les rétributions additionnelles représentent une partie importante d'un système de forfaits par cas axé sur les prestations, car elles permettent une prise en compte appropriée des prestations sans pour autant augmenter de façon démesurée le nombre de forfaits par cas en fractionnant des DRG. Dans la mise en place de rétributions additionnelles, SwissDRG suit la devise: «Le moins possible, mais autant que nécessaire». Par le dépôt de nombreuses demandes de rétributions additionnelles, les sociétés de discipline médicale ont insisté sur le fait que les prestataires de soins qui fournissent des prestations coûteuses et exigeantes ont également droit à une rémunération en conséquence.

La version d'introduction 1.0 de SwissDRG comprend trois rétributions additionnelles tarifées pour les méthodes de suppléance rénale ainsi qu'une rémunération non tarifée pour les systèmes d'assistance cardiaque ventriculaire gauche et droite («cœur artificiel») et une rétribution non tarifée pour l'apport de facteurs de coagulation chez les patients hémophiles. Déjà dans la version 0.3 de SwissDRG, des procédures que le système allemand indemnise par des rétributions

additionnelles ont, dans certains cas, été prises en compte par la création d'un nouveau DRG ou par le fractionnement d'un DRG existant. Cette façon de procéder peut parfois aboutir au résultat souhaité, mais elle ne convient pas pour une large application. Les rétributions additionnelles proposées n'ont pas encore été concrétisées dans la mesure jugée indispensable par les sociétés de discipline médicale. La FMH a par conséquent présenté une liste des rétributions additionnelles proposées en Suisse et déjà établies dans le système G-DRG.¹³

La vérification par SwissDRG SA effectuée sur mandat du conseil d'administration a abouti au fait que les propositions de création de rétributions additionnelles présentées par les sociétés de discipline médicale dans le cadre de la procédure de demandes devront être examinées pour les versions suivantes de la structure tarifaire et ne seront pas prises en compte dans la version 1.0¹⁴. Il n'y avait pas suffisamment de données différenciées concernant les coûts et les prestations comme base de calcul. En outre, il n'était pas possible d'attribuer au cas particulier des produits ou des implants coûteux.

Pour l'obtention de données sur les coûts et les prestations dépassant le cadre ordinaire de la collecte de données, on a recours, en Allemagne, aux «fournitures de données complémentaires». Dans une proposition à SwissDRG SA, la FMH avait demandé d'introduire en Suisse également la possibilité d'un relevé de données complémentaires; cette proposition a malheureusement été rejetée par SwissDRG SA.¹⁵ Le fait que SwissDRG SA entend continuer à collecter les données sur les coûts et les prestations uniquement dans le cadre du relevé ordinaire est regrettable. Pour les versions suivantes de la structure tarifaire, SwissDRG SA élaborera un échéancier concernant l'examen et l'intégration éventuelle de rétributions additionnelles dans les versions ultérieures de SwissDRG.

2.7 Innovations

On cherche encore actuellement une solution pour le financement des méthodes d'investigation et de traitement innovatrices durant la période précédant leur prise en compte (la durée entre la demande de code et la reprise dans la structure tarifaire est d'env. 5 ans). Un consensus existe cependant entre les partenaires sur le fait que les prestations obligatoires selon l'AOS fournies en milieu stationnaire doivent aussi être assurées hors du système de forfaits par cas. Un fournisseur de prestation qui entend obtenir qu'une prestation soit financée hors SwissDRG doit expliquer lors des négociations tarifaires pourquoi cette prestation n'est pas couverte par des forfaits par cas. Si l'assureur conteste qu'il s'agit d'une prestation obligatoire au sens de l'AOS, cette prestation est alors examinée dans le cadre d'une procédure de la Commission fédérale des prestations en tant que «prestation contestée». Cette procédure prend beaucoup de temps. Il est à craindre que les assureurs soient souvent tentés de contester l'obligation de prise en charge par l'AOS.

Des mesures appropriées pour le financement des méthodes d'investigation et de traitement innovatrices sont donc nécessaires pour ne pas mettre en danger l'évolution de la médecine en Suisse. Du point de vue de la FMH, une procédure doit être établie en la matière pour garantir le financement à court terme des innovations. Selon une proposition des partenaires tarifaires, le financement devra être réglé en dehors des forfaits, dans des conventions tarifaires.

¹³ Proposition FMH au CA de SwissDRG SA le 1.10. 2010: «Rémunérations supplémentaires et données complémentaires»

¹⁴ Procès-verbal de décisions 15^e séance du conseil d'administration de SwissDRG SA, 3 décembre 2010, point 5.

¹⁵ En annexe de la proposition FMH au CA de SwissDRG SA du 1.10.2010 se trouve une lettre de la FMH datée du 21 mai 2010: «Création d'une possibilité d'obtention de données complémentaires» - proposition adressée à SwissDRG SA, département médecine et économie.

2.8 Coûts d'utilisation des infrastructures

Selon la loi, les coûts d'utilisation des infrastructures des hôpitaux doivent être intégrés au système SwissDRG dès le 1^{er} janvier 2012. L'étude de KPMG a montré que les hôpitaux ont des niveaux très différents de comptabilité et que les données actuelles sont insuffisantes pour pouvoir calculer un supplément correspondant aux coûts d'utilisation des infrastructures. Un supplément normatif sur la valeur de base par cas sera donc fixé pour les trois prochaines années à titre de solution transitoire. Cela dit, un supplément sur le taux de base qui ne s'appuie pas sur des données ou est négocié entre partenaires tarifaires comporte une certaine incertitude.

2.9 Qualité de la version 1.0 de SwissDRG dans l'ensemble

La qualité des données sur les coûts et les prestations des hôpitaux est jugée insuffisante par SwissDRG SA. Cette dernière considère même la qualité actuelle des données comme inappropriée pour le développement de la structure tarifaire à l'avenir. Il faut saluer les mesures introduites par SwissDRG SA pour améliorer la qualité des données, par exemple le relevé des coûts par les hôpitaux à l'avenir. Une déclaration du DFI/de l'OFSP obligeant à recourir au système REKOLE comme méthode de comptabilité analytique et des instructions uniformes pour le relevé des coûts d'utilisation des infrastructures seraient également utiles. Cependant, ces mesures ne permettraient une amélioration de la qualité des données qu'à moyen terme.

Malgré la qualité encore insuffisante des données sur les coûts et les prestations, le catalogue SwissDRG version 0.3 a été passablement retravaillé pour aboutir à la version 1.0. Hormis les changements de contenu de prestations ou l'introduction de critères de fractionnement, des transformations complexes ont eu lieu, telles que le transfert de DRG de certaines MDC vers la pré-MDC ainsi que le regroupement et la suppression de DRG. En tout, 122 DRG ont été supprimés et 40 DRG ont reçu une nouvelle définition. Le nombre total des DRG dans la version 1.0 s'élève désormais à 1052 contre 1134 DRG dans la version 0.3. Compte tenu de la qualité insuffisante des données, une telle quantité de transformations nous semble prématurée. Les effets de ces modifications devraient être observés attentivement et analysés soigneusement par SwissDRG SA et aussi par les hôpitaux, avant que d'autres changements n'interviennent dans ces domaines.

Selon les exigences du Conseil fédéral, les coûts relatifs devront être calculés dès que possible exclusivement en fonction de données suisses. Pour cela, il faudrait toutefois disposer de données solides sur les coûts et les prestations. En attendant que les mesures de SwissDRG SA visant à améliorer la qualité des données aboutissent aux résultats attendus, SwissDRG SA doit recourir à des solutions intermédiaires telles que l'utilisation de coûts relatifs allemands helvétisés. A ce sujet, il faut toutefois s'attendre à d'importantes imprécisions et distorsions à cause de l'obtention non représentative du facteur de calcul pour l'helvétisation des coûts relatifs allemands. Le nombre de DRG avec des coûts relatifs helvétisés a pu être nettement diminué par rapport à la version 0.3; il s'élève maintenant à 232 DRG.

Selon les exigences du Conseil fédéral, la gestion des «DRG non tarifés» devrait, elle aussi, être clarifiée. Le conseil d'administration de SwissDRG SA a décidé¹⁶ que tous les DRG du catalogue des forfaits par cas soient déjà tarifés pour la version 1.0 de SwissDRG. A cet effet, on attribuera aux DRG peu fréquents une tarification d'office ou – si ce n'est pas possible à l'aide du schéma de tarification en sept étapes – on les laissera non tarifés. L'indemnisation des DRG non tarifés

¹⁶ 13^e séance du conseil d'administration de SwissDRG, 10 septembre 2010, point 8 de l'ordre du jour: intégration, tarification et indemnisation des DRGs non tarifés, dans le catalogue de forfaits par cas SwissDRG.

sera négociée entre partenaires tarifaires. Cette tarification d'office de DRG risque de provoquer d'importantes imprécisions et distorsions; il est impossible d'obtenir une indemnisation adéquate des prestations par ce moyen. Quelques-uns des DRG non tarifés ont été simplement supprimés dans la version 1.0 de SwissDRG; les cas de traitement seront attribués à un autre DRG. Cela dit, l'attribution au nouveau DRG ne se fait pas forcément en fonction du contenu médical du DRG supprimé. Dans cette suppression de DRG non tarifés, la FMH voit le risque que ces DRG ne puissent plus être pilotés par l'extension de la classification des procédures CHOP 2011 à l'avenir. Il aurait probablement été moins problématique de laisser ces DRG non tarifés plutôt que de créer des distorsions par une telle tarification et de nuire ainsi à l'acceptation de la structure tarifaire.

Pour l'indemnisation appropriée de médicaments, produits sanguins et implants coûteux ainsi que de méthodes de traitement onéreuses, les rétributions additionnelles ont fait leurs preuves en Allemagne et constituent un élément important du système G-DRG. Dans ce système, il y a pour l'instant 146 rétributions additionnelles, dont 82 tarifées et 64 non tarifées. La Suisse débute quant à elle avec 5 rétributions additionnelles, raison pour laquelle il faut s'attendre à des distorsions en conséquence. En fait SwissDRG SA a pu augmenter la valeur R^2 (mesure statistique de la réduction de variance pour le nombre total des cas soumis au calcul) à 0.6039 et pour les inliers à 0.7488. La mise en application des rétributions additionnelles proposées permettrait de rendre plus homogènes les forfaits par cas présentant une grande inhomogénéité du fait de différences marquées dans les coûts de traitement; la valeur R^2 s'améliorerait en conséquence. Pour l'indemnisation des méthodes d'investigation et de traitement innovatrices, différentes approches ont déjà été examinées. Il faudra tout d'abord voir si le modèle discuté actuellement pour l'indemnisation des innovations est utilisable et si les hôpitaux obtiendront gain de cause lors de leurs négociations tarifaires pour une indemnisation à court terme. L'important est que la Suisse reste attractive comme fournisseur de prestations innovatrices dans le domaine de la santé.

3. Conclusions

L'analyse de la version 1.0 de SwissDRG montre une évolution par rapport à la version précédente 0.3. Cependant, il semble plutôt incertain que la présente version d'introduction 1.0 permette une indemnisation appropriée des prestations. La FMH salue par conséquent la proposition de H+ demandant une expertise indépendante concernant la qualité de la structure tarifaire. Bien entendu, on ne saurait guère attendre de ce système, à son introduction, une qualité comparable à celle du système G-DRG. C'est pourquoi, nous estimons qu'il est d'autant plus important d'adopter la réglementation transitoire demandée à plusieurs reprises par la FMH – par analogie avec la phase neutre en termes de budget en Allemagne.

Jusqu'à ce que le système atteigne la qualité nécessaire, il faudra une réglementation transitoire nationale uniforme pour atténuer les distorsions du système sur le plan financier. Avec une telle réglementation sur trois ans, il s'agit d'éviter aux hôpitaux faisant du bon travail de subir des pertes financières uniquement à cause de telles distorsions. Cette réglementation est d'autant plus nécessaire qu'avec le nouveau financement hospitalier la garantie budgétaire des cantons disparaît.

Les solutions discutées à ce sujet par les partenaires tarifaires sont le modèle des fourchettes CMI et le monitoring des coûts par cas. Le modèle des fourchettes CMI proposé par les assureurs implique la nécessité de convenir non seulement du taux de base, mais aussi du CMI, sur lequel se fonde le prix de base. Des différences par rapport au CMI calculé sont compensées selon un mode convenu si elles se trouvent au-delà d'une certaine marge.

La FMH considère que le modèle des fourchettes CMI ne convient pas, car il est étranger au système et ne couvre pas le manque à gagner des hôpitaux dû aux distorsions du système. Elle estime que les réglementations transitoires au niveau des conventions tarifaires ne sont pas non plus appropriées, car elles créeraient des inégalités.

Pour l'éventualité où les partenaires tarifaires ne parviendraient pas à s'entendre sur une réglementation transitoire nationale uniforme et efficace pour amortir les distorsions du système, en vue de la demande d'approbation du tarif adressée au Conseil fédéral à la fin avril 2011, la FMH propose de procéder de la manière qui suit: SwissDRG SA devait mandater une équipe d'experts indépendante qui sera chargée non seulement d'apprécier la qualité de la version 1.0 de SwissDRG 1.0, mais aussi d'élaborer une proposition de solution pour une réglementation transitoire visant à atténuer les distorsions du système sur le plan financier.