

APDRG

Svizzera
Schweiz
Suisse



Le financement des hôpitaux suisses par APDRG en 2002

Luc Schenker

Président de l'association *APDRG Suisse*
Institut d'économie et management de la santé de l'Université de Lausanne

Juin 2001

Préambule

Le projet de modification du financement des hôpitaux suisses en cours d'examen par le Parlement fédéral prévoit l'introduction d'un financement par groupe de patients. A titre d'essai, deux des plus grands cantons suisses, Vaud et Zürich, ont décidé d'introduire le financement par APDRG (« All patients diagnosis related groups ») dès 2002. Un comité de projet (*APDRG Suisse*) a été mandaté pour définir les spécifications nécessaires à l'utilisation des APDRG en Suisse. Ce travail s'est terminé en mai 2001 et les partenaires (cantons, assureurs maladie et accident, hôpitaux) sont passés à la phase de mise en oeuvre à Lausanne et à Zürich.

Pourquoi les APDRG? Les APDRG sont-ils adaptés au contexte helvétique? Quelles sont les caractéristiques des APDRG suisses? Quelles sont les précautions à prendre dans le financement des hôpitaux par APDRG? Quelles adaptations implique ce nouveau mode de financement pour les différents acteurs? Voici les questions qui seront traitées sur l'historique des DRG en Suisse.

Etudes et expériences en Suisse sur les APDRG

C'est au début des années 1980 qu'une équipe scientifique, dans le cadre de l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Lausanne, a été chargée d'évaluer la pertinence des DRG pour financer les hôpitaux en Suisse. Cette évaluation s'est déroulée en parallèle aux travaux effectués en France, en Grande-Bretagne et en Belgique notamment, ce qui a permis un échange profitable d'expériences. Le rapport ⁽¹⁾ a été publié en 1987. Il concluait que cette technique présentait de nombreux avantages et qu'il était recommandé de l'introduire en Suisse.

Ces conclusions se sont heurtées à de nombreuses réticences. C'est la raison pour laquelle le gouvernement suisse n'a pu introduire qu'en 1998 l'obligation légale de fournir pour chaque séjour hospitalier les données médicales de base. Le gouvernement fédéral a choisi les nomenclatures ICD-10 pour les codes diagnostiques et ICD-9-CM pour les interventions. Cette décision a ouvert la voie pour le choix d'un grouper. En 1997, une conférence nationale d'experts et de représentants des partenaires de la santé a recommandé l'utilisation de la version 12 des APDRG développée pour l'Etat de New-York par 3M. Cette version a été adaptée à la codification ICD-10 par 3M. Une association -*APDRG Suisse*- a alors été créée pour coordonner la mise en oeuvre sur le plan national et calculer les poids relatifs par APDRG sur la base d'un échantillon d'hôpitaux.

Jusqu'à cette date, les milieux professionnels hospitaliers sont parvenus à reporter toute décision sur l'utilisation des APDRG. C'est la raison pour laquelle seuls deux cantons, mais les plus peuplés des deux régions linguistiques, ont décidé de se lancer dès 2002. Toutefois, le projet rencontre un intérêt croissant chez les assureurs et auprès d'un nombre grandissant de cantons et de responsables d'hôpitaux.

Un rapport détaillé sur les spécifications d'utilisation des APDRG pour le financement hospitalier a été publié en mai 2001 ⁽²⁾ par *APDRG Suisse* permettant ainsi aux deux projets cantonaux mentionnés de démarrer en 2002, selon les prévisions.

Pourquoi les APDRG?

C'est l'étude des expériences principalement françaises, australiennes et belges, ainsi que les tests réalisés dans les hôpitaux universitaires de Lausanne et de Genève qui ont convaincu les professionnels d'adopter les APDRG pour débiter en Suisse. En effet, les APDRG avaient le grand avantage de pouvoir être calculés à partir de données de routine relevées légalement dans les hôpitaux, sans transcodage (les expériences de transcodage menées dans les années 80 ont conclu qu'il fallait absolument éviter d'y recourir), de minimiser les imprécisions du codage au début, d'être disponibles rapidement grâce au partenariat avec 3M et d'avoir un coût acceptable.

Les tests dans les hôpitaux universitaires de Lausanne et de Genève, ainsi que les expériences réalisées en Australie et en Belgique ont toutefois démontré la supériorité des versions prenant en compte la sévérité, telles que par exemple les APRDRG (All patient refined diagnosis related groups) ou les IRDRG (International refined diagnosis related groups). C'est la raison pour laquelle des tests sont actuellement menés en partenariat entre APDRG Suisse et 3M sur les IRDRG.

Les APDRG sont-ils adaptés au contexte helvétique pour le financement des hôpitaux?

Un ensemble de raisons liées aux caractéristiques de l'organisation du système de santé suisse, d'une part, et des orientations politiques actuelles, d'autre part, milite en faveur de l'introduction des APDRG :

- La loi fédérale vise à encourager la concurrence par les primes d'assurances et donc par le prix des prestations de soins. Cela nécessite un système de tarifs transparent autre que le système de facturation à l'acte qui est expressément interdit par la loi.
- Les expériences de budget global dans certains cantons ont montré les limites de ce système. Sa rigidité décourage les hôpitaux de s'adapter à l'évolution des besoins de la population et favorise une allocation des ressources peu efficiente.
- Face à la croissance des exigences des patients et des médecins et donc des coûts, les APDRG sont un bon compromis de partage des risques entre prestataires et financeurs.
- Le service public est de plus en plus perçu en Suisse comme un objectif à réaliser et non comme un organisme de l'Etat. Les principes de la nouvelle gestion publique font de plus en plus d'adeptes. Les APDRG sont de bons indicateurs pour la conclusion de contrats de prestations.
- La multitude de financeurs des hôpitaux nécessite de disposer d'indicateurs pertinents pour répartir les coûts entre assureurs maladie, accident, invalidité et les pouvoirs publics locaux. Les APDRG répondent parfaitement à cet objectif.

Caractéristiques de financement des hôpitaux par APDRG en Suisse

Ce financement ne concerne que les divisions d'hôpitaux qui traitent, en un ou plusieurs jours, des patients somatiques aigus hospitalisés, à l'exclusion des divisions psychiatriques, de réadaptation ou de long séjour ⁽²⁾.

A chaque APDRG est associé un cost-weight (poids relatif) respectivement pour l'hospitalisation de plus de 24 heures et pour l'hospitalisation d'un jour, ainsi que - pour l'hospitalisation de plus de 24 heures - une durée moyenne de séjour, une borne inférieure et une borne supérieure (exprimées en jours) permettant de distinguer les séjours correspondant aux valeurs du cost-weight (inliers) des séjours extrêmes (outliers) bas et hauts ⁽³⁾.

Ces données ont été calculées sur la base d'un échantillon national. Les durées moyennes de séjour représentent la moyenne des inliers. La valeur 1.0 des cost-weights est la moyenne des séjours inliers de l'échantillon national. Les cost-weights des hospitalisations d'un jour sont calculés également à partir de cette moyenne de 1.0.

Les outliers sont valorisés à raison de 70% du cost-weight journalier, en soustrayant ou en additionnant l'écart entre la durée de séjour et la borne inférieure ou supérieure des outliers. Les outliers ont été déterminés par durée de séjour, avec la méthode gamma au percentile 98.

Chaque séjour dans un hôpital donné est pris en compte comme un séjour, y compris les réhospitalisations et les transferts d'un hôpital à un autre. Les nouveau-nés sont pris en compte comme un séjour distinct de celui de la mère. La valeur du point se situe autour de Fr 6'800.- pour la valeur 1 (plus ou moins 15% selon les hôpitaux).

Quelques exemples :

APDRG 6 : Libération du tunnel carpien

- *en hospitalisation de plus de 24 heures :*
 - cost-weight : 0.506 points
 - durée moyenne de séjour : 4.1 jours
 - borne supérieure : 6 jours
 - borne inférieure : 3 jours
- *en hospitalisation d'un jour :*
 - cost-weight : 0.218 points

APDRG 373 : Accouchement non compliqué par voie vaginale et
APDRG 629 : Nouveau-né de 2.5 kgs et plus sans intervention avec diagnostic normal

- *en hospitalisation de plus de 24 heures :*
 - cost-weight : 1.035 points (0.682 + 0.353)
 - durée moyenne de séjour : 5.2 jours
 - borne supérieure : 7 jours
 - borne inférieure : 4 jours
- *en hospitalisation d'un jour :*
 - cost-weight : 0.604 points (0.370 + 0.234)

- APDRG 107 : Pontage coronarien sans cathétérisme cardiaque
 (exemple de valorisation inliers/outliers)
 - *caractéristiques* :

cost-weight :	3.400 points
durée moyenne de séjour :	10.8 jours
borne supérieure :	14 jours
borne inférieure :	8 jours
valeur du point :	Fr. 6'800.-
 - *valorisation inliers* :

3.400 pts à Fr. 6'800.- =	23'120.-
---------------------------	----------
 - *valorisation séjour extrême supérieur (24 jours)* :

$(3.400 + (3.400/10.8 \times (24-14) \times 0.7)$ pts à Fr. 6'800.- =	38'105.-
---	----------
 - *valorisation séjour extrême inférieur (3 jours)* :

$(3.400 - (3.400/10.8 \times (8-3) \times 0.7)$ pts à Fr. 6'800.- =	15'627.-
---	----------

Précautions d'utilisation

Les risques liés au financement par APDRG sont bien connus grâce aux expériences américaines et les experts estiment qu'ils peuvent être bien maîtrisés, particulièrement dans le cadre d'un système de service public et d'assurance maladie universelle. Les auteurs du rapport précité ⁽²⁾ ont émis les recommandations suivantes :

- Les cas extrêmes doivent être correctement financés pour éviter que les hôpitaux sélectionnent les patients.
- Les hôpitaux doivent disposer d'une comptabilité analytique par unité finale d'imputation qui permette de connaître précisément les coûts d'hospitalisation.
- Les pouvoirs publics doivent compenser correctement les frais supplémentaires liés aux tâches spécifiques de santé publique (urgences, catégories de population particulières, ...) ainsi que les coûts induits lorsque l'hôpital est également un centre de formation et de recherche.
- Les hôpitaux doivent suivre les réhospitalisations et les transferts afin d'analyser et corriger rapidement d'éventuelles dérives.
- Des procédures de certification et de contrôle par échantillon doivent être mises en oeuvre pour garantir la qualité de la comptabilité analytique et du codage médical, ainsi que pour évaluer les hospitalisations et les journées inappropriées.

- Les analyses de case-mix et de provenance des patients permettent d'évaluer de manière précise *a posteriori* les éventuelles stratégies de sélection des risques par les hôpitaux et de prendre les mesures adéquates prévues par les dispositions contractuelles, selon le principe qu'un hôpital doit accepter tout patient que ses compétences lui permettent de traiter.

- L'Office fédéral de la statistique peut suivre, sur l'ensemble du territoire national, les trajectoires des patients grâce à un identificateur unique et anonyme, ce qui permet d'évaluer les reports de charges sur le moyen séjour (établissement de réadaptation), par exemple, et de corriger les cost-weights en conséquence.

- Les risques liés au rationnement des prestations et à la baisse de qualité doivent être suivis. Ils peuvent l'être par des évaluations statistiques (durée de séjour par exemple) ou des indicateurs spécifiques (taux d'infections nosocomiales, taux d'escarres, ...).

Quelles adaptations pour les acteurs?

Le secteur de la santé en Suisse n'a pas ou très peu d'expérience de gestion dans un contexte de concurrence par les prix. L'idée même de gérer ainsi les soins est d'ailleurs souvent jugée difficilement acceptable pour une grande partie des responsables politiques ou des professionnels, pour de bonnes raisons (éthique, équité, ...) et de moins bonnes (stratégies professionnelles ou politiques).

Indépendamment de ces interrogations sur son bien-fondé, l'introduction d'une concurrence par les prix aura une incidence certaine sur l'organisation et le management des hôpitaux, des assurances et des administrations publiques. Il est donc nécessaire de prévoir des modalités de changement suffisamment tôt.

Quels sont les principaux changements et les conditions de réussite de leur mise en oeuvre pour l'administration sanitaire, les assureurs et les hôpitaux?

Pour les administrations publiques, il s'agira de maîtriser les techniques d'encadrement du marché (incitation et évaluation) afin de répondre aux objectifs d'un Etat garant plutôt que d'un Etat fournisseur et administrateur de prestations. Le problème majeur sera d'éviter la sélection des risques par les assureurs et les prestataires de soins et d'inciter les partenaires à un management des soins et de la qualité et non seulement des coûts.

Pour les assureurs, il s'agira d'évoluer vers une position centrale entre les assurés, d'une part, et les prestataires de soins, d'autre part, en offrant des plans de santé compétitifs au niveau des primes et de la qualité, ainsi que de maîtriser l'évaluation et la gestion des risques. En tant qu'acheteurs de prestations pour leurs assurés, ils peuvent soit conclure des contrats globaux basés sur la capitation avec les fournisseurs de soins, soit négocier des paquets de prestations avec différents fournisseurs et gérer eux-même la coordination des soins. Dans tous les cas de figure, l'implantation d'un système de type DRG est la condition *sine qua non* pour disposer de l'information médico-économique nécessaire pour la prestation d'hospitalisation.

Quant aux hôpitaux, il leur appartiendra d'offrir sur le marché des prestations attractives en matière de qualité, de coordination des soins et de prix. Ils devront donc principalement investir dans une information sur la qualité et les coûts. Par ailleurs, l'introduction des APDRG permettra aux cadres (médecins, infirmiers et administratifs) d'acquérir une culture médico-économique commune, base indispensable de la gestion des prestations et de la qualité.

Conclusions

- L'introduction des APDRG répond à un souci de maîtrise des coûts et de la qualité par une régulation basée sur la concurrence par les prix, en remplacement d'une économie administrée, ainsi que sur un partage des risques entre fournisseurs et financiers.
- Elle permet plus de transparence sur les coûts et la qualité des prestations s'agissant d'offrir et d'acquérir des prestations sur un marché.
- Elle facilite l'orientation des assureurs comme partenaires du management des soins au lieu du seul management des coûts sans préoccupation des besoins des assurés et de la qualité des soins.

Références

1. DRG (Diagnosis Related Groups) Perspectives d'utilisation. Sous la direction de Fred Paccaud et Luc Schenker. Institut suisse de la santé publique et des hôpitaux. Editions Alexandre Lacassagne – Lyon. Diffusion Masson (Paris).
2. Rapport *TAR APDRG 2002: Règles et principes de financement et de facturation par APDRG* (site web: www.hospvd.ch/public/ise/apdrg).
3. Manuel *Cost-weights suisses version 3* (site web: www.hospvd.ch/public/ise/apdrg).