

Communiqué concernant la conférence de presse SwissDRG du 22 mars 2006

Au Burgerspital, Bubenbergplatz 4, Berne, de 9.30 à 10.30 heures

Etape décisive dans la réforme du financement des hôpitaux suisses : SwissDRG signe un contrat avec l'institut allemand InEK, spécialisé dans la rémunération des coûts hospitaliers, en vue de l'introduction d'un système de tarification hospitalière uniforme dans toute la Suisse. De son côté, le Conseil des Etats adopte une base légale appropriée.

Le Conseiller d'Etat Carlo Conti, président de l'association SwissDRG regroupant les principaux partenaires de la santé en Suisse (FMH, CDS, H+, CTM et santésuisse¹), signe ce soir à Berlin, devant les médias allemands, un contrat de coopération avec l'institut allemand spécialisé dans la rémunération des coûts hospitaliers (Institut für das Entgeltsystem [InEK gGmbH]). La Suisse pourra dès lors reprendre le système allemand des forfaits par cas (G-DRG) pour l'introduire dans tous ses hôpitaux après l'avoir adapté aux conditions de notre pays. Cette nouvelle forme de rémunération présente les avantages majeurs suivants: les prestations hospitalières seront réparties en groupes de prestations et évaluées dans toute la Suisse selon les mêmes critères. On pourra ainsi mieux les comparer. Ce modèle renforce en outre l'incitation à baisser la durée des hospitalisations, généralement très longue en Suisse, tout en conservant une qualité élevée des soins. Il pousse donc à réaliser des économies.

Au cours de sa session de printemps, le Conseil des Etats a adopté la base légale correspondante dans le cadre du projet de révision de la LAMal pour le financement des hôpitaux. En été, il reviendra au Conseil national de délibérer sur ce projet.

En accord avec le calendrier prévu pour l'entrée en vigueur de la base légale révisée, SwissDRG introduira cette réforme tarifaire en 2009. Les partenaires tarifaires et les cantons mettront sur pied dès que possible un bureau Casemix SwissDRG, qui s'occupera de la maintenance du système de rémunération sous forme de forfaits par cas et de son développement continu.

Vous obtiendrez de plus amples informations:

a) lors la conférence de presse à Berne, tenue par Messieurs Carlo Conti, Conseiller d'Etat, Thomas Zeltner, directeur de l'OFSP, Bernhard Wegmüller (H+), Marc-André Giger (santésuisse), Pierre-François Cuénoud (FMH) et Beat Huwiler (CTM).

b) par téléphone auprès de:

Michael Jordi, secrétariat central de la CDS, 031 356 20 20

Walter Bosshard, chef de projet, 079 784 88 89

c) sous www.swissdrg.org (dossier de presse, Newsletter, etc.)

¹ L'OFSP, l'OFS et l'ASI (Association suisse des infirmières et infirmiers) sont également intégrés dans le projet à titre d'observateurs.

Dossier de presse

Que sont les DRG?

DRG = Diagnosis Related Groups; groupes de patients apparentés par diagnostic.

Les systèmes DRG sont en premier lieu des instruments de classification des cas. Ils répartissent en groupes les cas présentant des diagnostics, des thérapies et des coûts semblables. Ils constituent donc une base adéquate pour une tarification hospitalière fondée sur des forfaits par cas liés au diagnostic. Un poids relatif de coût est attribué à chaque groupe DRG.

Les premiers systèmes DRG ont été développés aux Etats-Unis il y a près de 30 ans. Depuis lors, des produits d'une grande diversité ont été créés sous forme de dérivés dans le monde entier à partir de ces systèmes.

Un logiciel spécifique (groupeur) répartit les cas dans des groupes DRG déterminés, ce qui permet aux hôpitaux d'identifier le groupe DRG attribuable à chaque cas et donc de déterminer sa facturation spécifique. Alimenté par les données relatives au diagnostic (un diagnostic principal et plusieurs diagnostics secondaires) et la procédure (une procédure principale et plusieurs procédures secondaires, à savoir des interventions/opérations/traitements), le groupeur indique à quel groupe DRG un cas doit être attribué.

De quoi les DRG sont-ils capables?

Avec le système DRG, tous les cas traités en Suisse dans une division hospitalière de soins aigus (à l'exception de la psychiatrie, de la gériatrie et de quelques prestations spéciales) sont groupés et évalués selon les mêmes critères. Le système doit garantir qu'un cas complexe se verra attribuer une valeur supérieure à celle d'un cas simple sans complication. Les paquets de prestations deviennent ainsi comparables. Les partenaires tarifaires devront encore fixer le coût du cas concerné. La question de savoir s'il subsistera des différences régionales d'après la catégorie hospitalière (hôpital universitaire – centre hospitalier – hôpital de district) reste posée.

SwissDRG permet:

- d'uniformiser le système de rémunération au niveau national, avec des prestations clairement identifiables (abandon d'un pur système de remboursement des coûts);
- d'augmenter la comparabilité entre les fournisseurs de prestations en permettant de pratiquer un véritable benchmarking;
- d'améliorer la planification des ressources au niveau cantonal et d'obtenir une utilisation plus ciblée des moyens à disposition (planification du besoin en hôpitaux);
- de compléter les instruments de gestion des directeurs d'établissements hospitaliers;
- d'inciter les hôpitaux à effectuer une saisie précise de leurs prestations et à améliorer leur comptabilité analytique.

Il conviendra d'éviter les effets collatéraux indésirables. L'introduction d'un système DRG entraîne généralement un recul de la durée moyenne d'hospitalisation, car il supprime l'incitation à garder les patients longtemps à l'hôpital, induite par les forfaits journaliers. La réduction de la durée d'hospitalisation est donc une conséquence clairement voulue, d'autant plus que cette durée, en Suisse, est supérieure à la moyenne européenne. Mais l'objectif n'est pas non plus de renvoyer les patients rapidement à seule fin de faire baisser les coûts. Il faut empêcher cela par des mesures appropriées de politique tarifaire et d'assurance-qualité. Les soins à domicile et les soins transitoires sont appelés à jouer ici un rôle déterminant. Fournir des soins adéquats, au bon endroit, au moment voulu et au prix juste doit devenir le fil conducteur de la future chaîne de traitements.

Les préparatifs de SwissDRG

L'association SwissDRG a été fondée en avril 2004 et le projet du même nom a été lancé le mois suivant. Les membres associés (Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé [CDS], la Fédération des médecins suisses [FMH], H+ Les hôpitaux de Suisse, santésuisse et la commission des tarifs médicaux [CTM]) ont convenu qu'en Suisse, les prestations hospitalières devraient être rémunérées à l'avenir selon un système uniforme de forfaits, au contraire de ce qui se fait actuellement. Selon le nouveau modèle de rémunération, les cas de traitement seront indemnisés sur la base de groupes apparentés par diagnostic.

Au cours des deux dernières années, d'importants résultats ont été atteints dans le cadre du projet, entre autres celui de choisir, parmi un grand nombre de systèmes DRG existants, celui qui correspondait le mieux aux exigences spécifiques de notre pays. En outre, un réseau d'environ 40 hôpitaux a été mis sur pied afin de livrer à l'Office fédéral de la statistique, mandaté à cet effet par SwissDRG, des indications sur les coûts par cas et des données médicales sur le diagnostic et le traitement. Ces données sont nécessaires au calcul des paramètres de rémunération DRG. Enfin, l'association a également élaboré des documents de base pour uniformiser la définition des cas et fixer les modalités de calcul.

Aujourd'hui déjà, des hôpitaux sont rémunérés dans quelques cantons selon des groupes de cas liés au diagnostic. Il s'agit, en l'occurrence, de plusieurs cantons romands, du Tessin, de Schwytz et de quelques hôpitaux de Berne et d'autres cantons, lesquels accomplissent un travail de pionnier en Suisse. Le modèle APDRG est également appliqué par les assureurs-accidents. Les applications utilisées jusqu'à présent ont montré que la comparabilité s'en trouvait nettement améliorée. L'instrument APDRG s'avère toutefois relativement sommaire et ne convient pas dans tous les cas pour une représentation différenciée des cas. Il sera donc remplacé par le système SwissDRG pour cette raison.

Base légale insuffisante dans la LAMal actuelle

Dans la LAMal actuelle, l'article 49 stipule certes que les prestations hospitalières doivent être rémunérées par les assureurs au moyen de forfaits. Mais il peut s'agir aussi bien de forfaits journaliers que de forfaits par cas spécifiques à un service hospitalier et comportant des composantes journalières ou par cas. La loi n'exige ni une structure tarifaire uniforme ni une facturation en fonction des prestations fournies. L'article 40 permet, certes, des forfaits par cas mais empêche de contraindre les assureurs, les hôpitaux et les cantons à appliquer une procédure uniforme. De ce fait, l'association SwissDRG a demandé une base légale claire pour une introduction du système DRG sur tout le territoire suisse.

Il s'ensuit que le projet de révision du Conseil des Etats prévoit lui aussi une base légale claire dont le contenu n'a donné lieu à aucune contestation:

LAMal, art. 49, 1^{er} al.: *Pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour à l'hôpital (art. 39, 1^{er} al.), les parties à une convention conviennent de forfaits. En règle générale, il s'agit de forfaits par cas. Les forfaits sont liés aux prestations et se basent sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Les partenaires à une convention peuvent convenir que des prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales ne sont pas comprises dans le forfait mais facturées séparément. Ces tarifs hospitaliers sont déterminés en fonction de la rémunération des hôpitaux qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse.*

Cette nouvelle base légale permet en outre aux partenaires tarifaires et aux cantons d'élaborer et de gérer le tarif ainsi que de percevoir une contribution par cas pour financer ces travaux:

LAMal, art. 49, 2^e al.: *Les partenaires tarifaires instituent, conjointement avec les cantons, une organisation compétente pour l'élaboration, le développement, l'adaptation et la maintenance des structures. Pour financer ces activités, une contribution couvrant les coûts peut être prélevée par cas facturé. Les hôpitaux doivent à cet effet livrer à l'organisation les données nécessaires sur les coûts et les prestations. Si une telle organisation fait défaut, le Conseil fédéral l'institue de manière contraignante pour les partenaires tarifaires. Les structures élaborées par l'organisation et leurs adaptations sont soumises par les partenaires tarifaires au Conseil fédéral pour approbation. Si les partenaires ne peuvent s'entendre sur les structures, le Conseil fédéral les fixe.*

Il serait grave et regrettable que l'article 49 ne puisse pas, pendant longtemps encore, être introduit en raison de querelles de compétences et de clés de répartition entre les cantons et les assureurs.

Contrat signé aujourd'hui: le système G-DRG sera à la base du système SwissDRG

Pour tous les protagonistes, il a toujours été clair que la Suisse ne devrait pas réinventer la roue avec un nouveau système d'indemnisation, mais recourir à un modèle existant qu'elle adapterait aux données juridiques et médicales de notre pays.

En décembre 2005, les organisations membres de SwissDRG se sont prononcées majoritairement en faveur du modèle allemand G-DRG (German Diagnosis Related Groups) après avoir évalué différents systèmes DRG existants de manière systématique et approfondie.

Le modèle allemand G-DRG est le produit qui remplit le mieux les multiples exigences auxquelles doit satisfaire un système de rémunération moderne. Outre les qualités convaincantes du système, une dimension partenariale et la possibilité d'une coopération entre Etats ont été des éléments déterminants. Nous avons trouvé en l'InEK (institut allemand pour les systèmes de rémunération en milieu hospitalier), chargé du développement permanent du projet G-DRG, un partenaire idéal pour notre projet.

En signant aujourd'hui un contrat de coopération, SwissDRG et l'InEK posent la première pierre d'une collaboration de longue durée. Cette collaboration consistera aussi en un soutien technique et un programme de formation.

La poursuite du travail: installation d'un bureau Casemix SwissDRG

Conformément au projet de révision de la LAMal du Conseil des Etats, le bureau Casemix est compétent pour *«l'élaboration, le développement, l'adaptation et la maintenance des structures [tarifaires]»*. Il convient maintenant de procéder sans tarder à la mise sur pied de cette organisation commune avec les partenaires tarifaires et les cantons. Par conséquent, l'association SwissDRG a décidé d'accélérer la création de cette organisation et d'instituer pour ce faire un groupe de travail. Celui-ci aura pour tâche d'élaborer des bases décisionnelles pour que le Comité stratégique de l'association SwissDRG puisse bientôt statuer quant à la forme juridique à donner au futur bureau Casemix, à la composition et aux droits de l'organisme responsable ainsi qu'au financement transitoire du bureau. Comme forme juridique, il est prévu de créer une société anonyme d'utilité publique. Il faudra cependant aussi évaluer la possibilité de maintenir le statut actuel d'association. Le projet de loi prévoit que *«pour financer les activités, une contribution couvrant les coûts peut être prélevée par cas facturé»*. Par conséquent, ce centre de compétences commun pour la gestion de la structure tarifaire a la garantie d'obtenir aussi une solide base financière. Tant que les forfaits par cas ne sont pas pris en compte dans le tarif, un préfinancement jusqu'en 2009 sera nécessaire. Le groupe de travail a ainsi pour tâche d'élaborer une proposition de financement par le biais d'une convention-cadre entre fournisseurs de prestations et organismes chargés du financement, laquelle prévoira une contribution par cas au niveau du tarif. Il sera ainsi possible, comme le prévoit la loi, de financer les frais d'acquisition du système et les adaptations nécessaires à son introduction. Enfin, le Conseil des Etats a inclus une mise en garde dans le projet de loi. En effet, si le bureau Casemix ne voit pas le jour, c'est le Conseil fédéral qui se chargera d'instituer une telle organisation de façon contraignante pour les partenaires tarifaires.

Histoire de G-DRG et problématique des codes de procédure

En Allemagne, la loi sur la réforme de la santé introduite en l'an 2000 a modifié en profondeur le système hospitalier. Il a entre autres été décidé d'introduire un système de rémunération sous forme de forfaits DRG à partir de 2003.

Dans ce but, le système australien AR-DRG (Australian Refined DRG) a été choisi comme base pour développer un système DRG allemand.

Le 10 mai 2001, les associations faîtières des caisses-maladie, l'association des assurances privées et l'association des hôpitaux allemands ont fondé l'InEK gGmbH (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) sous la forme juridique d'une société (GmbH) à but non lucratif.

Cette institution soutient les partenaires contractuels impliqués dans l'autogestion du projet ainsi que les organes qu'ils ont mis en place pour introduire le système DRG prescrit et le développer sur la base de l'art. 17 b de la loi sur le financement des hôpitaux.

Après avoir été adapté aux conditions allemandes et amélioré, le système australien est devenu le système G-DRG (German DRG), aujourd'hui un modèle autonome utilisé dans toute l'Allemagne pour rémunérer les prestations hospitalières.

Pour codifier les diagnostics, G-DRG utilise la classification internationale CIM-10 et pour les codes de procédure (interventions et traitements), le système allemand OPS301.

Le système G-DRG (version 2006) contient 912 groupes de cas facturables; il offre une qualité encore jamais atteinte par aucun autre système dans le monde en ce qui concerne l'homogénéité des groupes en termes de coûts.

En Suisse, nous utilisons le système CHOP pour la codification des procédures (qui traduit et complète la codification internationale CIM-9-CM); par contre, les Allemands appliquent le système OPS301. Comme les hôpitaux suisses doivent continuer à utiliser le système CHOP, un transfert (mapping) d'un système de codification à l'autre sera nécessaire pour la création du groupeur SwissDRG. Ce travail sera effectué ces prochains mois. Le premier groupeur SwissDRG sera probablement disponible au printemps 2007.