

Mémoire n° 125
Septembre 2008

**QUALITE ET DRG: MARIAGE
IMPOSSIBLE?**

Susana Lopes

*Ce mémoire a été réalisé dans le cadre du
Master of Advanced Studies en économie et
management de la santé /
Master of Advanced Studies in Health Economics
and Management (MASHEM)*

Qualité et DRG: Mariage impossible?

Susana Lopes
SEPTEMBRE 2008
MÉMOIRE N° 125



Master of Advanced Studies en économie et management de la
santé (MASHEM)

Qualité et DRG : Mariage impossible ?

Mémoire

Présenté à la

Haute Ecole Commerciale (HEC) de Lausanne

Par

Susana Lopes

Directeur de mémoire

Dr. Jean Jacques Chalé

Lausanne

2008

« Bien que chaque patient soit unique, tant son diagnostic que son traitement a des attributs ou des facteurs communs avec d'autres patients »

Fetter, Rubin et Rabkin 1984

Sommaire :

REMERCIEMENTS.....	4
LISTE DES TABLEAUX.....	5
LISTE DES FIGURES.....	6
LISTES DES ENCADRÉS.....	7
ABREVIATIONS.....	8
RESUME.....	9
1. INTRODUCTION.....	10
1.1 Origine des DRG.....	10
1.2 Le développement des DRG en Suisse.....	12
1.3 Qu'est ce qu'un DRG.....	12
2. MISE EN PLACE DES DRG EN SUISSE.....	14
2.1 Les 4 principaux modes de facturation en hôpital.....	14
2.2 Comment se constitue un DRG.....	15
2.3 La facturation en DRG.....	19
2.4 Révision de la LAMal sur le financement hospitalier.....	20
2.5 Le passage des APDRG aux SwissDRG.....	22
3. L'INFLUENCE DE SWISSDRG SUR LA QUALITE DES SOINS.....	25
3.1 La qualité des soins.....	25
3.2 Les indicateurs de la qualité des soins.....	26
3.3 L'influence des DRG sur la qualité.....	27
3.4 Inquiétude sur la protection des données.....	33
4. QUELLES SONT LES FINALITES DES DRG ?.....	343
4.1 Les Opportunités des DRG.....	34
4.2 Les faiblesses.....	354
5. LES DRG CHEZ NOS VOISINS.....	376
5.1 Allemagne.....	Erreur ! Signet non défini.6
5.2 France.....	39
6. CONCLUSIONS.....	40
7. BIBLIOGRAPHIE.....	41
8. ANNEXES.....	44

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier très chaleureusement mon directeur de mémoire M. Jean-Jacques Chale. Les connaissances et le savoir faire qu'il m'a apporté ont été précieux pour la rédaction de mon mémoire. Grâce à sa disponibilité, il m'a permis de mener à bien mon travail.

Ma reconnaissance va aussi à M. Luc Schenker qui m'a soutenu dans mes démarches de recherche et dont ses travaux m'ont inspiré plus d'une fois.

Un grand merci à Mme Luciana Vaccaro et Alexia Morin qui ont toujours été présentes et qui m'ont apporté un grand soutien moral.

Je tiens également à remercier mes collègues de travail notamment Florence Pénicaud qui a toujours été présente le long de mes études. Mon travail n'aurait pas été ce qu'il est sans l'appui de Marie Azoulay et Jacques-Henri Weidmann qui ont contribué à son élaboration. Un grand merci à Raul Schlegel, Monica Corvo et Martin Bernhardt.

Je ne saurais suffisamment remercier Albert Gaspoz qui a toujours été disponible pour une discussion sur la problématique des DRG.

Un grand merci à Cécil Hurrell pour nos nombreux échanges d'opinion...

Si j'en suis arrivé là aujourd'hui, c'est sans doute parce que j'ai rencontré sur mon chemin des personnes qui m'ont apporté beaucoup. Mais je tiens notamment à remercier Mélanie et Nicolas qui me soutiennent par leur présence. Un grand merci à mes parents et à ma sœur qui m'ont toujours encouragé à aller plus loin, mes réussites sont aussi les leurs.

Enfin, merci aux deux amours de ma vie, ma fille et mon « Schatzli » d'être tout simplement là pour moi.

Liste des tableaux

Tableau 1 : Les 21 chapitres de la CIM-10.....	15
Tableau 2 : Les 16 chapitres composants la CHOP.....	15
Tableau 3 : Version 12 des APDRG	17
Tableau 4: Coût supplémentaire pour une durée de séjour prolongé.....	28

Liste des figures

Figure 1 : Schéma simplifié des DRG aux Etats-Unis.....	10
Figure 2 : Comment se construit un DRG ?.....	11
Figure 3 : Enjeux-niveau de risque entre assureurs-maladie et fournisseurs de soins.....	14
Figure 4 : Diverses étapes lors du choix d'un DRG.....	16
Figure 5 : Origine des frais d'hospitalisation.....	18
Figure 6 : Courbe de Gauss représentant les « inliers » et les « outliers ».....	19
Figure 7 : Représentation graphique du déroulement de l'introduction de swissDRG selon H+.....	22
Figure 8 : Pourcentage de naissance avant la 39 ^{ème} semaine de gestation dans un hôpital aux Etats-Unis.....	29
Figure 9 : Différence de coût d'une chirurgie de la valve cardiaque avec et sans complication.....	30
Figure 10 : Passage du Financement par tarification à l'activité.....	38
Figure 11 : Construction d'un GHM.....	39

Listes des encadrés

Encadré 1 : Formule du « cost-weight ».....	18
Encadré 2 : Exercice de facturation.....	18
Encadré 3 : Exercice de facturation d'un cas complexe.....	19
Encadré 4 : Deux exemples de facturation pour un séjour en hôpital.....	20
Encadré 5 : Article 49, al. 1 LAMal.....	20
Encadré 6 : Article 49, al. 2 LAMal.....	21
Encadré 7 : Article 58 de la LAMal.....	25

Abréviations

DRG : Diagnosis Related Groups

APDRG : All Patient Diagnosis Related Groups

CMO : Casemix Office

LAMal : Loi sur l'Assurance maladie

HMO : Health Maintenance Organisation

CIM : Classification statistique internationale des maladies et de problème de santé connexes

CHOP : Classification suisse des interventions chirurgicales

CW : Cost-weight

ALOS : Average Length of Stay

LPT : Low Trim Point

H+ : Hôpital plus

HTP1 : High Trim Point 1

HTP2 : High Trim Point 2

InEK : Institut allemand pour le système de tarification prospectif

OICM: Office intercantonal de contrôle des médicaments

HCFA : Health Care Financing Administration

Tarmed : Facturation par point des médecins indépendants

CC : complications et co-morbidités

GHM : Groupe Homogène de Malade

GHS : Groupe Homogène de Séjour

T2A : Tarification à l'Activité

IOM : Institute of medicine

Résumé

Les DRG, Diagnosis Related Groups, sont une classification permettant de regrouper les hospitalisations de soins aigus en fonction des affections traitées et des coûts engendrés. Ils 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 dans un objectif de contrôle qualité.

En Suisse, le financement en APDRG a commencé comme un projet pilote à Lausanne en 2002. Ce dernier a été repris du système déjà introduit aux Etats-Unis.

Le 18 janvier 2008, la Suisse a décidé de passer à un financement en DRG au niveau national. La société anonyme SwissDRG a ainsi vu le jour en se basant sur les G-DRG (=DRG allemand).

Le cœur de ce mémoire consiste à déterminer si l'introduction des DRG ne causera pas une perte de qualité dans le système de soins. Afin de répondre à cette question, nous nous sommes basés sur l'expérience des autres pays notamment celle des Etats-Unis. L'étude réalisée par Kahn va être souvent prise en exemple. Les points forts qui en ressortent sont une augmentation de la sévérité des admissions, une baisse de la durée moyenne de séjour, une mortalité inchangée, ainsi que l'augmentation de l'état de santé instable à la sortie de l'hôpital. Ce qui ressort également dans l'ensemble des études documentées dans ce travail, c'est l'augmentation de l'efficacité des hôpitaux et le risque qu'il y ait une sélection inverse des patients.

1. Introduction

De nos jours, aucune personne n'échappe à la compétition et à la recherche de la rentabilité. Baisse des coûts, efficacité, qualité sont des mots d'ordre qui unissent les préoccupations des dirigeants des entreprises de tous les secteurs. Le secteur de la santé et tout particulièrement les établissements hospitaliers sont confrontés à ce problème. En effet, près de la moitié des dépenses de santé concerne l'activité hospitalière [1]. Face à la complexité d'un hôpital et des dépenses engendrées par ce dernier sans aucune régulation, un groupe de l'université de Yale aux Etats-Unis a décidé de se pencher dessus : les DRG ont ainsi vu le jour aux Etats-Unis.

1.1 Origine des DRG

Les DRG, pour Diagnosis Related Groups, ou en français « groupe homogène de malades » 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 dans un objectif de contrôle qualité. De plus, ce système permet de trouver un instrument d'évaluation des prestations et de régulation des coûts en hôpital.

A partir de ces premières expériences naquit l'idée de regrouper les cas médicaux avec coûts de traitement comparables. Le Health Care Financing Administration (HCFA, institution étatique pour l'assurance maladie des rentiers) reprit l'idée et la développa. A partir de 1983, les prestations hospitalières pour les patients Medicare furent remboursées sur la base du forfait par cas (HCFAPDRG). Ce système était donc prêt à être utilisé par d'autres assureurs comme Medicaid. Des développements ultérieurs ont été réalisés. L'état de New York a mandaté l'entreprise 3M pour développer une nouvelle variante des DRG. Il en découle les AP-DRG, All Patient Diagnosis Related Groups. En 1987, tous les hôpitaux de l'Etat de New York étaient remboursés en APDRG. Cependant les APDRG ne tenaient pas compte suffisamment de la gravité de la maladie du patient. En effet, deux patients pouvaient être hospitalisés pour une même maladie et donc avoir le même APDRG mais de gravité différente. Le patient A dont la gravité de la maladie est supérieure au patient B, coûtera nettement plus cher à l'hôpital. C'est pourquoi la sévérité de la maladie va être incluse dans les APDRG, qui vont dorénavant s'appeler APR-DRG. Par la suite d'autres variantes ont également été introduites (voir figure 1). [2][3]

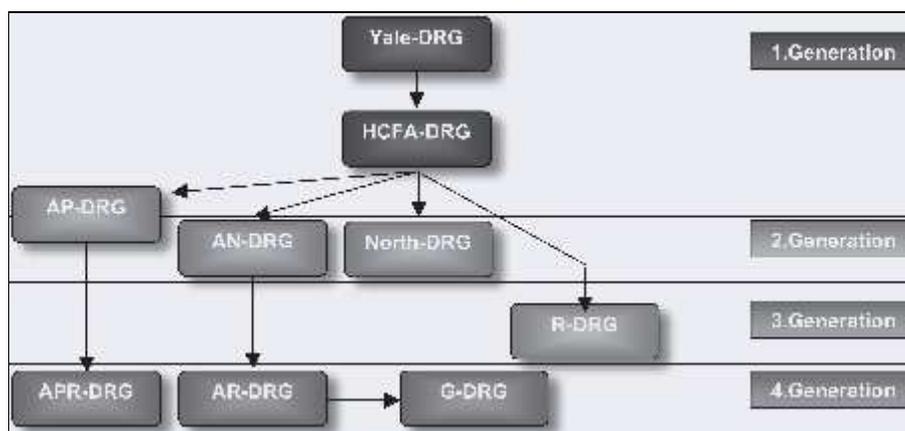


Figure 1 : Schéma simplifié de l'évolution des DRG aux Etats-Unis

Petit à petit, ce système a été adopté par les européens. Les pays scandinaves, l'Allemagne, l'Espagne, l'Autriche, la France...et la Suisse en 2002 comme projet pilote dans le canton de Vaud.

1.2 Le développement des 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 en Suisse. Dès la fin des années 90, suite à la décision du Conseil Fédéral de généraliser la saisie des codes de diagnostic et opératoires (ordonnance 1997), une association regroupant les cantons, les hôpitaux et les assureurs-maladie et accident ont décidé d'introduire les AP-DRG en Suisse. Toutefois, les AP-DRG utilisés en Suisse ont été adaptés des AP-DRG américains à l'aide de données suisses.

En 2002, la facturation en AP-DRG débuta à l'hôpital universitaire du canton de Vaud. Le canton de Vaud a d'ailleurs été la première région européenne à facturer en DRG. En 2004, la Fédération suisse des médecins, l'Association suisse des hôpitaux, les cantons et SantéSuisse ont fondé la société anonyme d'utilité publique Swissdrg, dont le siège se trouve à Berne, pour sélectionner la nouvelle génération des DRG suisse. Le choix s'est porté sur les DRG allemand (pays dont la population est assez comparable à la population suisse). Actuellement, la Suisse est en train d'adapter les DRG allemands aux données suisses. Leur utilisation est prévue dans toute la Suisse pour 2012[3][4][5].

1.3 Qu'est ce qu'un DRG

Les DRG sont utilisés pour la classification des patients traités en hôpital. La définition du groupe DRG auquel le patient va être attribué se base sur les caractéristiques cliniques du patient hospitalisé, c'est-à-dire sur les diagnostics et les traitements faits durant une hospitalisation. Le but final est de regrouper les patients en groupes homogènes sur le plan médical avec des frais de traitement comparables. Ainsi sur la base des données récoltées de routine, on peut classer toutes les hospitalisations de soins aigus somatiques dans un nombre défini de groupes homogènes d'un point de vue clinique et de consommation de ressources (coût). La facturation en DRG est également appelée la facturation forfait par cas. Le forfait par cas hospitalier couvre les dépenses de traitement, d'hébergement, de nourriture, de médicaments ainsi que les charges administratives du bâtiment. Sous la figure 2, nous avons un vaste aperçu de comment un DRG se construit. Le détail de ces informations seront données sous les points 2.2 et 2.3 [6][7][8].

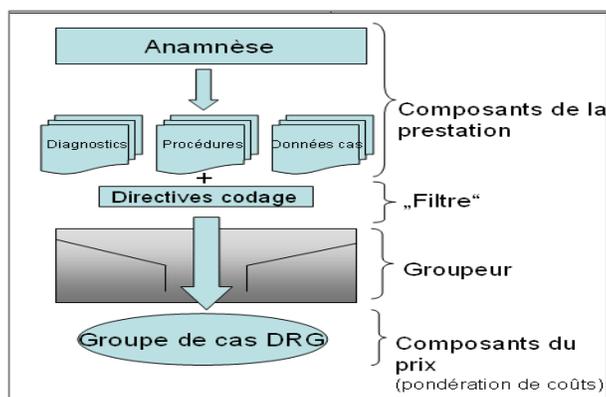


Figure 2 : Comment se construit un DRG ?

A travers cet exposé, nous allons voir comment les AP-DRG sont passés à SwissDrg, quels sont les finalités et les freins des DRG dans nos frontières et en dehors.

Une question sur laquelle nous allons également nous pencher est celle de la qualité des soins.

Qu'en ait-il de la qualité dans un système de financement par DRG ? Selon les propos de Markus Dürr, président de la CDS 2004-2007, après l'introduction des DRG, la qualité devrait être encore plus transparente et on devrait pouvoir l'évaluer, la documenter davantage. Pour cela, il faut de nombreux indicateurs de qualité et divers pour pouvoir tirer des conclusions objectives sur la qualité. Cette question sera le cœur de ce travail.

Si l'on se réfère à certains articles de presse, l'introduction des DRG serait responsable d'une durée de séjour diminuée. Est-ce une cause directe de la baisse de la qualité ou est-ce tout simplement une meilleure efficacité de la part des hôpitaux ?

2. Mise en place des DRG en Suisse

Afin de mieux comprendre les opportunités ainsi que les freins de l'introduction des DRG en Suisse, il faut tout d'abord comprendre en détail ce que c'est qu'un DRG ainsi que les autres modes de financement des hôpitaux.

2.1 Les 4 principaux modes de facturation en hôpital

Facturation au forfait à la journée

Ce système comprend toutes les activités qui se déroulent durant la journée. L'avantage de ce système est qu'il facilite la facturation. Le désavantage est que nous ne savons pas quels actes ont réellement été réalisés. Le forfait à la journée comprend les soins, le matériel cher, les soins au bloc, les médicaments et pour terminer les coûts généraux d'une entrée en hôpital.

Ce type de facturation ne permet évidemment pas une transparence des ressources utilisées ni une transparence des actes effectués.

Facturation à la prestation (à l'acte)

C'est le système utilisé par les cabinets privés. Chaque acte réalisé est facturé par le système de points Tarmed. C'est un système fédéral dont la valeur du point est fixée par les cantons. Une nomenclature exhaustive a d'ailleurs été rédigée afin que ce système puisse être utilisé de manière optimale. Toutefois, c'est un mode de facturation possible en cabinet privé mais difficilement réalisable en hôpital car tous les actes sont comptés. Un gros travail de relevé devrait ainsi être réalisé. Ce système est par contre envisageable en clinique privée.

Facturation DRG

La facturation en DRG, Diagnosis Related Group, se base sur un groupe de pathologies dans lequel sont classées les hospitalisations en fonction de deux éléments :

- Les diagnostics et les interventions
- La consommation de ressources engendrées

Ce type de facturation va être développé plus en détail dans les points suivants.

Capitation

Ce type de facturation est souvent utilisé par les HMO aux Etats-Unis ainsi que dans certains réseaux en Suisse. L'HMO ou le groupe de médecin reçoit une enveloppe budgétaire pour l'année avec laquelle il doit réussir à soigner tous ses patients. Si à la fin de l'année, il leur reste de l'argent, c'est un gain pour eux même. Si au cas contraire, ils ont dépensé plus que leur budget, c'est eux qui devront compenser de leur poche. Il est toutefois possible de recourir à une assurance afin d'éviter de s'endetter. C'est un système qui permet de faire des économies mais qui est souvent montré du doigt sur la perte de qualité des soins. En effet, les médecins pourraient être incités à réduire leurs actes afin de se rémunérer d'avantage.

Sous la figure 3, nous pouvons constater le partage du risque entre assureurs-maladie et fournisseurs de prestations. Nous constatons que lors du passage à la facturation en DRG, le risque est surtout transféré des assureurs-maladie aux hôpitaux. Ce qui signifie que sous

un système de financement par DRG, les gestionnaires des hôpitaux vont devoir être plus exigeants au niveau des ressources consommées afin de permettre une meilleure efficacité.

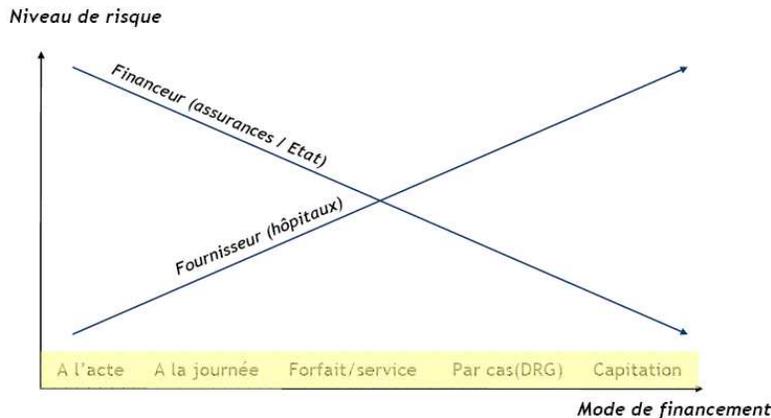


Figure 3 : Enjeux-niveau de risque entre assureur-maladie et fournisseurs de soins

Concrètement cela signifie que pour une maladie facturée à la journée, nous payons les jours passés à l'hôpital. Désormais, que nous restions trois ou dix-neuf jours la facture de notre séjour hospitalier sera identique. C'est pour cela que nous parlons d'un transfert du risque aux fournisseurs de prestations [9].

2.2 Comment se constitue un DRG

Un DRG comme déjà mentionné ci-dessus est un moyen de classifier un patient hospitalisé. Afin d'obtenir un DRG, il faut plusieurs variables indispensables :

- a) Une lettre de sortie
- b) Un rapport opératoire comportant l'acte ou l'opération principale ainsi que le(s) acte(s) et le(s) opération(s) secondaires
- c) Un rapport de pathologies comportant le diagnostic principal correspondant à l'affection, qui au terme du séjour, est considérée comme ayant essentiellement justifié le traitement ou les examens ainsi que le(s) diagnostic(s) secondaires.
- d) Des données administratives (l'âge, le sexe, la date et l'heure d'admission et de sortie ainsi que le poids à la naissance pour les nouveaux nés) [10][11]

La lettre de sortie d'hôpital

Sur la lettre de sortie figurent le diagnostic principal, les co-morbidités qui ont influencé la prise en charge, les antécédents, les complications ainsi que les interventions (=les opérations qui doivent être codées).

Le codage médical

Le codage médical reste la partie la plus délicate des DRG. En effet, à cette étape, il va falloir coder le diagnostic principal et les diagnostics secondaires. Il faudra également coder les interventions réalisées.

Pour déterminer le code du diagnostic nous allons nous référer à la nomenclature CIM 10 (classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes,

dixième révision). Le CIM 10 contient plus de 18'000 codes répartis en 21 chapitres (voir tableau 1). Chaque séjour hospitalier peut contenir de 10 à 30 codes. Le choix du code de diagnostic principal est très important. Les diagnostics secondaires comprennent les comorbidités et les complications [12][13].

1	Certaines maladies infectieuses et parasitaires (A00-B99)
2	Tumeurs (C00-D48)
3	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaires (D50-D89)
4	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (E00-E90)
5	Troubles mentaux et du comportement (F00-F99)
6	Maladies du système nerveux (G00-G99)
7	Maladies de l'oeil et de ses annexes (H00-H59)
8	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde (H60-H95)
9	Maladies de l'appareil circulatoire (I00-I99)
10	Maladies de l'appareil respiratoire (J00-J99)
11	Maladies de l'appareil digestif (K00-K93)
12	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané (L00-L99)
13	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif ((M00-M99)
14	Maladies de l'appareil génito-urinaire (N00-N99)
15	Grossesse, accouchement et puerpéralité (O00-O99)
16	Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (P00-P96)
17	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques (Q00-Q99)
18	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs (R00-R99)
19	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes (S00-T98)
20	Causes externes de morbidité et de mortalité (V01-Y98)
21	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs 21 de recours aux services de santé (Z00-Z99)

Tableau 1 : les 21 chapitres de la CIM-10

Le code des interventions est repris de la nomenclature CHOP qui est la classification suisse des interventions chirurgicales. La CHOP est quasi identique à la classification des interventions utilisées aux Etats-Unis (ICD-9-CM). Seuls quelques codes sont spécifiques à la Suisse. La CHOP a plus de 3'500 codes répartis en 16 chapitres (voir tableau 2) et à chaque séjour peut correspondre entre 10 et 30 codes. Le choix du code d'intervention principal est sans importance (pour le classement par DRG) car tous les codes d'interventions ne sont pas classant [14][15][16].

1	Opérations du système nerveux (01 - 05)
2	Opérations du système endocrinien (06 - 07)
3	Opérations des yeux (08 - 16)
4	Opérations des oreilles (18 - 20)
5	Opérations du nez, de la bouche et du pharynx (21 - 29)
6	Opérations du système respiratoire (30 - 34)
7	Opérations du système cardio-vasculaire (35 - 39)
8	Opérations du système hématique et lymphatique (40 - 41)
9	Opérations du système digestif (42 - 54)
10	Opérations du système urinaire (55 - 59)
11	Opérations des organes génitaux masculins (60 - 64)
12	Opérations des organes génitaux féminins (65 - 71)
13	Techniques obstétricales (72 - 75)
14	Opérations du système musculo-squelettique (76 - 84)
15	Opérations du système tégumentaire et du sein (85 - 96)
16	Techniques diagnostiques et thérapeutiques diverses (87 - 99)

Tableau 2 : les 16 chapitres composants la CHOP

A partir de ces données, un DRG peut être attribué au patient. L'attribution d'un DRG se réalise après plusieurs choix :

- La catégorie de diagnostic majeur (MDC = Major Diagnostic Category) sera choisi selon le code de diagnostic principal
- Le type de DRG soit médical soit chirurgical sera choisi en fonction des codes d'intervention
- Le choix de DRG en fonction du type de co-morbidités (CC)

Le choix du type de DRG est représenté dans la figure 4 ci-dessous.

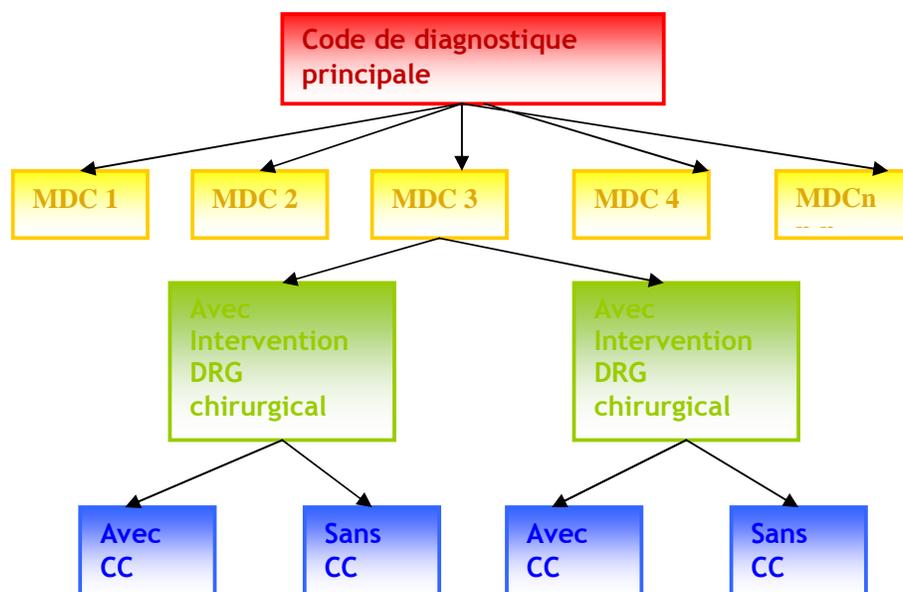


Figure 4 : Diverses étapes lors du choix d'un DRG

Toutefois, des altérations aux classements des DRG, comme il est représenté sous la figure 4 peuvent être réalisées. Ces altérations sont dues: [11]

- Altération du classement en fonction de l'âge
- Altération du classement en fonction du poids à la naissance
- Altération du classement en fonction du mode de sortie
- Altération du classement en fonction d'une combinaison de codes de diagnostic
- Altération du classement en fonction de l'intervention uniquement

Au total, il existe 641 groupes d'hospitalisation regroupés en 25 catégories majeures de diagnostic (CMD = MDC en anglais). Les 2 catégories de CMD peuvent être observées dans le tableau 3 ci-dessous.

CMD	Description	Chir	Med	Total
1	Affections du système nerveux	12	30	42
2	Affections des yeux	8	7	15
3	Affections des oreilles, du nez, de la bouche et de la gorge	20	16	36
4	Affections de l'appareil respiratoire	6	37	43
5	Affections de l'appareil circulatoire	28	27	55
6	Affections de l'appareil digestif	27	20	47
7	Affections du foie, des voies biliaires et du pancréas	16	8	24
8	Affections de l'appareil locomoteur et du tissu conjonctif	36	24	50
9	Affections de la peau, du tissu sous-cutané et des seins	15	16	31
10	Affections endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	11	10	21
11	Affections des reins et des voies urinaires	14	20	34
12	Affections de l'appareil reproducteur masculin	13	8	21
13	Affections de l'appareil reproducteur féminin	14	5	19
14	Grossesses, accouchements et post-partum	9	9	18
15	Nouveaux-nés	8	26	34
16	Affections hématologiques et immunologiques	4	8	12
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs peu différenciées	7	15	22
18	Infections et maladies parasitaires, systémiques ou de site non précisés	2	10	12
19	Maladies mentales et psychiatriques	1	8	9
20	Troubles mentaux organiques induits par l'alcool et les drogues	0	9	9
21	Traumatismes, empoisonnements et effets toxiques de drogues	7	14	21
22	Brûlures	3	3	6
23	Facteurs influençant la santé et autres contacts avec les services de santé	1	10	11
24	Infections à VIH	5	12	17
25	Polytraumatismes sévères	5	3	8
PM	Trachéostomies et transplantations		9	9
N/F	Hospitalisations non facturables			5
total		272	364	641

Tableau 3 : Version 12 des AP-DRG [17]

Depuis le 1er janvier 2006, 27 nouveaux groupes de DRG se sont ajoutés. Le nombre total de groupe d'élève est donc à 668 et non de 641. 4 nouveaux CMD ont également été introduits, le nombre total de CMD s'élève donc à 29 depuis le 1^{er} janvier 2006.

La qualité des données dépend de la qualité de codification qui joue un rôle essentiel. L'introduction d'une indemnisation basée sur un système DRG exige avant tout, de la part des hôpitaux, une codification correcte des données médicales, car c'est finalement cette dernière qui assure les recettes de l'hôpital. Une codification professionnelle est nécessaire à une bonne qualité de codification. Les personnes chargées de la codification ont un regard sur l'ensemble des dossiers médicaux, leur insertion organisationnelle doit aussi être appropriée. L'expérience enseigne que la pratique de la codification doit être constamment vérifiée et contrôlée, afin qu'une concurrence loyale puisse exister entre les hôpitaux et que la qualité des hôpitaux ne baisse pas. En Suisse, les entreprises qui ont été mandatées pour la codification sont la société 3M mandaté par AP-DRG et l'InEK mandaté par SwissDRG.

A chaque hospitalisation correspond un DRG, mais également un coût qui est calculé au moyen d'une comptabilité analytique dont l'unité finale d'imputation est le séjour. Ainsi un DRG a deux utilités principales : il est utile aux statistiques ainsi qu'à la facturation. Sous la figure 5, nous pouvons observer tous les frais qu'englobent un cas d'hospitalisation et donc un DRG.

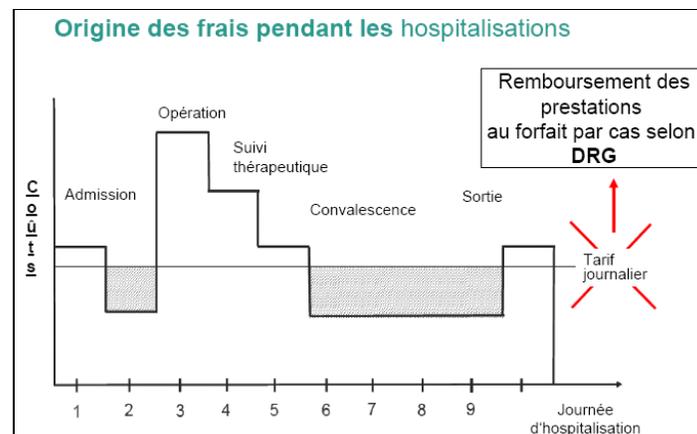


Figure 5 : Origine des frais d'hospitalisation

2.3 La facturation en DRG

Quand un patient est hospitalisé à l'hôpital, un DRG lui est attribué ainsi qu'un coût. Sous le système de forfait par cas, la facture est calculée grâce aux DRG. Certains termes fréquemment utilisés en facturation en DRG doivent être définis avant d'aller plus loin dans la réflexion.

Le « cost weight (CW) » est le terme anglais signifiant poids relatif. Il est le rapport entre le coût AP-DRG moyen et le coût moyen de tous les cas. Le « cost-weight » est donc un rapport des coûts. La formule du CW se trouve représentée ci-dessous. [18]. Nous pouvons compter sur une nouvelle version par année.

$$\frac{\text{Coût moyen des hospitalisations d'un APDRG donné}}{\text{Coût moyen de toutes les hospitalisations}}$$

Encadré 1 : Formule du CW [19]

Une valeur spécifique (valeur du point ou « base rate ») est négociée afin d'établir un lien entre les points de remboursement et les montants facturés à la fin de chaque hospitalisation.

Par définition quand le CW=1, il correspond à un « base rate » de xCHF. Le « base rate » varie selon les hôpitaux et les cantons, il se situe la plupart du temps autour des 7500 CHF. [18][20]

Voici un exercice permettant d'illustrer l'utilisation du CW pour la facturation.

- J44.0 Maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures
- APDRG: 088 ⇒ CW : 0.896
- Facture si le point vaut 7'600.- : 6'810.-

Encadré 2 : Exemple de facturation

Si le CW est plus élevé que dans l'exemple précédemment cité, il est logique que la facture sera d'autant plus élevée, c'est le cas dans l'exercice qui suit. Le patient a le même diagnostic principal que l'exercice précédent mais dans ce cas des complications surviennent.

- J44.0 Maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures
- 96.71 Ventilation mécanique continue de moins de 96 heures consécutives
- APDRG: 475 \Rightarrow CW : 4.013
- Facture: 30'500.- !

Encadré 3 : Exercice de facturation d'un cas complexe

Une donnée qui est également nécessaire lors des facturations, est la durée moyenne des hospitalisations, ALOS (Average Length of Stay).

Au sein des DRG certaines hospitalisations sont atypiques. Leurs coûts et/ou leurs durées de séjour sont nettement plus bas ou plus élevés que la moyenne des hospitalisations. Il peut survenir des complications ou la nécessité d'administrer des médicaments coûteux. Ces hospitalisations sont appelées les « outliers » (voir la figure 6). Il existe les « low outliers », les « high outliers » et les « very high outliers ». Les hospitalisations dites normales sont appelées « inliers ». Comme le coût d'une hospitalisation est inconnu ou connu des mois après la sortie du patient, c'est la durée moyenne de séjour qui est utilisée pour faire la distinction entre « inliers » et « outliers ».

Les bornes de durée moyenne de séjour sont définies pour chaque DRG. Nous distinguons :

- La borne inférieure (LTP= Low Trim Point)
- La première borne supérieure (HTP1= High Trim Point 1)
- La deuxième borne supérieure (HTP2= High Trim Point 2)

Nous n'allons pas décrire dans ce travail la manière dont ces bornes sont déterminées. Toutefois, il est possible de consulter le document « Cost-weight et Swiss payment groups version 5.1. »[6][18][21]

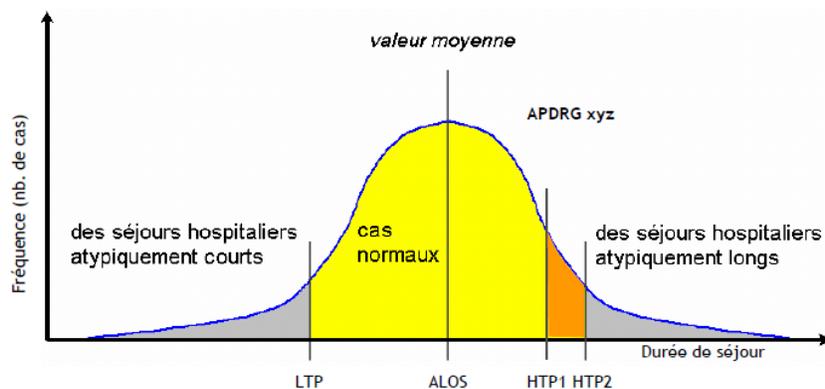


Figure 6 : Courbe de Gauss représentant les « inliers » et les « outliers »

Les calculs pour déterminer les « cost-weight » pour chaque DRH ainsi que les durées moyennes de séjour sont réalisés sur les hospitalisations « inlier ».

Si une hospitalisation est « inlier », son nombre de points de remboursement est égal au CW du DRG dans lequel l'hospitalisation est classée.

Si une hospitalisation est « low outlier », son nombre de points de remboursement est inférieur au CW du DRG dans lequel l'hospitalisation est classée.

Si une hospitalisation est « high outlier » ou « very high outlier », son nombre de points de remboursement est supérieur au CW du DRG dans lequel l'hospitalisation est classée.

Des formules existent pour calculer le CW lors d'un séjour hospitalier « outlier », ces dernières se trouvent dans l'annexe [6][21].

Toutefois, la valeur du point n'est pas la même dans tous les établissements. Des ajustements selon l'hôpital sont réalisés selon leurs caractéristiques spécifiques : Case-Mix, coûts salariaux, environnement sociaux et économique. [22]
 Dans l'encadré 4, nous retrouvons un exemple de facturation.

No	T	MDC	Libellé	CW	ALOS	LTP	HTP1	HTP2
107	P	5	Pontage coronaire, sans cathétérisme cardiaque	3.074	11.2	4	25	44
378	M	14	Grossesse extra-utérine	0.604	3.7	2	8	14

Figure 9 : Deux exemples de facturation pour un séjour en hôpital

Il nous reste quelques notions importantes à connaître sur les informations que nous pouvons acquérir par les DRG : le Case-Mix (patientèle) et le Case-Mix Index (CMI).

Le Case-Mix d'un hôpital est égal à la somme des points de remboursement associés à chacune des hospitalisations de soins aigus de l'établissement. En d'autres termes, c'est la somme de tous les CW qui équivaut au nombre de points total. Il prend en considération la lourdeur de la pathologie, la difficulté de traitement et la nécessité d'intervention spécifique. Nous obtenons nettement plus d'information qu'avant l'introduction des DRG. Le Case-Mix Index d'un hôpital est égal au Case-Mix divisé par le nombre d'hospitalisations aigues de l'établissement. En Suisse, il est normé à 1.000. Il permet d'observer la lourdeur d'un cas d'hospitalisation. [6][23]

Ces dernières notions sont surtout utilisées pour faire un « benchmarking » entre les centres hospitaliers, nous découvrirons ceci sous le chapitre 4.[24]

2. 4 Révision de la LAMal sur le financement hospitalier

Dans la session d'hiver 2007, le Conseil National et le Conseil des Etats ont approuvé la nouvelle réglementation sur le financement des hôpitaux. La loi révisée entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2009. Certaines dispositions ne seront introduites qu'au 1^{er} janvier 2012. En annexe II se trouve tout le contenu de la révision de la LAMAL en intégralité.

Les points essentiels de la loi révisée sur le financement hospitalier sont l'introduction des forfaits liés à la pathologie (DRG), une meilleure coordination de la planification hospitalière, l'égalité entre les hôpitaux publics et privés ainsi que la nouvelle répartition du financement entre les cantons et les caisses-maladie.

Concernant ce dernier point de la révision de la LAMal, les cantons devront à l'avenir financer au minimum 55 pour cent et les caisses-maladie au maximum 45 pour cent des prestations obligatoires et des investissements des hôpitaux listés. Les cantons dont les primes sont inférieures à la moyenne peuvent payer au début entre 45 pour cent et 55 cent, mais ils doivent atteindre le minimum légal d'ici début 2017. Le parlement a décidé que les assurés devraient pouvoir choisir leur hôpital librement dans toute la Suisse. La révision devrait entrer en vigueur début 2009.

Ci-dessous sont présentés les deux articles tirés du texte de la LAMal qui sont les plus pertinents dans le cadre de cet exposé [25][26].

Art. 49, al. 1 LAMal

Pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour à l'hôpital, les parties à une convention conviennent de forfaits par cas liés aux prestations, se basant sur une structure uniforme pour l'ensemble de la Suisse.

Encadré 5 : Article 49, al 1 de la LAMal

Art. 49, al. 2 LAMal

Les partenaires tarifaires s'engagent à instaurer avec les cantons une organisation responsable de l'élaboration et du perfectionnement des structures, ainsi que de leur adaptation et de leur entretien (Case-Mix-Office (CMO)).

Encadré 6 : Article 49, al.2 de la LAMal

Les conséquences de cette révision d'un point de vue légal est l'introduction d'un principe de coûts complets et uniformes avec forfait par cas liés aux prestations, se basant sur une structure pour l'ensemble de la Suisse. Cela permet également la transparence, l'étalonnage et la concurrence aux niveaux des coûts.

2.5 Le passage des AP-DRG aux SwissDRG

Les AP-DRG (All Patient Diagnosis Related Groups) sont une classification permettant de regrouper les hospitalisations de soins aigus en fonction des affections traitées et des coûts qui en découlent. Ils sont basés sur des données médicales saisies de routine, notamment les codes de la classification internationale des maladies (CIM) publiée par l'Organisation mondiale de la santé et les codes de la classification suisse des interventions chirurgicale (CHOP). Depuis 2002, les AP-DRG sont progressivement introduits dans divers cantons suisses, où ils sont utilisés essentiellement à deux fins: d'une part, pour comparer les hôpitaux de soins aigus en tenant compte des différents types de patients qui y sont admis et, d'autre part, pour financer les établissements en fonction des ressources nécessaires au traitement des patients qui y séjournent. Le premier canton à l'avoir introduit fut le canton de Vaud en 2002. D'autres cantons l'ont également introduit comme Berne, Bâle-Ville, Fribourg, Genève, Neuchâtel, Lucerne, Grisons, Jura, Nidwald, Obwald, Schwyz, Tessin, Uri, Valais, Zoug et Zurich [3][27].

Toutefois, il fallait trouver une solution pour que le financement des hôpitaux s'uniformise au niveau national. Un groupe de discussions se forma afin de décider quel système pourrait être introduit sur toute la Suisse. Des tensions se créèrent notamment entre ceux qui souhaitaient introduire les AP-DRG au niveau national et ceux qui souhaitaient introduire un autre système, le système allemands G-DRG. Il a été choisi d'opter pour le système allemand, G-DRG, au lieu des AP-DRG qui étaient pourtant déjà bien implantés dans certains établissements hospitaliers. Ce choix se justifie par la ressemblance qu'il existe entre le système de santé suisse et le système allemand. De plus, il existe également beaucoup de ressemblance entre l'épidémiologie suisse et allemande. D'autres raisons justifient également ce choix [28].

Pour que G-DRG soit utilisables en Suisse, il faut procéder à une phase d'helvétisation [29].

Les cantons romands ont demandé de maintenir les AP-DRG tant que les SwissDRG n'ont pas été testés avec succès. Etant donné que SwissDRG a pris du retard les AP-DRG continuent à être utilisés. Il a fallu réaliser des hypothèses d'amélioration sur la base des données AP-DRG suisse : une nouvelle version des « cost-weight » a été introduite sur la valeur des données AP-DRG sachant que les valeurs SwissDRG ne sont pas encore prêtes. L'objectif est que tous les membres et utilisateurs d'AP-DRG Suisse soient en possession de la version 6 entrée en vigueur depuis janvier 2008 [30]

Après plusieurs retards, le 18 janvier 2008, H+, la FMH, santésuisse et la conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé ont fondé en tant qu'actionnaires, la société SwissDRG SA avec un siège à Berne et dont le président est le conseiller d'Etat M.

Conti [29]. Le projet SwissDRG a ainsi été transformé en une société anonyme d'utilités publique, SwissSRG SA et son organe opérationnel, le bureau Casemix (CMO) dont le directeur est Simon Hölzer.[31] Le CMO et SwissDRG SA seront chargés d'introduire sur le plan national un système de soins unifiés de forfaits par cas pour le financement des prestations stationnaires des hôpitaux aigus. Ils devront aussi garantir la maintenance de cette structure tarifaire. Conformément à la décision des Chambres fédérales, l'introduction des forfaits par cas au niveau suisse devra se faire d'ici fin 2011 au plus tard.

M. Conti a annoncé que les SwissDRG ne seront pas disponibles avant 2009-2010. Ci-dessous (figure 7) le plan d'introduction des SwissDRG au niveau national [32].

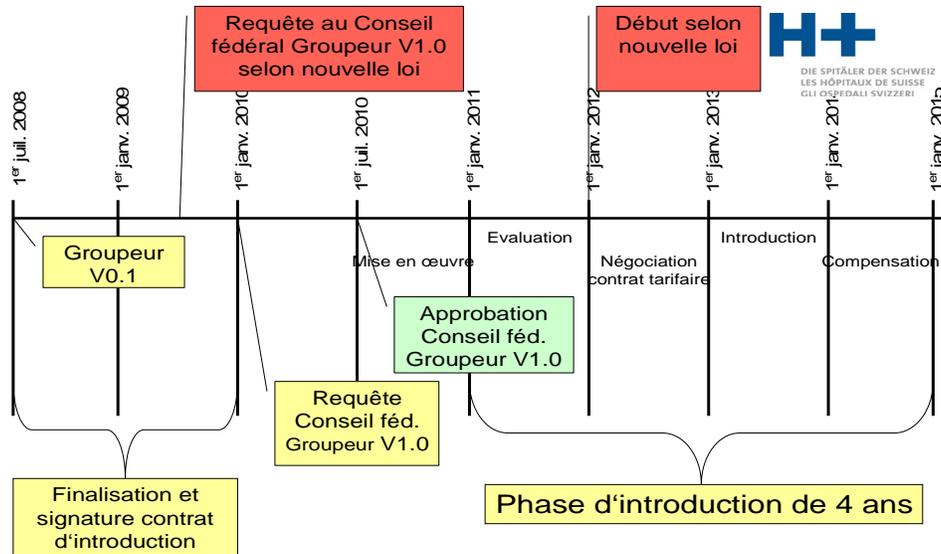


Figure 7 : Représentation graphique du déroulement de l'introduction de SwissDRG selon H+

En créant une société anonyme, SwissDRG a franchi une étape décisive. Quel a été le rôle du corps médical dans cette procédure ? Les médecins ont réussi, d'une part, à obtenir un siège au Conseil d'Administration de SwissDRG SA, et d'autre part, à faire en sorte que le processus d'helvétisation, à savoir l'adaptation du système allemand aux réalités suisses, ait lieu en collaboration avec les sociétés de discipline médicale. Tout en participant activement à la mise en place de la structure tarifaire, la FMH n'est pas reconnue comme un partenaire tarifaire.

Tâches de SwissDRG

Les tâches de SwissDRG sont séparées entre le Conseil d'Administration et le Casemix Office (CMO). Les tâches du conseil d'administration sont les suivantes (les membres du conseil d'administration sont en annexe II) :

- La direction stratégique du Casemix Office
- Approuver la structure tarifaire
- Soumettre la structure tarifaire au Conseil Fédéral en vue de son approbation
- L'entretien de rapport entre les autorités et les offices fédéraux

Les tâches du Casemix Office sont décrites ci-dessous :

- La conduite opérationnelle

- La collecte des données et le calcul des poids relatifs
- L'analyse et l'évaluation des propositions dont le but est l'objectivité et l'homogénéité sur le plan des coûts
- L'amélioration du système (par ex. analyse des distorsions de coûts possibles) dont le but est l'objectivité et l'homogénéité sur le plan des coûts
- Proposer des modifications du codage et des directives de codage
- La collaboration avec l'Institut allemand pour le Système de Tarification Hospitalier Prospectif InEK

Les tâches des partenaires tarifaires sont les suivantes :

- La négociation du contrat d'introduction (Les partenaires sont : H+, santésuisse, CTM et les cantons)
- La négociation des conventions tarifaire (les partenaires sont : santésuisse, les hôpitaux et les cantons)
- L'adaptation du standard de facturation électronique
- La préparation, la formulation et la soumission des propositions à la CMO

Les prochaines étapes de SwissDRG sont davantage d'implications des autres acteurs de la santé dans la suite du processus, la constitution d'un groupe au sein du Casemix Office, le calcul du « cost-weight » version 0.1 ainsi que l'évaluation de leur homogénéité. Il faut également établir une procédure annuelle de propositions par le biais de partenaires et actionnaires de SwissDRG ainsi que la traduction des catalogues en français [33].

3. L'influence de swissDRG sur la qualité des soins

La qualité des soins a toujours revêtu une grande importance. Toutefois avec l'introduction des forfaits par cas, la qualité des soins doit non seulement être importante mais elle doit également pouvoir être évaluée et documentée. Le rapport H+ 2007 le montre clairement, il faut disposer d'indicateurs nombreux et divers afin de pouvoir tirer des conclusions objectives sur la qualité.

3.1 La qualité des soins

Depuis un certain temps, il existe un vif débat sur le fait de savoir si les données relatives à la qualité des hôpitaux doivent être rendues publiques ou si les classements résultant de cette transparence pourraient avoir des conséquences négatives, notamment sur le travail des prestataires de soins. En effet, la transparence étant un point clef de la qualité, elle impose aux médecins de déclarer leurs erreurs, ce qui est toujours très difficile à assumer. Pour ne pas susciter de réaction d'inquiétude chez les patients et chez les prestataires de soins, la publication des données sera accompagnée d'explications supplémentaires. Etabli à partir d'une enquête menée chez les membres de H+, le rapport de 2007 constitue un premier état des lieux détaillé sur la manière dont la qualité est aujourd'hui mesurée dans les hôpitaux et sur les aspects de la qualité qui s'avèrent importants pour les patients. [34][35]

Définition de la qualité

La définition selon L'IOM :

« La qualité est le degré avec lequel les services de santé pour les individus et la population augmentent la probabilité d'atteindre les résultats de santé désirés et correspondent au niveau des connaissances professionnelles du moment. »[35]

Définition de l'OMS :

« La qualité des soins de santé consiste à exécuter correctement (en fonction des normes) des interventions dont on sait qu'elles sont sans risques, d'un coût abordable pour la société en question et susceptibles d'avoir un impact sur la mortalité, la morbidité, les invalidités et la malnutrition. » [36]

Afin de garantir une bonne qualité des soins, des composantes de cette dernière ont été définies. Les établissements de santé essayent de s'en approcher le plus possible. Il s'agit :

- Efficacité
- Efficience
- Accessibilité
- La rapidité de prise en charge du patient
- Satisfaction des patients
- Equité

Qui est H+ ?

H+ est l'Association nationale des hôpitaux, cliniques et institutions de réadaptation et de soins de longue durée en Suisse. Elle regroupe quelques 380 hôpitaux, clinique et établissements médico-sociaux comme membres actifs et plus de 200 associations, autorités, institutions, entreprises et personnes en tant que membres partenaires. Elle représente l'intérêt de ses membres en matière de politique de la santé.

H+ s'engage en faveur d'une vision globale de la santé publique, encourage l'amélioration de la gestion des hôpitaux, pratique une politique d'information transparente et coordonne la formation continue des professions de la santé non médicale.[34][35]

Le cadre légal à la qualité des soins

Le cadre légal de la qualité des soins est défini dans la LAMal (voir ci-dessous) dans l'OAMal (article 77).

Article 58 de la LAMal :

Après avoir consulté les organisations intéressées, le Conseil fédéral peut prévoir des contrôles scientifiques et systématiques pour garantir la qualité ou l'adéquation des prestations que l'assurance obligatoire des soins prend en charge.

Il peut en confier l'exécution aux associations professionnelles ou à d'autres institutions.

Il détermine les mesures servant à garantir ou à rétablir la qualité ou l'adéquation des prestations.

Il peut en particulier prévoir que:

- a. l'accord du médecin-conseil est nécessaire avant l'exécution de certaines mesures diagnostiques ou thérapeutiques, notamment celles qui sont particulièrement coûteuses;
- b. des mesures diagnostiques ou thérapeutiques particulièrement coûteuses ou difficiles ne seront prises en charge par l'assurance obligatoire des soins que lorsqu'elles sont pratiquées par des fournisseurs de prestations qualifiés en la matière. Il peut désigner ces fournisseurs de prestations

Encadré 7 : Article 58 de la LAMal [26]

Dans l'article 77 de l'OAMal, nous retrouvons les programmes en matière de traduction ainsi que la convention tarifaire (assureurs-prestataires).

Le label de qualité

H+ et ses membres se sont prononcés très clairement lors de la déclaration de principe de 2005 : tous les soins sont destinés à garantir la qualité de vie et la sécurité des patient(e)s et des client(e)s des EMS. Les standards utilisés sont comparés et documentés par « benchmarking » [34][35].

«H+ qualité»: le nouveau label de qualité

Les mesures prises par les hôpitaux destinées à augmenter la qualité des services seront détectées et analysées par «H+ qualité» au moyen d'indicateurs reconnus, de normes existantes et de standards à remplir. Les hôpitaux, cliniques et EMS peuvent librement décider d'adhérer ou pas à «H+ qualité». L'adhésion se fait sur contrat, et le respect des standards fixés et contrôlés par pointages par une instance neutre. La liste des établissements qui adhèrent à cette initiative est mise à la consultation publique. H+ informe régulièrement des efforts entrepris par certains établissements et continue à développer les instruments de contrôle; dans les rapports, elle rédige des recommandations à l'adresse des établissements [34] [35].

3.2 Les indicateurs de la qualité des soins

Les infections nosocomiales (infections acquises dans le cadre de soins médicaux) sont des événements indésirables fréquents et largement étudiés de l'hospitalisation. Une étude conduite en 1999 dans 18 hôpitaux suisses a montré que plus de 10% des patients hospitalisés dans notre pays présentent une infection nosocomiale [37]. Il s'agit principalement d'infections du site opératoire, d'infections urinaires, de pneumonies et de

bactériémies (infections du sang). Ces infections ont un impact certain sur la morbidité, la mortalité et les coûts de la santé. Leurs «causes» sont multifactorielles et diffèrent selon le type d'infection. Globalement, leur survenue dépend de deux types de facteurs: ceux, difficilement influençables, qui sont liés aux patients eux-mêmes tels que l'âge ou l'état des défenses immunitaires, et ceux liés aux soins administrés qui dépendent, eux, de la qualité. [38][39]

De nombreuses études réalisées au cours des 30 dernières années ont montré que les infections nosocomiales sont des indicateurs de qualité sur lesquels il est possible d'agir, à condition de disposer de structures et de moyens de prévention adéquats. Parmi ces moyens, la surveillance (au sens du recensement des cas) joue un rôle essentiel: elle permet en effet non seulement une mesure chiffrée des complications infectieuses, mais elle contribue également à leur prévention par le seul fait de sa mise en place et des résultats qu'elle apporte aux prestataires de soins. De plus, l'expérience acquise dans ce domaine a fait de la surveillance des infections nosocomiales un modèle reconnu pour le développement d'autres indicateurs de qualité [38].

L'OFSP a publié les premiers chiffres concernant les hôpitaux suisses fin 2006 ; il a ensuite été mandaté par le Département fédéral de l'intérieur (DFI), l'année dernière, pour lancer un projet pilote visant à recenser et à publier des indicateurs de qualité appliqués au domaine hospitalier. Pour ce faire, les critères employés doivent être logiques, pertinents et standardisés afin de pouvoir établir une comparaison entre les fournisseurs de prestations. Dans un premier temps, le nombre de cas et le taux de mortalité relatifs à 25 différents groupes de maladie seront analysés dans chacun des établissements hospitaliers [40].

Le principe des indicateurs de qualité s'inspire du concept mis au point par la chaîne de cliniques privées allemande Helios.

Les indicateurs retenus sont :

1. Taux de réadmission
2. Taux d'infection nosocomiale
3. Deux indicateurs de soins : les chutes et les escarres
4. Taux de complication
5. Satisfaction des patients
6. Nombre de cas par discipline

Ce système présente l'avantage de pouvoir faire appel aux données dont disposent déjà les hôpitaux. Dans ce cas précis, il s'agit d'utiliser la statistique médicale des hôpitaux élaborée par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Ce dernier participe donc au développement du nouveau système d'indicateurs de qualité, en étroite collaboration avec l'OFSP.

En 2007, l'Hôpital universitaire de Bâle figurait parmi les premiers établissements de Suisse à publier ses propres données en matière de qualité, également sur le modèle des cliniques Helios.[40]

3.3 L'influence des DRG sur la qualité

La qualité et le financement des hôpitaux peuvent être interprétés de différentes manières. La qualité peut-être soit une conséquence du mode de financement, soit c'est le financement qui incite une amélioration de la qualité ou encore c'est le financement qui est guidé par la qualité. Ou nous situons-nous avec l'introduction de SwissDRG ? [41]

Reprenons l'objectif des DRG qui est de médicaliser le système d'informations hospitalier dans le but de faciliter et d'intensifier le dialogue entre médecins et gestionnaires [42]. Si nous nous basons sur cette définition, les DRG seraient raisonnés comme une incitation à améliorer la qualité. Quand est-il vraiment ?

Il est très difficile de répondre à cette question en restant uniquement dans nos frontières. Nous allons donc, nous référer davantage à l'expérience des autres pays.

Les Etats-Unis ont été les premiers à utiliser le système de financement en DRG en 1983 chez les patients Medicare. Diverses publications ont été réalisées mettant en relation le lien qu'il existe entre DRG et qualité. La publication à laquelle nous allons nous référer est celle de Kahn.[43] Il a examiné l'effet de l'adoption d'un DRG basé sur la qualité pour les patients hospitalisés Medicare aux Etats-Unis. L'étude a été réalisée sur une période de quatre ans. Les cinq maladies citées ci-dessous sont celles qui ont été prises en compte durant l'étude.

L'insuffisance cardiaque, l'infarctus du myocarde, la pneumonie, l'accident vasculaire cérébral et la fracture de la hanche sont les maladies étudiées, en tout 14012 malades y ont participé. Globalement la qualité a été jugée bonne par 82% des patients.

Six constats sur l'influence des DRG sur la qualité sont ressortis de cette étude :

- L'augmentation de la sévérité de la maladie au moment de l'admission.
- La durée de séjour a diminué de 24% après l'introduction des DRG.
- Le processus des soins est amélioré depuis l'introduction des DRG.
- L'état de santé des patients à la sortie de leur hospitalisation est moins stable par rapport à l'état de sortie des patients sous l'ancien financement des hôpitaux (10% des patients avaient un état de santé instable à la sortie de l'hôpital avant l'introduction des DRG contre 15% après l'introduction des DRG.)
- La mortalité à l'hôpital a baissé.
- La mortalité 30 jours après la sortie de l'hôpital est identique avant ou après l'introduction des DRG.

Comment pouvons-nous expliquer ces constatations ?

Nous allons d'abord nous pencher sur l'augmentation de la sévérité de la maladie. Plusieurs hypothèses peuvent être envisagées mais la plus probable réside sur le fait que les médecins ont changé leurs comportements après l'introduction des DRG. Les gestionnaires sont mieux informés sur ce qui se passe véritablement dans leur établissement grâce à la transparence apportée par les DRG. Ils ont également une pression croissante au niveau des coûts, des dépenses hospitalières. Les gestionnaires sont donc sous pression. Ils la transmettent aux médecins en leur demandant d'être plus efficaces. Les médecins se retrouvent sous une contrainte budgétaire qui peut-être perçue parfois comme étant opposée à leur métier de soignant. Ces derniers se retrouvent à faire davantage de triages et de ne faire hospitaliser que les cas vraiment nécessaires.

C'est sans doute l'hypothèse la plus plausible de l'augmentation du Casemix Index (=mesure moyenne de la complexité des traitements) aux Etats-Unis depuis l'introduction des DRG [44]. A ceci, il faut ajouter le contexte politique qui peut être une explication supplémentaire du triage des patients par les prestataires de soins. Aux Etats-Unis, nous ne parlons d'hospitalisation stationnaire (facturation en DRG) qu'à partir de deux jours, contrairement à la Suisse où nous parlons d'hospitalisation stationnaire (facturation en DRG) à partir d'un seul jour. Il est donc plus facile à un médecin américain de traiter un patient en ambulatoire qu'un médecin suisse. En effet, le médecin américain aura à sa surveillance le patient durant 2 jours et le médecin suisse ne l'aura que durant 1 jour.

En ce qui concerne la durée de séjour, elle a nettement diminué depuis l'utilisation des DRG. Cette constatation peut-être interprétée de deux manières différentes, soit comme une conséquence positive soit comme une conséquence négative. Nous allons d'abord présenter les effets positifs d'une ALOS diminuée.

Quand la durée moyenne de séjour baisse, un niveau d'infections nosocomiales en baisse peut être attendu. Pour illustration, prenons les résultats d'une étude publiée dans le PCS News sur la relation entre les séjours de longue durée et les infections nosocomiales :

- « 28.6 % de cas lors de césariennes avec une hospitalisation de longue durée ont développé une infection nosocomiale » [45].
- « 26.4 % des femmes ayant subi un césarienne, restant au-delà de la borne supérieure prenaient des antibiotiques sans indication clinique. Nous sommes en présence d'une mauvaise utilisation des médicaments » [45].

En France, les infections nosocomiales sont la cause de 10'000 morts soit plus que les accidents de la route (ce nombre est à relativiser : parmi ces 10'000 morts, il y a ceux qui sont évitables et ceux dont les circonstances font qu'il n'y aurait pas eu d'autres issues).

Nous pourrions conclure que les séjours prolongés sont une utilisation inappropriée de l'hôpital. Sous le tableau 4, nous pouvons constater les coûts engendrés à l'hôpital dû à des hospitalisations prolongées au-delà des limites supérieures de séjour selon la pathologie.

	Jours supplémentaires	Coûts supplémentaires USD
Infection urinaire (très fréquente mais peu cher)	1-4	558-593
Infection intestinale	7-8.2	2734
Septicémie	7-21	40000
Pneumonie	6.8-30	4947

Tableau 4: Coût supplémentaire pour une durée de séjour prolongé [46]

La durée moyenne de séjour qui diminue peut être également un motif d'inquiétude pour la population en général. Faire partir les patients trop tôt de l'hôpital avec un état de santé encore bien instable peut conduire à des ré-hospitalisations ou à des transferts de patients dans des maisons de repos, de réhabilitation, ou à des soins à domicile.

Pour que le transfert soit possible, une structure en aval doit être présente et prête à accueillir plus de patients. Dans une situation pareille, un transfert des coûts de l'hôpital vers un autre établissement de santé risque de se produire.

En ce qui concerne les ré-hospitalisations, elles peuvent avoir plusieurs origines. Tout d'abord elles dépendent de la pathologie, des co-morbidités que le patient a développé, ou encore des caractéristiques liées aux patients (l'âge, l'environnement social et économique...). Les ré-hospitalisations peuvent aussi être la conséquence de soins donnés de manière incomplète lors de la sortie de l'hôpital.[42][46][47]

Aux Etats-Unis M. Finger étant préoccupé par le niveau de réadmissions prématurées dans la population Medicare a réalisé une étude sur cette problématique. Il en ressort que 34500 patients Medicare sur 18.8 mio de patients Medicare, soit un peu moins de 1% de la population Medicare, ont été ré-hospitalisés entre 1996 et 1997 mais parmi ces 34500 réadmissions 3200 ont eu lieu le jour même de la sortie d'hôpital du patient, soit presque 10%. Ceci est certainement la cause d'une sortie prématurée des patients n'ayant pas reçu les soins qu'ils nécessitaient. [49]

Une autre constatation de l'étude de Kahn est l'amélioration du processus de soins. Une des hypothèses de cette amélioration provient du changement de comportement des prestataires de soins. Les gestionnaires depuis l'introduction des DRG sont sous pression

comme expliqué ci-dessous, par conséquent ils exigent plus d'efficacité de la part des prestataires de soins qui ont encore une grande liberté d'action dans les actes médicaux.

Il y a une citation d'Alfred O. Berg qui dit :

«Dans l'état de Washington, quand un médecin généraliste cherche à traiter une infection urinaire, il a l'avis de 82 spécialistes et 137 stratégies de traitement différentes ». Incroyable !

C'est pourquoi, pour obtenir une meilleure efficacité dans un centre hospitalier, il est nécessaire d'introduire dans la pratique médicale des guidelines, une standardisation des processus, une meilleure communication entre prestataires de soins et donc un meilleur suivi du patient, ainsi qu'une introduction d'une assurance qualité comprenant les indicateurs.

Ci-dessous dans la figure 8, nous pouvons observer les résultats obtenus après la mise en place de guidelines dans un hôpital. Une baisse significative des accouchements avant la 39^{ème} semaine de gestation est constatée [44]. L'introduction des guidelines ont permis de baisser de manière significative le pourcentage de prématurité induite.

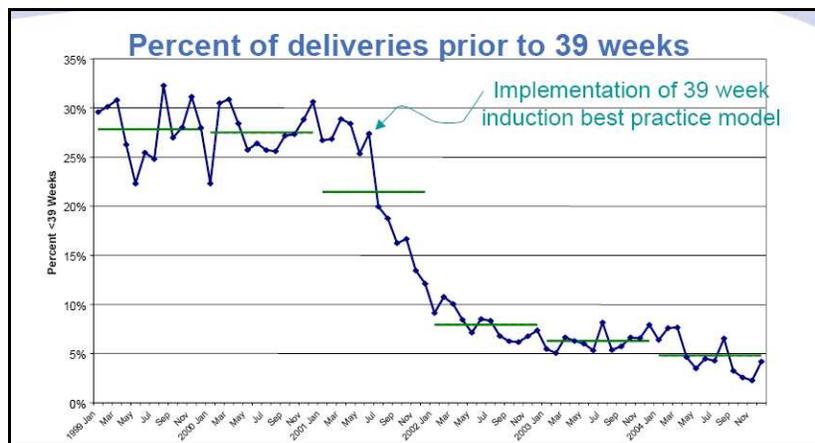


Figure 8: Pourcentage de naissance avant la 39^{ème} semaine de gestation dans un hôpital aux Etats-Unis

Il reste encore une constatation de Kahn à parcourir : il s'agit de la baisse de la mortalité en hôpital. Pour illustrer cette problématique, nous allons prendre en exemple une étude menée aux Etats-Unis expliquant les raisons de la différence du taux de mortalité entre deux hôpitaux.

Un hôpital de la Côte Est a 45% de mortalité en moins qu'un hôpital de la Côte Ouest. Ce qu'il faut savoir c'est que la durée moyenne de séjour dans l'hôpital de la Côte Est est de 8.5 jours tandis que celle de l'hôpital de la Côte Ouest est de 24.5 jours, soit 3 fois plus. Si nous refaisons le même exercice 30 jours après la sortie des patients, nous pouvons observer que le taux de mortalité est identique pour les deux hôpitaux. Dans ce cas de figure, nous ne pouvons pas considérer la baisse de mortalité en hôpital comme une augmentation de la qualité. La différence du taux de mortalité est due à la différence de la durée de séjour [50].

Afin d'illustrer au mieux l'influence des DRG sur la qualité nous allons prendre une autre étude en exemple. Il s'agit d'évaluer l'impact de DRG chez le patient hospitalisé dans le service de dermatologie en Allemagne. Dans la lecture de cette étude, nous constatons que le Casemix Index a baissé après l'introduction des DRG en Allemagne. Nous soulignons que ce résultat est l'opposé de celui trouvé par l'étude entreprise par Kahn aux Etats-Unis. Que pouvons-nous conclure de ces deux divergences ?

Il faut savoir qu'un hôpital est composé de plusieurs variables : plusieurs services, plusieurs pathologies, une patientèle très diversifiée... il y a donc des variables complexes

qui peuvent altérer certains résultats ou occasionner une impossibilité de « benchmark » entre différentes études ou différents pays. Le cadre du système politique de chaque pays peut également influencer certains résultats (se référer à l'exemple des Etats-Unis dont l'hospitalisation stationnaire n'est considérée comme telle qu'après 2 jours).

La durée moyenne de séjour dans le service de dermatologie a par contre baissé considérablement comme cela a été constaté dans les autres exemples précédents. C'est d'ailleurs une des conséquences de l'introduction des DRG qui ressort le plus souvent dans les études mettant en relation qualité et DRG [51].

Nous allons prendre encore un autre exemple à titre d'illustration de l'influence des DRG sur la qualité. L'étude dont nous allons parler s'est réalisée en Italie par M. Brag. Les cinq points les plus importants sont relevés et présentés ci-dessous. Nous pouvons observer qu'ils sont identiques aux constatations établies par Kahn [52].

- Une augmentation de la prise ambulatoire.
- Le taux de sévérité des hospitalisations a augmenté. Les auteurs de cette étude posent l'éventualité d'un « surcodage » qui serait responsable de l'augmentation de la sévérité des cas hospitalisés. Un meilleur codage pourrait éventuellement en être la cause ou alors comme proposé par Kahn une augmentation du triage.
- La durée moyenne de séjours a également baissé de 0.3 jours (de 9.1 jours elle a passée à 8.8 jours).
- Le taux de mortalité hospitalière est identique
- Le nombre de réadmissions est identique à la période précédent l'introduction des DRG.

Un autre impact des DRG sur la qualité des soins est la sélection des patients qui a lieu à deux niveaux.

Le premier étant le recrutement des patients vers l'activité dont l'établissement connaît les avantages qu'il peut tirer en termes financiers, c'est-à-dire un prix de remboursement avantageux.

Deuxièmement, le financement en DRG pourrait causer la sélection des patients à faible risque et dont les coûts de la prise en charge seraient faible, sélection inverse.[43] Prenons un exemple qui pourrait se passer en Suisse.

Une personne de bonne santé vient se faire opérer de l'appendicite.

1 appendicite = 1 séjour = 1 DRG

Imaginons maintenant que la personne qui vient se faire opérer de l'appendicite est hémophile.

1 appendicite= 1 séjour= 1 DRG

Nous constatons que les coûts de la prise en charge du traitement médicamenteux du patient hémophile ne sont pas pris en considération dans le remboursement de l'hôpital. Les coûts de ces deux séjours sont totalement différents et pourtant le remboursement à l'hôpital sera identique. Dans une situation pareille un petit établissement pourrait tomber dans les chiffres rouges à cause de la prise en charge d'une appendicite d'un patient hémophile, l'exemple de la France à ce sujet est très intéressant, nous le verrons un peu plus loin.

Un autre exemple illustré par la figure 9, montrant la différence de coût du DRG 105 (= chirurgie de la valve cardiaque) avec et sans complications.

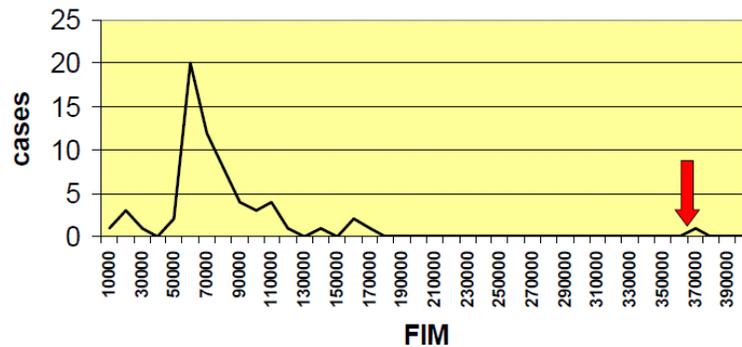
DRG 105: Cardiac valve surgery

Figure 9: Différence de coût d'une chirurgie de la valve cardiaque avec et sans complication

Qu'en ait-il de la qualité de vie après l'introduction des DRG. Une étude faite en Suède a été réalisée sur ce thème. La qualité de vie est difficile à définir étant donné que c'est une notion complexe et multidimensionnelle. Toutefois, depuis certaines décennies la qualité de vie est souvent liée aux soins des patients, à leur bien être physique et psychique. L'étude a été réalisée une semaine après la sortie d'hôpital et six semaines après. Les résultats ont montré qu'il n'y a aucune différence de la qualité de vie après les six semaines. En outre, nous avons constaté une baisse de la qualité de vie une semaine après la sortie. D'après les auteurs, ce qui pourrait expliquer que la qualité de vie baisse après une semaine et ne baisse pas après six semaines serait la sortie anticipée des patients après une chirurgie. Encore une fois, la durée moyenne de séjour qui diminue est montrée du doigt comme étant une cause de baisse de qualité.[53]

Il y a encore un point concernant l'influence des DRG sur la qualité que nous n'avons pas encore abordé. Il s'agit de la qualité de la formation des médecins.

Pour offrir des services médicaux de qualité à la population, il est primordial d'avoir des médecins bien formés. Etant donné que les DRG en Suisse ne tiennent pas compte de la formation post-graduée nécessaire à l'obtention d'un titre de spécialiste, la formation continue risque de diminuer. On note d'ailleurs en Allemagne que les médecins sont devenus une denrée rare.

Un hôpital qui donne des formations post-graduées va se retrouver avec des coûts supplémentaires à sa charge. La formation continue requiert plus de personnel et donc implicitement elle provoque des coûts supplémentaires. De plus, nous savons qu'un médecin sans expérience aura besoin de plus d'exams afin de poser son diagnostic et par conséquent des coûts supplémentaires vont être engendrés.[54] La Suisse devrait prendre exemple sur la Belgique ou les USA dont l'état subventionne les hôpitaux qui donne des formations à des internes. C'est déjà partiellement le cas dans certains hôpitaux universitaires suisses, mais aucune règle n'est définie au niveau national.

Le dernier point diffère un peu des autres car nous allons nous pencher sur une des conséquences des DRG qui est une amélioration de la planification hospitalière et non une amélioration directe de la qualité. En quoi la planification hospitalière influence la qualité ?

Grâce aux « benchmarking » rendus possibles par l'introduction des DRG, nous pouvons établir quels sont les hôpitaux ayant une faible productivité dans certains secteurs.

Si nous partons de l'hypothèse que plus un hôpital réalise d'actes médicaux, plus la qualité de ces actes est améliorée, nous pourrions déterminer la performance des hôpitaux et donc évaluer leur qualité de soins.[55] [56]

Un exemple suisse de planification hospitalière : la création du centre de transplantation romand qui répartit les transplantations entre les cantons de Genève et Lausanne selon si la transplantation est logée dans le thorax ou dans la paroi abdominale (voir annexe III).

3.4 Inquiétude sur la protection des données

Comme cela a déjà été mentionné plusieurs fois, l'introduction d'un système de financement par DRG signifie que dorénavant c'est la pathologie qui détermine la facture. De manière très détaillée, le diagnostic, les interventions effectuées et la durée du séjour permettent, grâce à un système informatique, d'établir un DRG.

Il y a beaucoup de polémique dans la presse mettant en avant l'inquiétude de la population.

La transmission de l'information aux assureurs pose question. Actuellement, on demande au patient s'il s'oppose à ce que le DRG figure sur la facture. La plupart du temps, il accepte. «On pourrait imaginer l'inverse: ne pas faire figurer le DRG, sauf si le patient donne son accord», comme le suggère le Dr Dami (voir annexe IV).

Toutefois, il faut relativiser le problème car lors des facturations par séjours les assurances maladies avaient déjà accès à de nombreux renseignements.

Une étude à ce sujet va être menée par le nouveau projet de recherche de l'Institut d'éthique biomédicale de l'Université de Zurich. Elle va analyser les aspects éthiques qu'il faudra prendre en considération et se demander s'il existe un consensus (relatif) quant à ces aspects et à leur importance pour la situation telle qu'elle se présente en Suisse.[57]

4. Quelles sont les finalités des DRG ?

Les swissDRG suscitent des intérêts mais également des avis opposés à l'introduction de swissDRG comme financement hospitalier au niveau national.

4.1 Les Opportunités des DRG

Une des opportunités des DRG est de créer des outils permettant d'améliorer la qualité des soins en hôpital comme discuté sous le chapitre 3. Toutefois, nous pouvons citer d'autres finalités apportées par l'introduction de ce mode de financement. Les opportunités des DRG sont nombreuses et variables, nous allons mettre en évidence ci-dessous les plus importantes.

- L'introduction du financement en SwissDRG permettra de réaliser une description de la clientèle d'un hôpital et donc de connaître la production de ce dernier. Nous serons exactement combien de césariennes, d'infarctus du myocarde,...un hôpital a pratiqué.
Comme nous pouvons connaître le nombre d'interventions médicales réalisées dans un hôpital donné, une pression provenant de certains acteurs de la santé pourrait causer la fermeture d'un hôpital ayant une production faible. C'est d'ailleurs ce qui s'est passé dans le canton de Neuchâtel avec la restructuration de ses hôpitaux (voir annexe V). Le but de cette restructuration est de répartir les missions des soins aigus entre les deux hôpitaux publics du canton de Neuchâtel.
Ce type de réorganisation est nécessaire à une logique d'économie et de qualité des soins. Car plus un hôpital pratique un acte donné, meilleure sera la qualité de ce même acte. C'est pourquoi, une toute petite maternité ne donnant naissance qu'à peu de naissances aura une qualité plus faible qu'un hôpital donnant beaucoup de naissances. C'est une logique d'économie et de qualité des soins qui peut-être mal perçue par certains acteurs et surtout la population qui la considère comme du rationnement des soins.
- La Suisse n'a que de faibles données statistiques sur la santé, par l'entrée en vigueur des SwissDRG au niveau national, l'Office fédéral des statistiques devrait voir sa base de données s'enrichir.
- Une autre utilité du financement en SwissDRG est la possibilité de comparer les hôpitaux entre eux, ou les unités de soins entre-elles (« benchmarking »). La performance des établissements peut être établie. Les gestionnaires possèdent un outil efficace leur permettant d'être plus proche de la réalité concernant l'allocation des ressources par services.
La concurrence entre les établissements va augmenter ce qui devrait élever le niveau de qualité pour la grande satisfaction des patients.
- Avec ce système de financement, la saisie de prestation est uniforme (LAMal art.49, al.6, OCP, 2^{ème} révision LAMal,...). Comme mentionné dans le paragraphe au-dessus cela permet de faire la comparaison des services, des établissements, des cantons entre eux.
- Dorénavant, les assurances pourront grâce aux DRG faire leurs paiements différenciés pour chaque hospitalisation, il y aura davantage de transparence. En effet, lors du remboursement basé sur les services ou le remboursement par forfait

à la journée, la facture était identique que ce soit pour une arthroscopie ou une PTH.

- Les DRG devraient faire baisser la durée moyenne de séjour en hôpital et ainsi faire diminuer les dépenses hospitalières. Comme actuellement, les coûts de la santé ne cessent d'augmenter et que les hôpitaux représentent près de la moitié de ces dépenses, la stabilisation des coûts est un objectif primordial de la politique de la santé. La baisse de la durée moyenne de séjour peut-être perçue comme une opportunité des DRG ou comme une faiblesse comme déjà expliqué sous le chapitre 3.
- Pour terminer, le passage à un financement hospitalier national est une étape essentielle au libre choix de l'hôpital. Ce système permet aussi de mettre les hôpitaux publics et privés sur un même pied d'égalité au niveau des structures et des mandats de prestations.

4.2 Les faiblesses

Comme chaque nouveau système, le financement en swissDRG présente également des faiblesses. Dans le texte ci-dessous nous retrouvons les points qui sont encore critiques.

- Les cas extrêmes doivent être correctement financés pour éviter que les hôpitaux ne sélectionnent les patients en ne choisissant que ceux dont le profil ne dénoncent pas de co-morbidités ou une grande probabilité de faire des complications. Il est également possible que l'hôpital recherche des patients au profil avantageux. Si c'est un hôpital public, il pourra utiliser cet argent pour financer les cas les plus coûteux. Et si c'est un hôpital privé, les avantages apportés par le remboursement seront considérés comme du profit.
- Les hôpitaux doivent disposer d'une comptabilité analytique par unité finale d'imputation s'ils désirent connaître précisément les coûts d'hospitalisation.
- Il y a toujours un problème concernant le financement de certaines dépenses comme celles d'intérêts généraux. Les coûts de formation sont aussi un problème car ils ne sont pas incorporés dans les DRG. Ces derniers devraient avoir un budget séparé ou alors pouvoir être financés par les pouvoirs publics. Il faut être notamment attentif à ce que l'innovation ne baisse pas dû aux problèmes éventuels de financement de la formation. Ou qu'il n'y ait un manque de médecins spécialisés par manque de formation.
- Une autre faiblesse du financement en SwissDRG est le transfert des coûts vers les maisons de repos, les maisons de réadaptation, les soins à domicile... si toutefois une structure en aval le permet.
- Les hôpitaux doivent suivre les réadmissions afin d'analyser et corriger rapidement d'éventuelles dérives.
A partir de quand une ré-hospitalisation engendre un nouveau DRG ?
Cela dépend de combien de temps après la sortie de l'hôpital a eu lieu la réadmission. Une réadmission dans le même hôpital après plus de 7 jours pour le même diagnostic principal ne donne pas lieu à un nouveau DRG et donc à une nouvelle facture, il y aura dans ce cas de figure deux factures (deux DRG). Si toutefois, le patient retourne dans le même hôpital au plus tard 7 jours après sa sortie pour le même diagnostic principal, il n'y aura qu'une seule facture (un DRG).

5. Les DRG chez nos voisins

5.1 Allemagne

Sachant que SwissDRG se base sur le système allemand, nous avons trouvé intéressant d'expliquer brièvement l'introduction des DRG en Allemagne ainsi que quelques une de ces conséquences.

En Allemagne, l'introduction du nouveau système de rémunération par DRG est sans doute la réforme hospitalière de ces dernières années.

Avec la réforme de la santé instaurée en 2000, ils ont décidé d'introduire un système de forfait par cas global basé sur un système de DRG mondialement reconnu. La conception concrète du système a été fixée dans la « Fallpauschalengesetz » (Loi sur les forfaits par cas) en 2002.

Application des DRG

L'application des DRG est devenue obligatoire pour tous les hôpitaux en 2004.

Depuis, plus de 96% d'hôpitaux de soins aigus facturent leurs prestations selon les DRG, à l'exception des hôpitaux psychiatriques.

Certains hôpitaux spécialisés peuvent être exclus s'il peut être prouvé que les forfaits par cas DRG ne permettent pas de modéliser correctement leurs prestations. En 2006, 90 hôpitaux et différentes divisions spécialisées ont profité de la possibilité offerte par leur titre d'« institution particulière » de ne pas facturer selon les DRG.

L'introduction des DRG en Allemagne a permis deux choses :

D'une part l'application des forfaits par cas DRG pour le décompte des prestations entre les hôpitaux et les assurances et d'autre part des prix uniformisés à l'échelle du pays. La phase dite « de convergence » a été nécessaire, elle dure depuis 2005 et durera jusqu'en 2009 voire plus.

Cette transition entraîne une nouvelle répartition des moyens financiers considérables entre les hôpitaux. La rigidité dans l'établissement des budgets hospitaliers disparaîtra ainsi à long terme. Le but est aussi de rémunérer la même prestation au même prix dans chaque hôpital, ce qui nous permet de renforcer la concurrence entre les hôpitaux, le « benchmarking ».

Objectifs de l'introduction des DRG en Allemagne

L'introduction des DRG en Allemagne a plusieurs objectifs, toutefois nous allons nous restreindre aux plus importants. Le premier est l'amélioration de la transparence des prestations, une meilleure rentabilité des hôpitaux et pour finir l'Allemagne a constaté une amélioration de la qualité de ses services dans le milieu hospitalier.

Quelles sont les répercussions de l'introduction de DRG ?

Il faut en particulier souligner l'amélioration de la transparence. Les DRG ont permis d'améliorer très rapidement la transparence autour des prestations fournies dans les hôpitaux. Les données relatives à chaque cas sont transmises chaque année à l'InEK, l'Institut allemand des DRG, par les hôpitaux. Des informations détaillées sur les prestations fournies sont données.

Pour la première fois, nous recevons de grandes quantités d'informations sur les principaux traitements et les spécialisations des hôpitaux.

En Allemagne un des soucis de l'état est la durée d'hospitalisation qui est trop longue, un des objectifs principal des DRG est de mettre fin à cette rémunération journalière et ainsi écarter la fâcheuse inclination à garder les patients plus longtemps que la durée médicalement nécessaire.

Ces dernières années, la durée moyenne d'hospitalisation a déjà considérablement baissée dans les hôpitaux de soins aigus, et cette baisse n'est pas terminée. Non seulement le nombre de lits a baissé mais le taux de fréquentation a également baissé.

Cependant, l'Allemagne a encore une durée d'hospitalisation supérieure à la moyenne mondiale.

Nous constatons également une hausse du nombre de fusions et de coopérations entre hôpitaux. C'est ce que l'on nomme la concentration ou la planification. Cela engendre plus de spécialisations, une meilleure qualité des soins et une meilleure répartition des patients.

Une autre répercussion est la qualité. C'est un point qui nous tient à cœur car c'est le point sur lequel la population suisse remet les swissDRG en question.

Afin de prévenir tout effet néfaste et involontaire de l'introduction des DRG, l'Allemagne a renforcé les mesures d'assurance qualité. Si nous faisons une comparaison avec la Suisse, nous constatons que nous faisons la même chose avec l'introduction des indicateurs de qualité.

Actuellement en Allemagne certains hôpitaux et certaines caisses-maladie s'efforcent déjà visiblement de se profiler dans ce domaine.

Par ailleurs, un catalogue des quantités minimales pour les prestations prévisibles contribue également au contrôle et à l'amélioration de la qualité. Ainsi, depuis 2004 en Allemagne, des hôpitaux peuvent être exclus de la fourniture de prestations s'ils n'atteignent pas certaines quantités minimales.

C'est une pression pour les gestionnaires des hôpitaux qui la transmette aux prestataires de soins. Comment ces deniers vont réagir à la pression des gestionnaires depuis l'introduction des mesures d'assurances qualité face à la déclaration des erreurs? La réaction du prestataire de soins va varier selon la politique de l'hôpital qui peut-être soit punitive soit transparente sans exercer de sanctions.

Qu'en ait-il du catalogue DRG utilisé en Allemagne ?

C'est une question très pertinente car la Suisse a pris comme modèle le système allemand (qu'elle est en train d'helvétiser comme cela a déjà été mentionné). La base du catalogue SwissDRG est le catalogue G-DRG.

Les allemands ont pris comme référence le système australien. D'ailleurs jusqu'en 2003 le catalogue utilisé étaient encore très semblable à ce dernier (664 forfaits par cas DRG). Actuellement le catalogue DRG allemand n'est plus une copie de celui des australiens, il s'est « germanisé ». L'adéquation du modèle et l'orientation de la rémunération sur les prestations ont été améliorées en permanence. C'est à l'aide de spécificités allemandes, telles que les rétributions complémentaires pour des médicaments de chimiothérapie coûteux ou pour les procédures médicales ayant des prestations complexes que les G-DRG sont devenus comme ce qu'ils sont aujourd'hui.

Après seulement quatre étapes de remaniement, la classification allemande des DRG a atteint une position de pointe en comparaison internationale.

Jusqu'au catalogue actuel pour l'année 2007, l'augmentation du nombre de forfaits par cas DRG a ainsi atteint les 1 082 unités (ceci comprends des rétributions complémentaires, notamment pour les médicaments couteux comme les anti-cancéreux). [58][59][60]

5.2 France

Nous allons également exposer très brièvement l'introduction des DRG en France. Pourquoi avoir choisi la France dans cet exposé ?

Tout d'abord car c'est un pays voisins. De plus, nous pourrions observer que la réforme de l'introduction des DRG ne sera pas la seule réforme introduite en France. Il y a également la réforme de « la nouvelle gouvernance ». Ces deux réformes sont les outils que la France utilise afin d'augmenter la performance de ces hôpitaux. C'est un cas intéressant pour la Suisse.

La loi du 18 décembre 2003 a remplacé la dotation globale de financement des hôpitaux publics et participant au service public et les tarifs des cliniques privées par une tarification à l'activité (T2A), modèle inspiré des DRG aux Etats-Unis. Le passage depuis 1^{er} janvier 2004 au financement par une tarification à l'activité ne se fait que progressivement comme nous pouvons le constater dans la figure 8 ci-dessous.

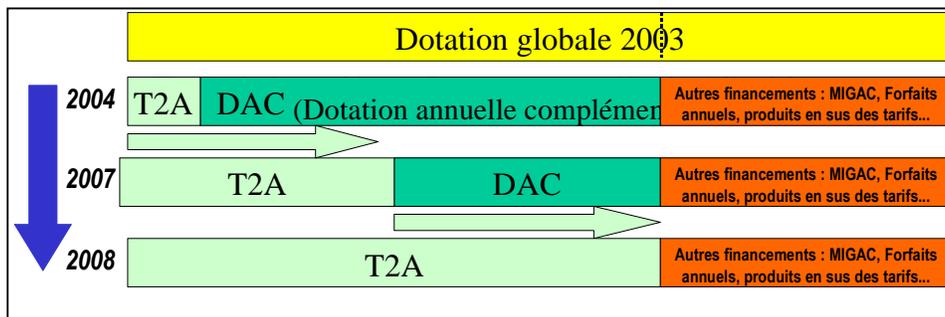


Figure 10 : Passage au financement par tarification à l'activité

La T2A est un outil de financement permettant l'allocation des ressources aux établissements de santé publics et privés au prorata de l'activité réalisée et mesurée à partir des données du programme de médicalisation du système d'information (PMSI). L'objectif du PMSI lancé en 1982 est de définir l'activité d'un hôpital afin de moduler l'allocation budgétaire. Cette réforme cible les hôpitaux titulaires de médecines, chirurgie et obstétrique.

La tarification à l'activité n'est pas uniquement basée sur les GHM, il y a trois types de financement :

- GHM
- Financement mixte pour les urgences et les actes externes comme le prélèvement d'organes avec un montant de ressources annuelles fixes
- Les médicaments coûteux (ex : les anticancéreux)

Le système français est comparable au système de financement en SwissDRG car chaque hospitalisation donne lieu à un groupe homogène de malade (GHM = DRG). La facturation se fera par GHS (groupe homogène de séjours) fondée sur le tarif national affecté d'un coefficient MCO (médico, chirurgie et obstétrique) pour le secteur privé et d'un facteur correcteur géographique pour le secteur public.

La figure 9 ci-dessous illustre quel est le schéma complet de la construction d'un GHM.

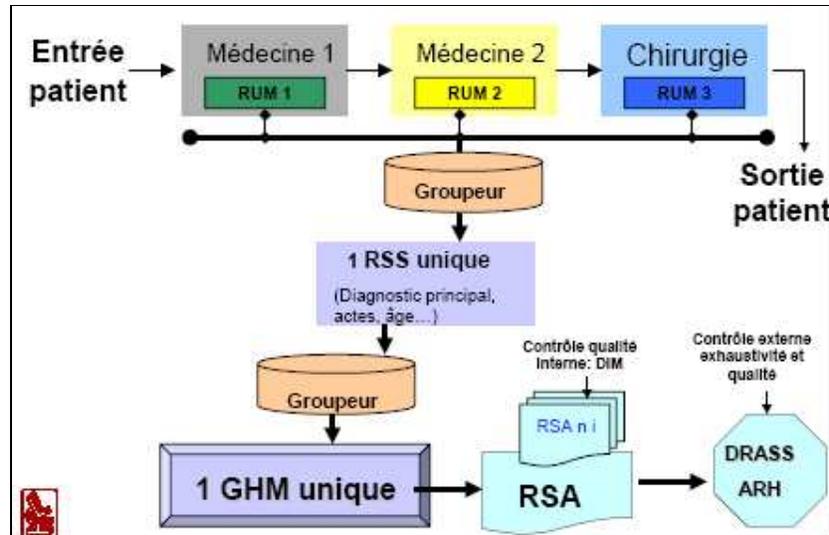


Figure 11: construction d'un GHM

Toutefois, il faut savoir que la réforme du financement n'est pas l'unique réforme hospitalière qu'il y a eu en France. Il y a également « la nouvelle gouvernance » mise en place par l'ordonnance de mai et septembre 2005. Concrètement, il s'agit de mettre en place des pôles d'activités : les services qui sont déjà un regroupement d'unités médicales vont à leur tour se regrouper au sein des pôles. Ce nouveau découpage de l'hôpital répond avant tout à une logique économique (utiliser au mieux ses ressources) et médicale (améliorer la continuité de la prise en charge). Le but étant d'attribuer aux pôles une délégation de gestion (gestion du personnel, enveloppes d'investissement, contractualisation d'objectifs, etc.), des modalités de fonctionnement ainsi que d'instaurer des critères de qualité.

Le passage à la T2A ne va pas sans se poser de question sur la qualité des soins. Pourtant ce nouveau financement se veut être plus transparent.

Toutefois, avant l'introduction de la T2A et de la nouvelle réforme sur la gouvernance hospitalière, il n'y avait aucun incitatif à la performance. Nous pouvons imaginer qu'avec l'introduction de ces réformes des nouveaux outils de pilotage médico-économique soient développés et qu'une équité de traitement entre secteurs et entre établissements voit le jour. Par ces Termes, nous entendons augmenter l'efficacité des hôpitaux.[61][62][63]

Il y a un aspect du financement hospitalier de la France qui serait un bon exemple pour la Suisse. Il s'agit du financement des médicaments coûteux qui sont séparés des GHM. En effet si nous reprenons l'exemple du patient hémophile.

Dans le système SwissDRG la facture d'une chirurgie d'un patient sans co-morbidité et d'un patient hémophile est identique. Dans ce cas précis, les coûts additionnels du médicament sont à charge de l'hôpital, et peu causer la faillite d'un petit établissement ou alors ça la sélection des patients. En France, avec leur financement de médicaments coûteux hors GHM, il y a moins de risque que cela arrive. Comme mentionné dans le chapitre précédent, l'Allemagne a aussi un système pour les traitements spéciaux et les médicaments coûteux.

6. Conclusions

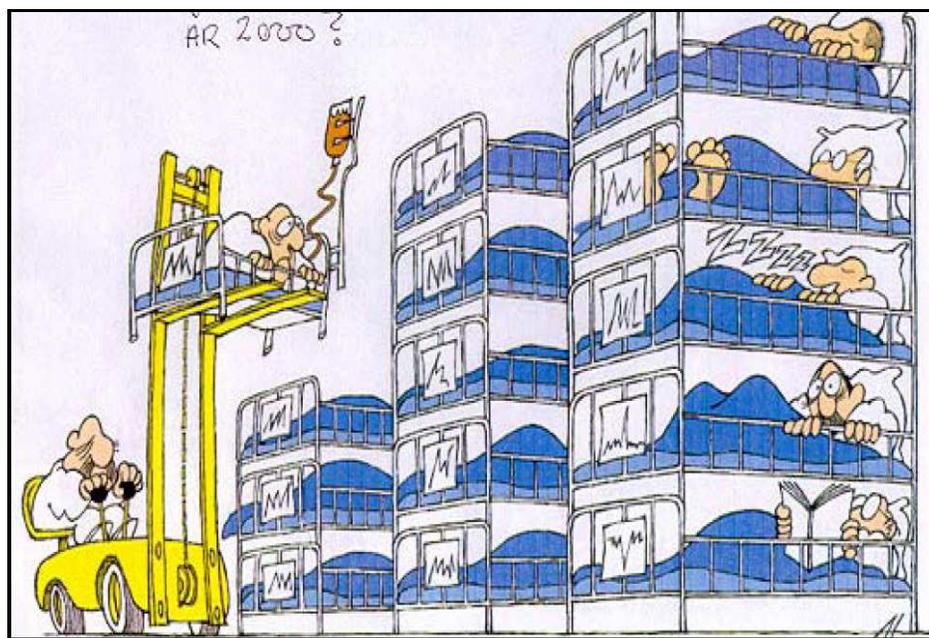
Les DRG, Diagnosis Related Groups, sont une classification permettant de regrouper les hospitalisations de soins aigus en fonction des affections traitées et des coûts engendrés. Leurs origines, leurs mises en place ainsi que leurs finalités ont été présentées le long de ce travail.

Les opportunités apportées par l'introduction du financement en SwissDRG sont nombreuses : une plus grande transparence, une diminution des coûts par la baisse de la durée moyenne de séjour, la possibilité de décrire la patientèle et par conséquent la production d'un hôpital et la possibilité de faire du « benchmarking » inter-hospitalier ou le « benchmarking » entre les secteurs.

Nous avons défini le financement en DRG comme étant une incitation à l'efficacité. Néanmoins, ce système contient des faiblesses pouvant causer une perte de qualité dans les hôpitaux. Les risques, par exemples sont la sélection des patients, la sortie anticipée avec un état de santé instable ou le transfert des patients vers des autres établissements ou en soins à domicile. Pour éviter que la qualité des soins ne soit diminuée par l'introduction des DRG, des indicateurs de qualité ont dorénavant des mesures d'accompagnements.

Idéalement, comment voyons-nous l'introduction des DRG en Suisse par rapport aux points mentionnés le long de ce travail ?

Le cas parfait serait un financement non pas de la qualité mais par la qualité. Dans ce cas, les DRG seraient modulés en fonction de la qualité observée, une implication des acteurs (gestionnaires, hospitaliers, assureurs,...) le processus de la tarification est primordial, ce qui n'est pas encore le cas aujourd'hui. [39]



7. Bibliographie

1. OFS, coûts et financement du système de santé 2005, Neuchâtel 2007, p.21
2. Institut Canadien d'information sur la santé, méthodologie de regroupement des soins de courte durée : des groupes de diagnostics connexes au ramaniement des groupes de maladies analogues, février 2004, p 2-5
3. www.apdrgsuisse.ch/public/fr/0706schenker_drg_f.pdf
4. www.apdrgsuisse.ch/
5. http://www.gdkcds.ch/fileadmin/pdf/Themen/Tariff Fragen/SwissDRG/Pressemitteilung_Systemwahl_19_12_05-f.pdf
6. http://www.isesuisse.ch/fr/conferences/conf_050614_pcs-hg.pdf
7. Neue Zürcher Zeitung, Faullpauschallen in spitälern optimal gestalten, 05.05.2008
8. www.swissdrg.org/
9. Gerhard Kocher Willy Oggier, Système de santé suisse 2004-2006 Survol de la situation actuelle, p 315-320
10. www.isesuisse.ch/fr/conferences/conf_050614_pcs-hg.pdf
11. <http://www.sqlape.com/HC-implementation-f.htm>
12. www.nicecomputing.ch/nice-code/nicecode_f_2.html - 13k
13. www.isesuisse.ch/fr/conferences/e_031203tutorial1f-camey.pdf
14. AP-DRG et règles de codage des diagnostics et des interventions dans la statistiquemédicale, StatSanté N° 02/2001
15. Changement du diagnostic principal et définition du cas dans la statistique médicale, N° 02/2001
16. ICD-9-CM, volume 3, version 8.0, 2005
17. http://www.dsas.vd.ch/ssp/Annuaire/Contenu_html/Annuaire%202005/Tableaux%20Excel/THM4a.xls
18. www.apdrgsuisse.ch/public/fr/o_rapport_cw_v51b_f.pdf
19. www.isesuisse.ch/fr/conferences/conf_050614_pcs-jcr.pdf
20. http://www.isesuisse.ch/fr/conferences/e_061117-guillain.pdf
21. www.zmt.ch/it/stationaere_tarife_apdrg_regeln_rechnungsstellung_df.pdf
22. http://www.zmt.ch/fr/stationaere_tarife/stationaere_tarife_apdrg/stationaere_tarife_apdrg_grundlageninformationen.htm
23. SwissDRG Forum 2006, 6. September 2006, Basel
24. www.isesuisse.ch/fr/conferences/e_0411pcs-tut1_bench-gen-sp.pdf
25. www.forumgesundheitschweiz.ch/fr/images/pdf/ref_langenberger_f.pdf

26. LAMal
27. <http://www.isesuisse.ch/fr/apdrg/apdrg.htm>
28. Communiqué concernant la conférence de presse SwissDRG du 22 mars 2006
29. http://www.saez.ch/pdf_f/2008/2008-04/2008-04-076.PDF
30. http://www.gdkcde.ch/fileadmin/pdf/Aktuelles/Medienmitteilungen/Pressemitteilung_GL-Wahl_14_09_07-f.pdf
31. http://www.isesuisse.ch/fr/conferences/conf_070510-11_programme.pdf
32. Newsletter SwissDRG, numéro 2, 2006, Information sur l'association et le projet swissdrg
33. Mandat de projet SwissDRG, version destinée au Cstr du 25.6.2004
34. Rapport sur la qualité 2007, hôpitaux, cliniques et institutions de réadaptation et de soins de longue durée suisse : résultats de l'enquête, p.1-10
35. <http://www.hplus.ch/fr/>
36. http://www.infoforhealth.org/pr/prf/fj47/j47chap1_1.shtml
37. Sax H. for the SwissNOSO Network. Interhospital differences in nosocomial infection rates. The second swiss nosocomial infection prevalence study. *4th Decennial International Conference on Nosocomial and Healthcare-Associated Infections 2000*, Atlanta
38. Swiss-noso, la fréquence des infections nosocomiales comme indicateurs de la qualité des soins, volume 8, numéro 1, mars 2001
39. www.cihi.ca
40. <http://www.bag.admin.ch/aktuell/00718/01220/index.html?lang=fr&msg-id=16728>
41. Gérer et comprendre, Financer la qualité des soins hospitalier ? jusqu'où aller ?, septembre 2005, numéro 81
42. Jean-Claude Rey, extrait de "Editorial", in DRG News no 3, avril 1991
43. Kahn K, Keeler E, Sherwood M *et al.* Comparing outcomes of care before and after implementation of the DRG-based Prospective Payment System. *J Am Med Assoc* 1990; 264: 1984-1988
44. Development and experience with DRG in USA
45. Margarida Bentes, extrait de "L'utilité des DRG pour identifier les problèmes de qualité", in PCS News no 13, octobre 1993
46. Jarvis. *Infect Contr Hosp Epid* 17:552-557, 1996.
47. Journal Watch General Medecin, Effect on prospective payment system on quality of care, october 19, 1990
48. Journal of Health Care Finance, The impact of DRG-based payment systems on quality of health care in OECD countries.(diagnosis-related group)(Organization for Economic Cooperation and Development), september 2004

49. Finger, "Medicare's New Red Flag: Same-Day Readmissions," *Medical Economics* 77 no. 13 (2000): 41-49
50. <http://www.cardiologie-francophone.com/PDF/articles/qualite-hopital.pdf>
51. P. Hensen^{1,2}, S. Beissert¹, L. Bruckner-Tuderman³, T. A. Luger¹, N. Roeder² and M. L. Müller^{2,3} Introduction of diagnosis-related groups in Germany: evaluation of impact on in-patient care in a dermatological setting, *The European Journal of Public Health Advance Access* originally published online on June 14, 2007
52. M. Braga, A. Cicchetti, J. Gonnella, C. Laine, D. Louis, C. Rabinowitz, and E. Yuen, "Impact of DRG-based Hospital Financing System on Quality and Outcomes of Care in Italy," *Health Services Research* 34 no. 1 (April 1999): 405-415.
53. *International Journal for Quality in Health Care*, Patient-reported quality of life before, compared with after a DRG intervention 15:433-440, 2003
54. C:\Documents and Settings\SUSI\Bureau\qualité\fmCh DRG.htm
55. SwissDRG Forum 2006, l'hôpital à l'ère DRG, 6 septembre 2006, Bâle
56. *Soz Praeventivmed*, l'Europe des DRG, 1989; 34:152-155
57. *Bulletin des médecins suisses*, Einführung der Fallpauschalen in der Schweiz -eine Frage der Ethik 2008;89: 9
58. www.hec.unil.ch/iems/rechercheexpertise/projets/DRG_et_financement_des_hopitaux-Rapport_LS-020505.pdf
59. Exposé du D^r Klaus Theo Schröder, Secrétaire d'Etat au Ministère allemand de la Santé
60. www.cipfa.org.uk/panels/health/download/payment_by_results_german_lessons.pdf
61. LE LUYER B. ⁽¹⁾ ; LE ROUX P. ⁽²⁾ ; BRIQUET E. ⁽³⁾ ; La T2A des fantasmes à la réalité l'exemple du Groupe Hospitalier du Havre, *Revue internationale de pédiatrie*, 2005, n°337, pp. 4-12
62. B. Le Luyer^a, I. Daire^a, P. Le Roux^b and E. Briquet, La T2A des fantasmes à la réalité, l'exemple du groupe hospitalier du Havre *Medicoeconomic results of the pediatric unit at Le Havre hospital*, *Archives de Pédiatrie*, Volume 13, Issue 6, June 2006, Pages 588-591
63. www.ulpmmed.ustrasbg.fr/medecine/cours_en_ligne/e_cours/1ercycle/epidemiologie/ECO_SA_P2_003.pdf

Liste des annexes

Annexe I: Formules pour calculer les CW de durée inférieure à la borne, les CW de durée entre les bornes supérieures, CW durée après la deuxième borne

Annexe II : Membres du conseil administratif de SwissDRG S.A.

Annexe III : Planification hospitalière : création du centre de transplantation romand

Annexe IV : Polémique dans la presse populaire sur l'introduction des DRG et la protection des données

Annexe V : Restructuration des hôpitaux de Neuchâtel

Annexe 1 :

Formules pour calculer les **CWL** de durée inférieure à la borne, les **CWH1** de durée entre les bornes supérieures et les **CWH2** de durée après la deuxième borne

$$\text{CWL} = \text{CW} / \text{ALOS} \times \text{LOS} \times 2$$

$$\text{CWH1} = \text{CW} + [\text{CW} / \text{ALOS} \times (\text{LOS} - \text{HTP1}) \times (2.43 - ((\text{LOS} - \text{HTP1}) / \text{HTP1}))]$$

$$\text{CWH2} = \text{CW} + [\text{CW} / \text{ALOS} \times (\text{HTP2} - \text{HTP1}) \times (2.43 - ((\text{HTP2} - \text{HTP1}) / \text{HTP1}))] + [\text{CW} / \text{ALOS} \times (\text{LOS} - \text{HTP2}) \times 0,7]$$

Annexe II : Membres du conseil administratif de SwissDRG S.A.

Fondation de la SwissDRG SA



Les membres du Conseil d'administration sont les suivantes:

- président du Conseil d'administration de la SwissDRG SA: Conseiller d'Etat Carlo Conti
- vice-président de la SwissDRG SA: le directeur de santésuisse, Fritz Britt
- Conseiller d'Etat Pierre-Yves Maillard,
- Conseiller d'Etat Thomas Heiniger,
- Bernhard Wegmüller, directeur de H+ les Hôpitaux de Suisse,
- Rita Ziegler, présidente de la direction hospitalière de l'Hôpital universitaire de Zurich,
- le Dr Pierre-François Cuénoud, médecin-chef en chirurgie à Sion, membre du Comité central de la FMH,
- Manfred Manser, président de la direction du groupe Helsana
- Willi Morger, président suppléant de la direction de la Suva.

L'élection en septembre dernier de Simon Hölzer à la direction du Case-Mix-Office a été confirmée.

Annexe III :

Planification hospitalière : création du centre de transplantation romand

Le Centre romand de transplantation

Le 1^{er} février 2004, les Conseils d'Etat des cantons de Vaud et de Genève ont décidé de créer un réseau romand hospitalo-universitaire de la transplantation et de répartir les transplantations d'organes entre Genève et Lausanne. Ils en ont confié la mise en oeuvre à l'Association Vaud-Genève.

La répartition officielle des transplantations entre les deux sites est une première en Suisse. Elle suit une logique d'organes: à Lausanne, ceux logés dans le thorax (coeur-poumon); à Genève, ceux logés dans l'abdomen (foie-pancréas/îlots-intestins), la transplantation des reins étant maintenue sur les deux sites. Les transplantations de moelle osseuse (autogreffe à Lausanne, allogreffe à Genève) étaient déjà réparties depuis plusieurs années, à la satisfaction de tous. Des programmes de greffes à partir de donneurs vivants existent sur les deux sites (pour les greffes de rein) ou aux HUG (pour les greffes de foie).

Dans la pratique, les deux hôpitaux universitaires continuent d'identifier parmi les patients les candidats à une transplantation, de quelque organe que ce soit, et à les suivre après l'opération. Seul l'acte chirurgical a lieu sur le site concerné par la nouvelle répartition.

Grâce à cette répartition équilibrée des rôles entre Genève et Lausanne, toutes les activités de transplantations d'organes et de cellules souches hématopoïétiques sont possibles en Suisse romande. Le maintien des deux sites et leur étroite collaboration favorisent également des synergies universitaires indispensables aux progrès de la transplantation. L'expérience montre aussi que la présence d'un centre de transplantation a une influence sur le nombre de donneurs d'une région, ce qui n'est pas négligeable s'agissant de la pénurie de donneurs et d'organes.

Depuis 2006, le « réseau » romand de la transplantation est devenu le « **Centre romand de transplantation** », ce qui lui donne une visibilité et une reconnaissance plus grandes. Le Centre romand est dirigé conjointement par le professeur Philippe Morel, des HUG (Directeur chirurgical) et le professeur Manuel Pascual, du CHUV (Directeur médical).

Enfin, on peut noter que chaque hôpital (CHUV et HUG) possède un service de transplantation, qui fonctionne sur un mode interdisciplinaire et qui est dirigé par un chef de service de rang professoral. La création des services de transplantation au CHUV et aux HUG a contribué à valoriser les programmes de transplantation existants au niveau romand et permet au Centre romand d'avoir des bases solides. La prise en charge médicale et infirmière des patients se fait au quotidien sur chaque site de façon interdisciplinaire. De nombreux autres services jouent un rôle important dans cette prise en charge depuis la phase immédiate en post-greffe (anesthésiologie, soins intensifs, radiologie) jusqu'à la phase plus tardive (spécialistes d'organes, maladies infectieuses, immunologie, psychiatrie, etc.)

Un objectif d'excellence

La répartition des greffes en Suisse Romande assure la masse critique nécessaire à la qualité des soins, de la formation et de la recherche sur les deux sites. Le Centre romand de transplantation garantit une prise en charge clinique des patients romands similaire à Genève et à Lausanne. Un recueil commun de prise en charge, par organe, a été mis au point en 2004.

Le Centre romand organise également en commun l'enseignement aux étudiants de médecine, en étroite collaboration avec les autres services impliqués en transplantation. Un séminaire postgradué bimensuel a lieu sur chaque site, et plusieurs symposiums régionaux ou internationaux dans le domaine des greffes sont régulièrement organisés. La mise en place d'une base de données informatique commune CHUV-HUG pour la transplantation est également en cours d'organisation, grâce à une collaboration étroite entre les offices informatiques des deux institutions.

Des projets de recherche fondamentale et des projets transversaux (inter-services) de recherche clinique existent sur les deux sites hospitalo-universitaires, dans des domaines divers tels que l'immunologie de transplantation, la prévention ou le traitement des complications infectieuses après transplantations, la chirurgie des greffes, les aspects psychologiques ou la réinsertion professionnelle des patients ayant reçu une greffe d'organe.

Annexe IV :

Polémique dans la presse populaire sur l'introduction des DRG et la protection des données

Inquiétude sur la protection des données

«Le public n'en a jamais entendu parler», réagissait hier un membre de la commission santé de l'Université du troisième âge, devant laquelle le Dr François Borst présentait le système des DRG.

Alors que l'introduction du tarif pour la médecine ambulatoire (TarMed) a fait couler beaucoup d'encre, la nouvelle tarification hospitalière reste méconnue de la majorité de la population. «Et pourtant, les DRG sont là. Il ne s'agit plus d'être pour ou contre», considère le Dr Borst. Le médecin reconnaît que le système, conçu il y a près de trente ans par un économiste de l'Université de Yale, n'est pas optimal pour mesurer la santé. «C'est un outil à court terme, qui ne s'occupe que d'une hospitalisation à la fois, sans vision d'ensemble. » Le système réduit la durée du séjour à l'hôpital, mais on ne se préoccupe pas du risque d'accroître les réhospitalisations et les séjours en maison de convalescence.

Ancien chef de la Polyclinique de médecine des HUG, le professeur Hans Stalder est sceptique. «On sépare le social du médical en ne tenant compte que du diagnostic. Or, la même maladie sera plus grave chez un patient pauvre, âgé, dont personne ne va s'occuper à la maison. » Il craint «d'énormes pressions pour faire sortir les patients plus vite». Selon François Borst, des représentants des assurances sont venus rendre visite à des patients pour les inciter à rentrer chez eux.

«Il existe un danger potentiel de pousser les médecins à faire au plus vite», renchérit le Dr Fabrice Dami. Il n'a reçu aucune remarque de ses collègues en ce sens. «S'ils reçoivent des pressions, les médecins doivent oser le dire. »

Autre inquiétude: la protection des données. «Avant, on facturait aux assureurs une pneumonie et dix jours d'hospitalisation, reprend Fabrice Dami. Là, on indique que la pneumonie atteint un séropositif, avec hépatite C, et tel ou tel antécédent. C'est bien plus détaillé. » La transmission de l'information aux assureurs pose question. Actuellement, on demande au patient s'il s'oppose à ce que le DRG figure sur la facture. La plupart du temps, il accepte. «On pourrait imaginer l'inverse: ne pas faire figurer le DRG, sauf si le patient donne son accord», suggère le Dr Dami.

Relativisant le danger, François Borst estime que les assureurs savaient déjà beaucoup de choses avant (l'ordonnance révélant la pathologie). A la direction médicale des HUG, Pierre Conne rassure: «Le DRG ne donne pas d'information sensible sur les cas individuels. Si une personne séropositive est hospitalisée pour un cancer, va aux soins intensifs et subit une opération chirurgicale, c'est cette opération qui va dénommer le DRG, sans spécifier la séropositivité. »

Annexe V : Restructuration des hôpitaux de Neuchâtel

Hôpitaux: concentration des soins aigus à La Chaux-de-Fonds et Neuchâtel

NEUCHATEL. Les deux hôpitaux publics de La Chaux-de-Fonds et Neuchâtel se partageront à l'avenir les missions de soins aigus dans le canton. Le Conseil d'Etat a annoncé vendredi ses décisions définitives concernant la réforme hospitalière.

Vendredi 18 janvier 2008 16:30
ATS

L'Hôpital de La Chaux-de-Fonds abritera un site cantonal unique mère-enfant. Le centre de pédiatrie hospitalière regroupera les activités de gynécologie, obstétrique, néonatalogie, ainsi que le traitement des grossesses à risque. Le Conseil d'Etat prévoit d'importants travaux de rénovation de l'hôpital.

Au début de 2007, l'annonce du transfert à Neuchâtel des activités de pédiatrie avait suscité une manifestation de protestation à La Chaux-de-Fonds, à laquelle avaient participé plus de 3000 personnes. Le Conseil d'Etat avait alors décidé de geler le projet.

Redimensionnement

La direction d'Hôpital neuchâtelois (HNe) avait été priée d'étudier un nouveau plan de répartition des missions hospitalières. Le programme destiné à réduire le surdimensionnement des hôpitaux du canton a été présenté par le conseiller d'Etat Roland Debély, à l'occasion d'une conférence de presse.

Le plan de restructuration prévoit la concentration à l'Hôpital Pourtalès de Neuchâtel d'un centre de l'appareil locomoteur. Celui-ci regroupera les activités relatives à l'orthopédie, la traumatologie osseuse, la chirurgie vertébrale, la rhumatologie et la neurologie.

Prestations communes

Selon Roland Debély, la totalité des soins aigus dispensés dans le canton seront regroupés à La Chaux-de-Fonds et Neuchâtel. Des prestations seront conservées dans les deux hôpitaux, notamment en ce qui concerne la chirurgie générale, la policlinique, les soins intensifs, les urgences et l'oncologie.

La mission des quatre autres hôpitaux du canton sera réorientée sur des activités telles que la gériatrie ou la réhabilitation faisant suite aux soins aigus. Cette décision implique la suppression du plateau de chirurgie de l'Hôpital du Val-de-Travers à Couvet, qui abandonne son statut d'établissement de soins aigus.

Fin d'un partenariat

En outre, la décision du Conseil d'Etat abolit le partenariat entre Hôpital neuchâtelois (HNe) et l'Hôpital de La Providence à Neuchâtel. Cet établissement indépendant ne recevra plus l'enveloppe annuelle de 17 millions de francs mise à disposition par l'Etat pour son implication dans le système cantonal de santé.

Selon le conseiller d'Etat, l'Hôpital de la Providence doit tirer les conséquences de son refus d'intégrer la structure HNe. Il n'est pas exclu que cet établissement, réputé pour la qualité de ses soins, devienne une clinique privée. Les responsables de La Providence ont

annoncé une conférence de presse pour mardi.

Horizon 2015

Le programme de restructuration doit être achevé d'ici 2015. Les activités de pédiatrie seront transférées provisoirement à Neuchâtel pendant les travaux de réfection de l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds. La création de 48 emplois et une augmentation du nombre de lits de soins aigus sont prévues dans cet établissement.