

Financement des hôpitaux par APDRG et compensation des risques entre assureurs

Luc Schenker

Chargé de cours à l'Institut d'Economie et Management de la Santé de l'Université de Lausanne
Directeur des finances du CHUV
Président de l'Association APDRG Suisse

Introduction

Dans de récents papiers sur la question de la compensation des risques en Suisse et pour illustrer la nécessité de revoir le système de compensation des risques dans le sens de la prise en compte de la morbidité des assurés, certains auteurs (Konstantin Beck, Willy Oggier, Peter Indra) ont prétendu que le financement des hospitalisations par APDRG, en lieu et place du forfait journalier, aggraverait la situation économique des assureurs qui étaient déjà défavorisés par le système actuel de compensation des risques. Ce système, il faut le rappeler, ne compense que les effets liés au sexe et à l'âge, et non les différences d'état de santé des assurés. A notre connaissance, ces auteurs ne citent aucune étude statistique à l'appui de leur affirmation, mais font la déduction suivante : les assureurs avec un portefeuille de mauvais risques plus élevé que la moyenne, après correction des effets liés à l'âge et au sexe, auront des assurés qui, lorsqu'ils sont hospitalisés, occasionneront des coûts par jour plus élevés que la moyenne. Comme les DRG reflètent plus précisément les coûts effectifs, alors que le prix de journée serait un élément renforçant la solidarité, ils en concluent qu'avec un financement par DRG, la situation économique de ces assureurs s'aggraverait et que cela accentuerait la désolidarisation propre à la LAMal actuelle.

Malheureusement, de tels propos, vraisemblablement non vérifiés, ont conduit un peu rapidement certains assureurs à faire prendre au conseil d'administration de SantéSuisse la décision de bloquer temporairement la conclusion de conventions tarifaires en APDRG pour 2006.

APDRG Suisse a cherché à savoir ce qu'il en était en effectuant une analyse statistique permettant de comparer les différents assureurs. Malheureusement, une telle base de données n'existe pas pour l'ensemble de la Suisse ou l'ensemble de la population d'un canton. En revanche, de telles données de coût par patient et par assureur existent pour le CHUV (Centre hospitalier universitaire vaudois) pour 2002 et 2003, et elles ont pu être analysées afin d'évaluer si le remboursement par DRG accentuait le risque de désolidarisation entre assureurs.

Méthodologie

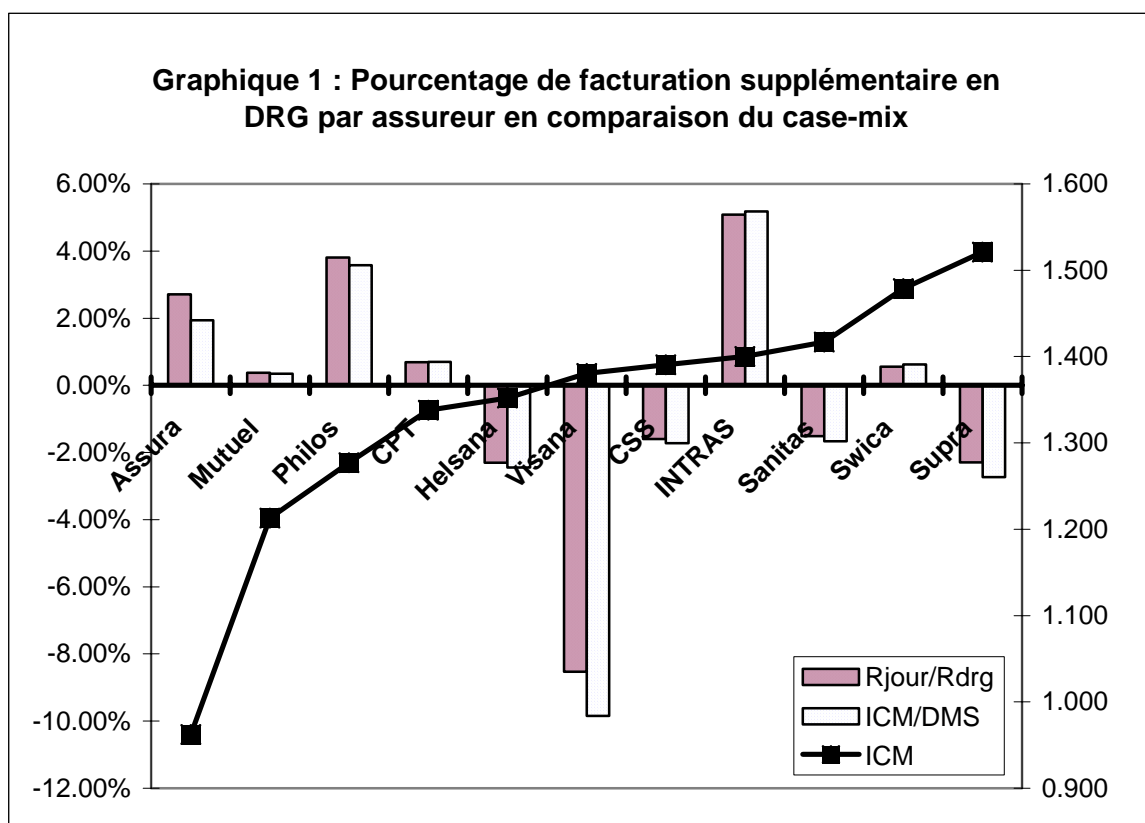
La base de données utilisée contient 43'903 patients du CHUV pour 2002/2003, résidant dans le canton de Vaud et dont le coût total représente 651,5 millions de francs, soit près de Fr. 15'000.- en moyenne par séjour hospitalier. Le CHUV ayant une fonction d'hôpital intercantonal, les patients non résidant dans le canton de Vaud ont été exclus afin d'éviter que les résultats par assureur soient faussés par les patients d'autres cantons (généralement des cas lourds). Pour chaque séjour, la base de données contient les informations suivantes : l'âge, le sexe et l'assureur du patient, ainsi que le nombre de points APDRG (version 5.1), le coût et la durée du séjour.

Ces informations ont permis de comparer le coût effectif avec le remboursement par DRG et celui par journée pour chaque assureur et pour quatre groupe d'assurés, selon le sexe et l'âge, pour 11 assureurs maladie ou groupes d'assureurs avec suffisamment de patients. L'écart entre le financement par DRG et par jour a été mis en relation avec l'indice de case-mix moyen et la durée moyenne des séjours par assureur, ainsi que divers indicateurs (voir tableaux 1 et 2 en annexe).

Comme le mécanisme actuel de compensation des risques distingue entre hommes et femmes, et selon les classes d'âge, les patients hospitalisés ont été répartis en quatre groupes : les femmes de 0 à 59 ans (F-60), les femmes de 60 ans et plus (F+60), les hommes de 0 à 59 ans (M-60) et les hommes de 60 ans et plus (M+60). Ce choix s'est imposé parce qu'un plus grand nombre de groupes aurait entraîné des effectifs trop restreints pour que la comparaison entre assureurs garde un sens et que la césure de 60 ans corresponde à la césure entre débiteurs et créanciers de la compensation. Il a été vérifié que l'âge moyen de chaque groupe pour chaque assureur n'explique en rien les différences constatées entre assureurs en matière de différences de facturation par DRG et par jour ou en ce qui concerne les différences de case-mix. Cette répartition entre 4 groupes est donc tout à fait adéquate pour l'analyse effectuée.

Résultats

Les 11 assureurs considérés représentent 88.6% des patients et 85.3% des coûts totaux (tableau 1.1). Le remboursement par jour les défavorise puisque leur indice de case-mix (ICM) est en dessous de la moyenne, alors que leur durée moyenne de séjour (DMS) est, elle, proche de la moyenne. C'est ce que traduit l'indicateur ICM/DMS (tableau 1.2), à savoir l'écart de l'indice de case-mix de l'assureur divisé par l'indice de case-mix moyen avec le résultat de la division de la durée moyenne de séjour pour l'assureur avec la DMS totale. Avec le remboursement par DRG, ces 11 assureurs «économisent» tous ensemble 2.3% sur leurs factures (Rjour/Rdrg).

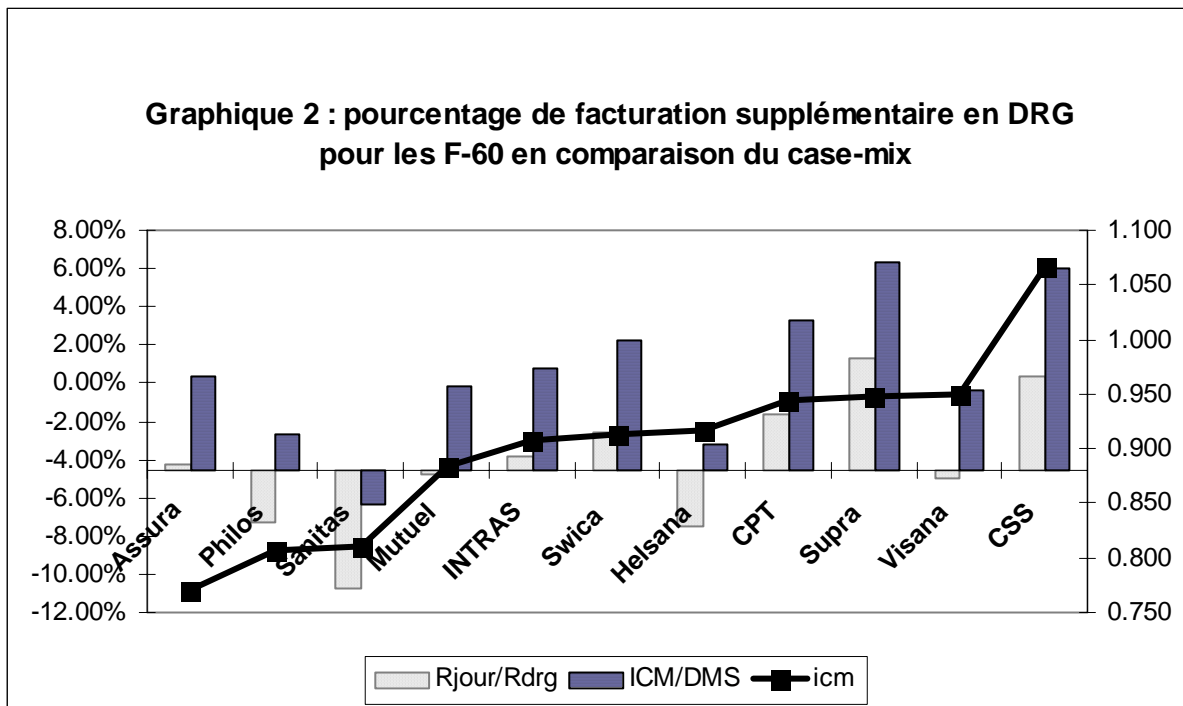


La même analyse a été reprise pour ces 11 assureurs maladie entre eux. Le graphique ci-dessus montre, d'une part, la parfaite corrélation entre la variation de l'indice ICM/DMS et la variation du remboursement et, d'autre part, que les assureurs «perdants» sont plutôt ceux qui ont un case-mix bas, alors que ceux qui ont en moyenne des cas plus coûteux voient leur facture diminuer.

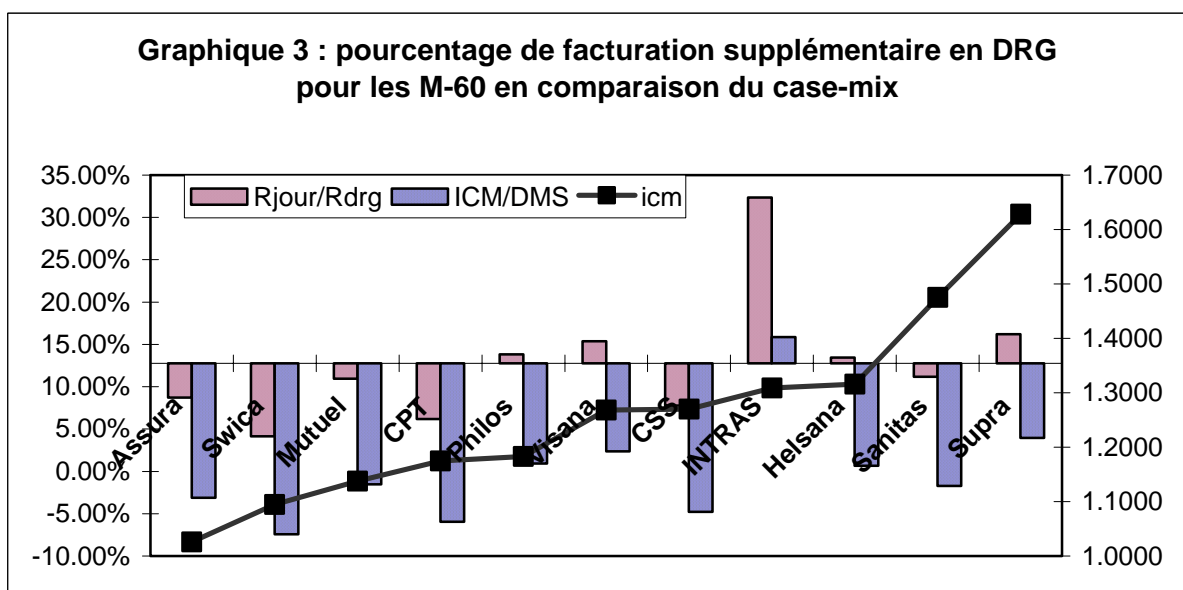
Pour l'ensemble des patients de ces assureurs hospitalisés au CHUV, la facturation par APDRG a donc en général réduit la désolidarisation.

Qu'en est-il pour chacun des 4 sous-groupes ?

Pour le groupe F-60, on observe tout d'abord que le financement par DRG fait baisser la facture de 4,6% par rapport à la facturation à la journée.

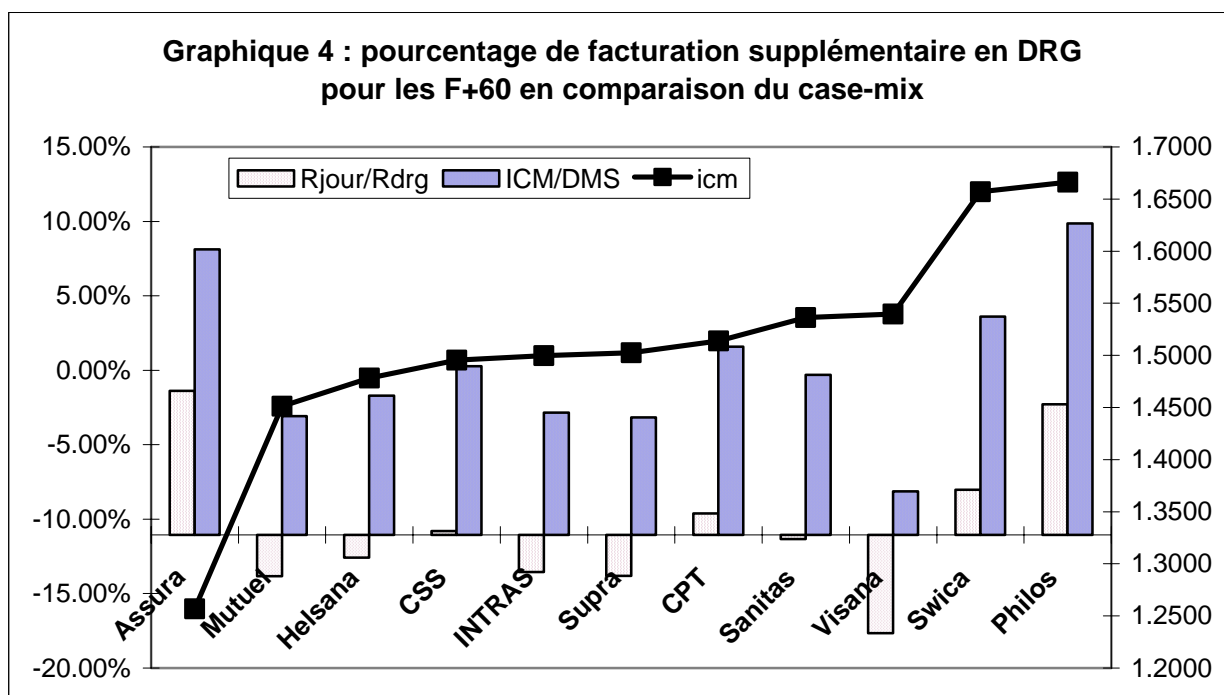


Les femmes de moins de 60 ans ont en effet un case-mix moyen plus bas que leur DMS par rapport à la moyenne. On verra plus loin que le phénomène est encore plus marqué pour le groupe F+60, ce que nous avons déjà relevé dans une précédente étude («Financement des hôpitaux par APDRG *versus* Financement des hôpitaux par tarif journalier : effets sur les assureurs maladie, en fonction de la structure de leur portefeuille, selon l'âge et le sexe», Luc Schenker, octobre 2004, www.apdrgsuisse.ch) : quel que soit l'assureur, les femmes ont en moyenne un indice de case-mix très inférieur à celui des hommes pour une durée de séjour pratiquement identique. De ce fait, **avec le prix de journée, les femmes sont surfacturées**, ce qui contribue à accroître la désolidarisation entre hommes et femmes.

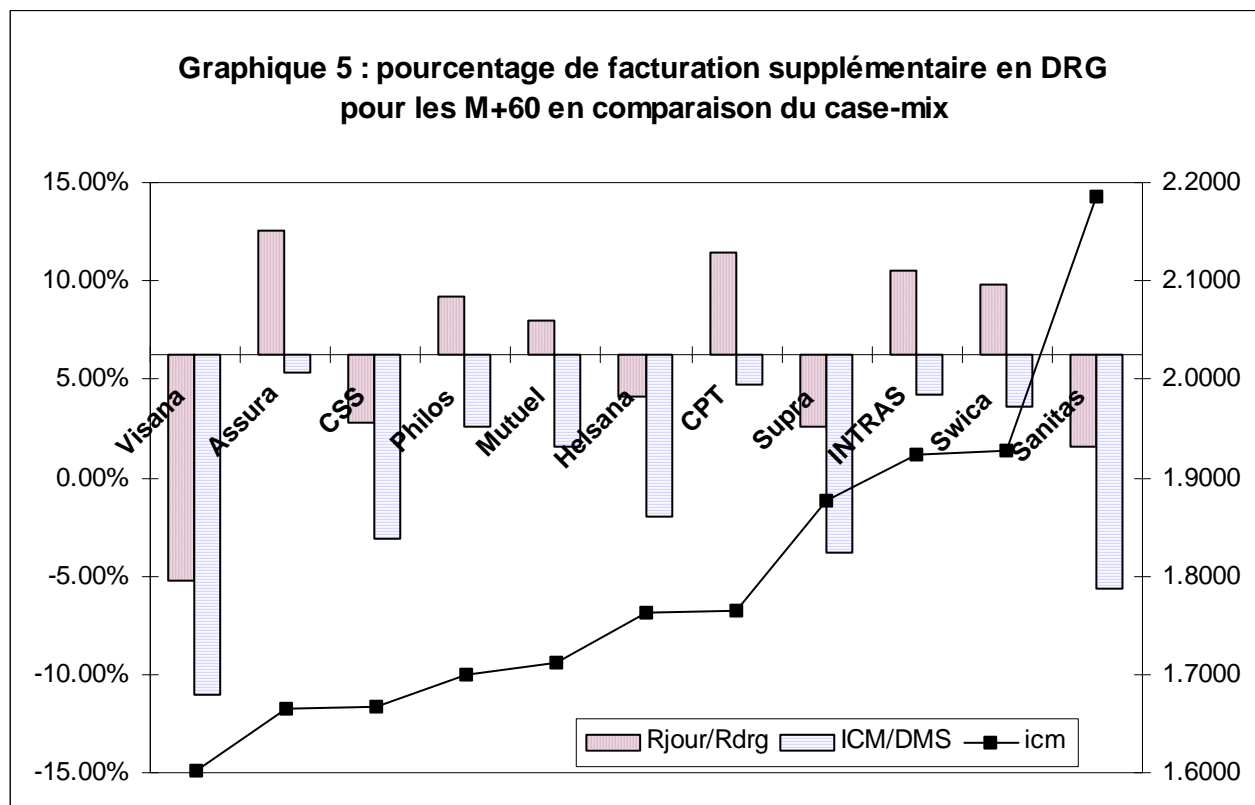


Mais ce qui importe aux assureurs, c'est leur situation par rapport à leurs concurrents et, pour le groupe F-60, le résultat de l'analyse est plus contrasté que pour la moyenne des patients : certains assureurs «à bons risques» paient, comme attendu, plus par DRG (Assura), mais d'autres moins (Philos), tandis que certains assureurs «à moins bons risques», paient moins (Helsana), mais d'autres significativement plus (CSS).

Pour le groupe **M-60** (graphique 3), on observe, comme pour le groupe précédent, une situation contrastée. Dans son ensemble, le groupe est sous-facturé de plus de 12%. Entre assureurs, la différence de case-mix est très importante. Un seul assureur (INTRAS), avec un important écart entre ICM et DMS, subit un grand accroissement de facturation en passant aux DRG. Pour les autres assureurs, aucune tendance claire ne se dessine.



Le groupe **F+60** «gagne» plus de 11% en facturant par DRG. Entre assureurs, les deux extrêmes sont perdants alors que le passage du prix de journée aux DRG ne provoque que peu de changement chez les autres.



Dans le groupe **M+60**, sous-facturé de 6% en prix de journée, on ne trouve pas de relation entre l'ICM et la variation de facturation.

Conclusion

Sur la base de l'analyse des données du CHUV – et rien ne permet de penser que les résultats de cette étude ne sont pas généralisables, puisque le CHUV joue à la fois le rôle d'hôpital régional et celui d'hôpital universitaire – on constate que la facturation en APDRG

- n'a pas n'effet de désolidarisation entre les assureurs
- a, au contraire, plutôt tendance à corriger les effets de désolidarisation liés à la morbidité puisque les «bons risques» ont souvent une durée de séjour plus courte que la moyenne à case-mix égal.

Les APDRG n'ont pas vocation de résoudre les problèmes de compensation des risques dans le cadre du financement. Ils ont pour objectif de mieux faire correspondre le financement et les coûts effectifs.

En revanche, les informations recueillies dans un système de facturation par APDRG peuvent permettre, comme le montraient les études de l'Institut d'Economie et Management de la Santé de l'Université de Lausanne (Prof. Alberto Holly et autres), de faciliter une compensation des risques basée sur la morbidité.

Il est d'autant plus regrettable que ces allégations aient été diffusées sans qu'aucune étude sérieuse n'ait été effectuée et que cela ait inquiété un certain nombre d'assureurs qui ont bloqué le développement des APDRG, que la tarification par APDRG correspond à l'intérêt bien compris et des hôpitaux et des assureurs en tant qu'outil de benchmarking et de managed care.

Tableau 1.1 Patients résidents vaudois hospitalisés au CHUV en 2002-2003

Assureurs	Séjours	Coûts	Remb_DRG	Remb_jour	journées	points(V5.1)	DMS	ICM
11 ass.	38'904	555'694'913	560'160'614	573'296'430	373'944	50'872	9.61	1.308
AI	1'022	37'593'779	33'666'614	24'722'869	16'126	3'057	15.78	2.992
Autres ass.	2'870	40'912'585	40'514'655	37'840'480	24'682	3'679	8.60	1.282
LAA	1'107	17'254'410	17'113'804	15'595'906	10'173	1'554	9.19	1.404
Total	43'903	651'455'687	651'455'687	651'455'687	424'925	59'163	9.68	1.348

Tableau 1.2 Patients résidents vaudois hospitalisés au CHUV en 2002-2003

Assureurs	R_j/séj.	Coûts/séjours	Coûts/points	Coûts/jour	Rdrg/coûts	Rjour/coûts	Rjour/Rdrg	ICM/DMS
11 ass.	14'736	14'284	10'923	1'486	0.80%	3.17%	-2.29%	-2.28%
AI	24'191	36'785	12'296	2'331	-10.45%	-34.24%	36.18%	58.98%
Autres ass.	13'185	14'255	11'119	1'658	-0.97%	-7.51%	7.07%	6.28%
LAA	14'088	15'587	11'102	1'696	-0.81%	-9.61%	9.73%	9.24%
Total	14'839	14'839	11'011	1'533	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%

Tableau 2.1 Patients résidents vaudois hospitalisés au CHUV en 2002-2003 pour 11 assureurs

Assureurs	Séjours	Coûts	Remb_DRG	Remb_jour	journées	points(V5.1)	DMS	ICM
Assura	3'340	34'439'100	35'107'889	34'181'295	23'002	3'214	6.89	0.962
CPT	3'123	45'558'295	45'636'772	45'323'861	30'500	4'178	9.77	1.338
CSS	3'344	51'647'837	50'789'213	51'612'264	34'731	4'650	10.39	1.390
Helsana	6'301	93'705'991	93'064'110	95'262'429	64'105	8'520	10.17	1.352
INTRAS	2'322	34'699'487	35'510'269	33'793'252	22'741	3'251	9.79	1.400
Mutuel	6'753	88'948'415	89'462'190	89'130'820	59'979	8'190	8.88	1.213
Philos	6'807	94'170'417	94'966'808	91'487'488	61'565	8'694	9.04	1.277
Sanitas	804	12'963'050	12'445'034	12'636'604	8'504	1'139	10.58	1.417
Supra	3'666	60'761'106	60'916'599	62'346'100	41'955	5'577	11.44	1.521
Swica	878	14'157'167	14'182'378	14'104'239	9'491	1'298	10.81	1.479
Visana	1'566	24'644'048	23'613'652	25'816'561	17'373	2'162	11.09	1.380
11 ass.	38'904	555'694'913	555'694'913	555'694'913	373'944	50'872	9.61	1.308

Tableau 2.2 Patients résidents vaudois hospitalisés au CHUV en 2002-2003 pour 11 assureurs

Assureurs	Remb_j/séj.	Coûts/séjours	Coûts/points	Coûts/jour	Rdrg/coûts	Rjour/coûts	Rjour/Rdrg	ICM/DMS
Assura	10'234	10'311	10'715	1'497	1.94%	-0.75%	2.71%	1.94%
CPT	14'513	14'588	10'905	1'494	0.17%	-0.51%	0.69%	0.70%
CSS	15'434	15'445	11'108	1'487	-1.66%	-0.07%	-1.59%	-1.72%
Helsana	15'119	14'872	10'999	1'462	-0.68%	1.66%	-2.31%	-2.44%
INTRAS	14'554	14'944	10'674	1'526	2.34%	-2.61%	5.08%	5.18%
Mutuel	13'199	13'172	10'861	1'483	0.58%	0.21%	0.37%	0.34%
Philos	13'440	13'834	10'832	1'530	0.85%	-2.85%	3.80%	3.58%
Sanitas	15'717	16'123	11'378	1'524	-4.00%	-2.52%	-1.52%	-1.67%
Supra	17'007	16'574	10'896	1'448	0.26%	2.61%	-2.29%	-2.73%
Swica	16'064	16'124	10'904	1'492	0.18%	-0.37%	0.55%	0.62%
Visana	16'486	15'737	11'400	1'419	-4.18%	4.76%	-8.53%	-9.85%
11 ass.	14'284	14'284	10'923	1'486	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%

Explications des indicateurs

Remb_DRG	Remboursement des coûts en fonction des points APDRG
Remb_jour	Remboursement des coûts en fonction du nombre de jours
Points(V5.1)	Nombre de points APDRG selon la version 5.1 des cost-weights d'APDRG Suisse
ICM	Indice de case-mix (nb de points/nb de séjours)
Remb_j/séj.	Remboursement des coûts en fonction du nombre de jours/nb de séjours
Rdrg/coûts	Remboursement des coûts en fonction des points APDRG/coûts
Rjour/coûts	Remboursement des coûts en fonction du nombre de jours/coûts
Rjour/Rdrg	Remboursement des coûts en fonction des points APDRG/Remboursement des coûts en fonction du nombre de jours
ICM/DMS	Ecart entre l'indice de case-mix d'un groupe donné par rapport à la moyenne et la durée moyenne de séjour du même groupe par rapport à la moyenne.