

RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT AU GRAND CONSEIL

**sur le Postulat Thierry Dubois et consorts –
La facturation dans les hôpitaux publics d'une hospitalisation
par un forfait de type DRG : une affaire rentable ?!**

Rappel de l'intervention parlementaire

Le DRG (forfait calculé sur la base des groupes de diagnostic, soit en anglais diagnosis related group) facturé, basé sur une nomenclature tarifaire nationale, correspond à un forfait unique qui englobe l'ensemble des prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins dispensés durant un séjour hospitalier. Il est calculé à partir d'un prix de base, soit le coût moyen par genre de cas, et évolue chaque année.

Les principaux objectifs d'une telle pratique sont : encourager la concurrence, favoriser la liberté de choix pour le patient et améliorer l'ouverture des structures de soins hospitalières cantonales. Les séjours hospitaliers hors cantons sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

Ce mode de financement s'inscrit dans un contexte plus vaste de réaménagement de tout le domaine hospitalier, qui vise à accroître l'efficacité dans le domaine des prestations, afin notamment de réduire les durées moyennes de traitement et de favoriser un transfert du stationnaire vers l'ambulatorio, induit aussi par l'évolution des technologies.

Mais, comme toujours, il existe des différences importantes entre la théorie et la pratique. Le DRG occulte le travail infirmier lié à l'âge, à l'état général de santé du patient et aux déterminants liés à son lieu de vie. Il dépend des changements des pratiques diagnostiques et thérapeutiques et de l'utilisation de règles arbitraires pour répartir les charges des différents départements, étant donné que la part des coûts de capital et d'éducation médicale est déduite arbitrairement. Il est également tributaire de la validation et de la saisie des données en fonction du diagnostic principal retenu et du nombre de diagnostics associés ou secondaires.

Entré en vigueur le 1^{er} janvier en 2012, il forme le volet le plus ambitieux de la révision partielle de la LAMAL, adoptée en 2007. Il semblerait cependant que les DRG induisent une hausse des coûts. Il me paraît donc indispensable de faire le point après 5 ans d'utilisation et de calculer de manière précise si ce mode de fonctionnement est réellement rentable. Je prie donc le conseil d'Etat de nous transmettre un rapport sur la rentabilité des DRG durant ces cinq dernières années.

Réponse du Conseil d'Etat

Introduction

Il est important de rappeler que le Canton de Vaud a été un des pionniers de l'implantation des DRG en Suisse. Ce système, créé aux Etats-Unis dans les années 1970 a été introduit en Suisse par le CHUV au début des années 2000. Il a été utilisé dans un premier temps pour répartir les budgets de l'institution entre les différents services avant d'être utilisé pour la facturation des prestations, auprès des assureurs accidents dans un premier temps puis auprès des assureurs maladie.

Toutefois, jusqu'en 2012, la rémunération des prestations ne comprenait pas le coût des investissements, qui étaient financés directement par les collectivités publiques, s'agissant des hôpitaux publics ou reconnus d'intérêt public. Si l'introduction des SwissDRG au niveau national a été une révolution au niveau de la prise en compte des charges d'investissements, elle a également modifié les pratiques des hôpitaux du canton sans pour autant révolutionner la prise en charge des patients, le virage étant intervenu plusieurs années auparavant. Elle a toutefois permis de comparer les hôpitaux à une plus large échelle, en particulier en standardisant la comptabilité analytique.

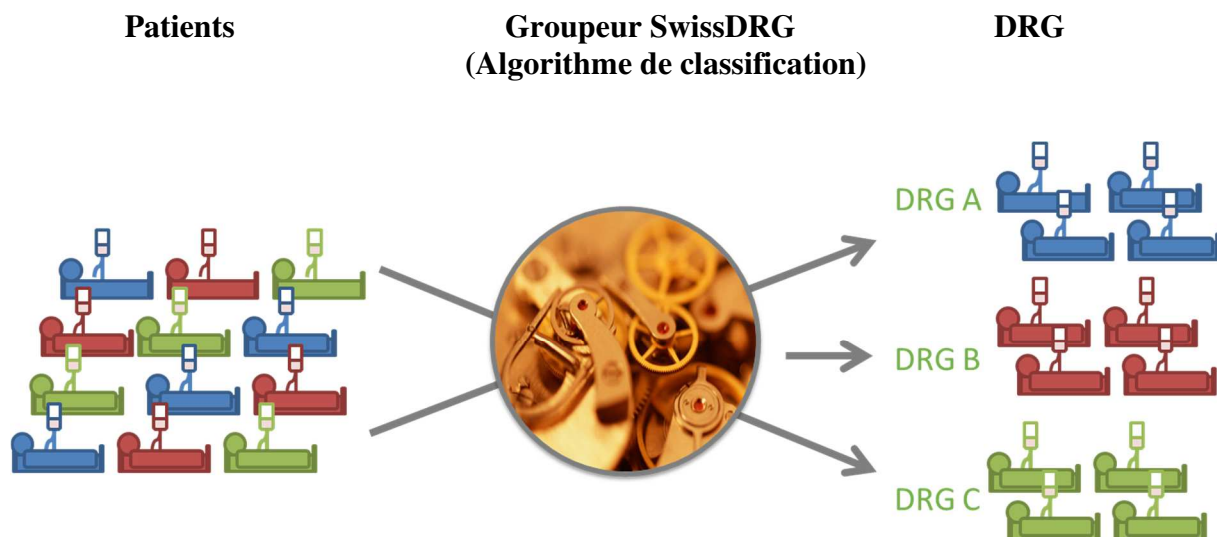
Le système DRG

Comme le rappelle le postulant, le système de facturation des prestations hospitalières SwissDRG est une nomenclature tarifaire (un tarif) national entré en vigueur en 2012. Ce système repose sur trois éléments fondamentaux que sont le codage médical, la comptabilité des coûts par cas et le groupeur de cas. Une description de ces éléments est importante pour bien comprendre le système de facturation.

Le système des DRG repose donc tout d'abord sur le codage médical. Cette activité consiste à décrire la ou les raisons pour lesquelles le patient a été hospitalisé, au moyen de deux nomenclures distinctes : la CIM-10, nomenclature développée par l'OMS qui regroupe et classe toutes les maladies et la CHOP, nomenclature qui décrit toutes les interventions possibles dans un hôpital. Le recensement de ces éléments a été rendu obligatoire en 1998, dans la perspective de constituer des bases de données épidémiologiques. L'Office fédéral de la statistique (OFS) est d'ailleurs responsable de la constitution de ces bases de données au niveau national. Le codage médical, qui nécessite une connaissance approfondie des nomenclatures et prend passablement de temps, a été longtemps réalisé par les médecins avec une qualité de données insuffisante. La professionnalisation de cette activité a été rendue nécessaire par l'introduction des DRG. En effet, la précision du codage et son exhaustivité permettent de classer le patient dans un DRG approprié. Il n'en reste pas moins que le codage médical est basé sur les données transmises par les médecins, notamment au moyen des lettres de sortie et des rapports opératoires. Une bonne qualité de ces documents est nécessaire pour générer un codage de qualité. On peut donc dire qu'entre le moment où les SwissDRG ont été introduits et aujourd'hui, la qualité de ces informations médicales s'est largement améliorée, dans la mesure où la rémunération des prestations en dépend.

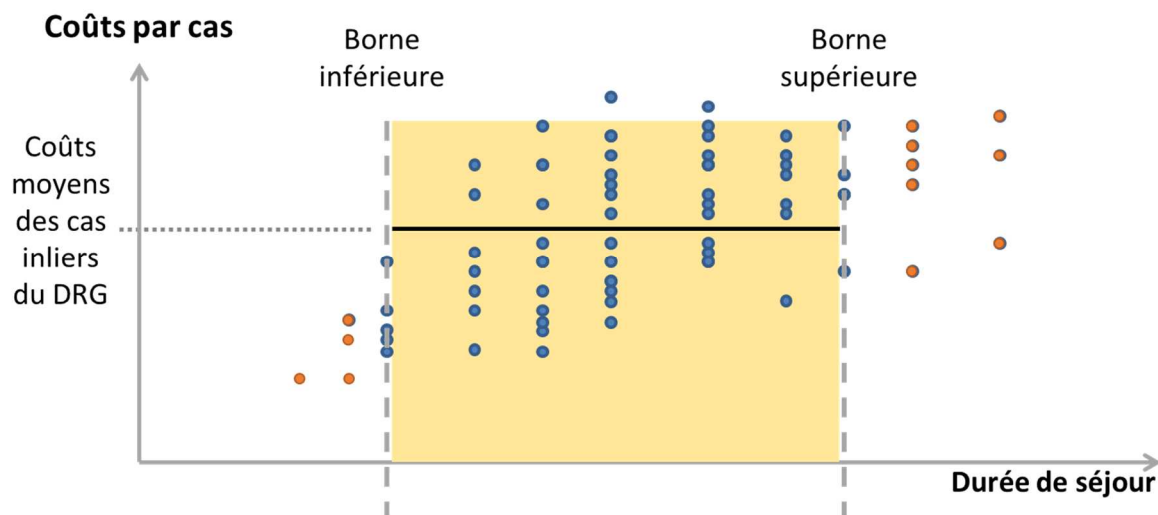
De plus, pour permettre d'attribuer un prix aux prestations réalisées, le système des DRG repose sur la comptabilité analytique des hôpitaux. Celle-ci a comme particularité de considérer chaque patient comme unité finale d'imputation, c'est-à-dire que les prestations sont, dans la mesure du possible, attribuées à chaque patient (prestations médicales, médicaments, analyses de laboratoire, etc.). Toutefois, une majorité de prestations relève malgré tout d'une répartition (heures de bloc opératoire, logistique, cuisine, soins). Afin d'obtenir un modèle de calcul des coûts qui soit le plus harmonisé possible, les hôpitaux sont tenus d'utiliser un modèle de comptabilité uniforme, nommé REKOLE©. Toutefois, à ce jour, tous les hôpitaux n'ont pas encore obtenu de certification REKOLE©, en particulier dans le Canton de Vaud. Néanmoins, SwissDRG S.A. utilise les données plausibilisées des hôpitaux afin de déterminer le coût de chaque patient. Le principe d'une comptabilité analytique est de répartir les coûts d'unité de production (dans le cas d'un hôpital, une cuisine, un bloc opératoire) selon une clé qui est représentative de cette activité (nombre de repas ; nombre d'heures passées au bloc opératoire). Ces éléments visent ainsi à répartir les coûts de façon standardisée avec le plus de précision possible.

Outre ces deux sources d'information fournies par les hôpitaux, SwissDRG S.A a développé le groupeur SwissDRG. Cet outil gère de manière informatisée les algorithmes qui, sur la base des données médicales et administratives du patient permettent de le « classer » dans un DRG donné. Les données médicales sont les codes CIM-10 et CHOP alors que les données administratives utiles sont l'âge, le sexe ou le poids à la naissance pour les nouveau-nés principalement. Au niveau des données médicales, les comorbidités ainsi que les complications qui adviennent durant le séjour influencent également le DRG.



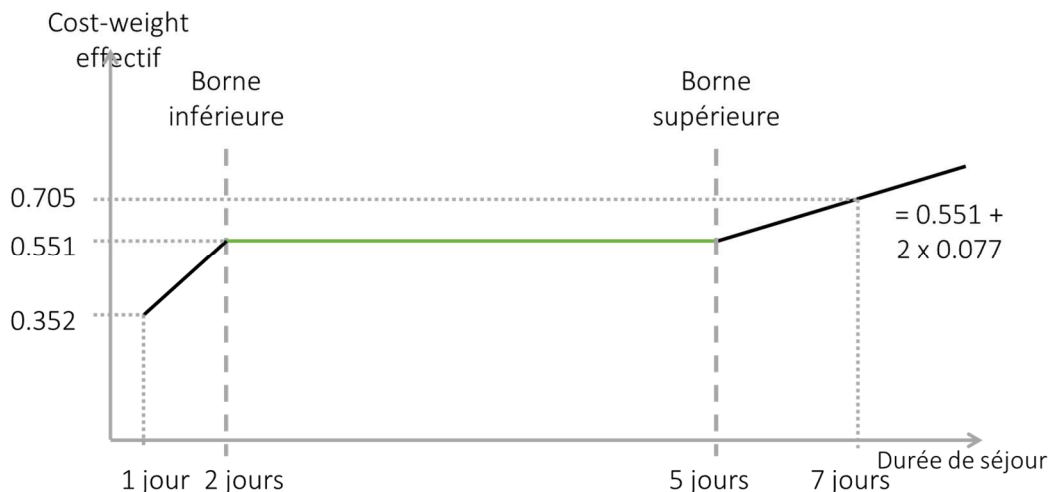
Le groupeur travaille sur la base des données de tous les hôpitaux de Suisse. La moyenne du coût de tous les cas traités en Suisse représente une valeur de 1 et chaque DRG est valorisé par rapport à cette moyenne. Par exemple, un accouchement par voie basse sans complication (DRG O60D) est pondéré à 0.551, alors qu'une hospitalisation pour blessures graves des membres supérieurs avec complications extrêmement sévères (DRG I75A) est pondérée à 1.342. A la pondération de chaque DRG s'applique le prix du point négocié entre les assureurs et les prestataires de soins. Le coût moyen de tous les cas en Suisse pour la version 10.0 des DRG était de Fr. 10'745.- en 2020.

Le système des SwissDRG repose donc sur les informations médicales, administratives, financières et sur le groupeur développé par SwissDRG S.A. Or, la prise en charge des patients ne se comporte jamais exactement de la même manière. Contrairement aux produits industriels, les patients ne sont pas standardisés, et bien que le développement de la médecine tende à promouvoir les meilleures pratiques dans les hôpitaux, à fixer des niveaux d'activité planchers aux niveaux quantitatif et qualitatif, les patients restent des individus dont les réactions face à la maladie ne sont pas toujours prévisibles. Dès lors, le système des SwissDRG est basé sur des moyennes et ne sera jamais le reflet du coût d'un individu. Le tableau ci-dessous montre comment se calcule la pondération d'un DRG donné.



Ainsi, la pondération du DRG sera fonction de la moyenne des cas situés entre les deux bornes. Le cas (patient) sera considéré comme un « inlier » et donc la rémunération issue de tous les cas situés entre les deux bornes sera fixe. Lorsque la durée de séjour se situe en dehors des bornes fixées pour les patients « inliers », la rémunération est adaptée en conséquence, selon une méthode statistique. On parle alors de patient « outliers ».

Pour le DRG O60D mentionné ci-dessus, la pondération sera de 0.352 (correction à la baisse) si la durée de séjour est de 1 jour ou de 0.705 si elle est de 7 jours (deux jours de correction à la hausse de 0.077 pts par jour), selon le graphique ci-dessous.



Le Cost Weight est l'appellation officielle de la pondération du DRG. Donc, dans le cas décrit ci-dessus, le DRG permettrait une rémunération théorique de $0.551 \times \text{Fr. } 10'745.-$, soit Fr. 5'920.- en moyenne, lorsque la durée de séjour se situe entre 2 et 5 jours, la durée moyenne de séjour se situant à 3.3 jours pour ce DRG. Ce calcul résulte du coût moyen de tous les accouchements par voie basse de Suisse.

Les DRG – Une affaire rentable ?

Contrairement à ce qu'affirme le postulant, une distinction des DRG liée à l'âge ou fonction des complications existe. Les enfants de moins de 7 ans ou les personnes âgées de plus de 75 ans font l'objet de DRG distincts. Pour qu'une nouvelle catégorie de DRG soit créée, il faut toutefois que des éléments statistiques suffisants permettent de distinguer les patients concernés. Par ailleurs, le postulant affirme que les DRG induisent une hausse des coûts. Dans les faits, ils ne font que déterminer la pondération de chaque DRG par rapport à la référence de 1 qui représente la moyenne de tous les cas en Suisse. En cela, le système lui-même ne peut pas provoquer de hausse des coûts. La valeur théorique du point est de Fr. 10'745 dans la version 10.0 utilisée en 2020. Elle était de Fr. 10'867.- dans la version 9.0 et de Fr. 10'857.- dans la version 8.0.

On peut même dire que ces trois dernières années, le coût théorique moyen de l'ensemble des cas en Suisse a diminué. Cela dit, ce calcul reste un élément théorique. La valeur du point DRG dépend en réalité du résultat des négociations entre prestataires de soins et assureurs. Elle est inférieure à ce montant, compte tenu que les assureurs font pression pour que le tarif ne dépasse pas le coût des hôpitaux les plus efficaces. L'objectif de négociation des assureurs maladie est de prendre en considération le coût moyen de l'hôpital situé au percentile 25 ou au percentile 40 de l'ensemble des hôpitaux. Les hôpitaux qui se situent au-delà de cette norme – dont la majorité des grands hôpitaux publics et subventionnés – ne peuvent donc pas imaginer réaliser des profits avec les DRG. Par contre, ils sont fortement incités à améliorer leur efficacité afin de tendre à cette norme ou alors doivent faire appel à des subventions.

Plusieurs stratégies peuvent être mises en place par les prestataires de soins afin de tirer parti des DRG.

D'une part, et c'est un des buts du système des SwissDRG, on constate qu'une durée moyenne de séjour proche de la borne inférieure permet d'obtenir une rémunération complète, alors que l'occupation moins longue du lit dans l'unité de soins permet une économie ou alors permettra de traiter plus de patients. Cette stratégie est possible mais il faut relever que les DRG sont mis à jour chaque année. Si plusieurs hôpitaux adoptent la même stratégie, le coût moyen va diminuer lors de la prochaine mise à jour des DRG. De plus, le système des assurances pénalise les réhospitalisations qui interviennent dans les 18 jours après la sortie. Cet incitatif permet de limiter les sous-estimations du nombre de jours de traitement nécessaires.

D'autre part, certains hôpitaux ont la capacité de choisir leurs patients, ce qui n'est pas le cas des hôpitaux publics ou subventionnés. Ils peuvent donc acquérir une compétence particulière dans un domaine qui leur permet de se situer en-dessous de la moyenne du coût par patient, ou alors de choisir les patients dont les comorbidités sont les plus faibles, de sorte à limiter le risque d'une prolongation de l'hospitalisation ou d'une prise en charge plus coûteuse. En principe, si un hôpital constate que sa patientèle présente des coûts systématiquement supérieurs à la moyenne, il peut demander une étude statistique à SwissDRG dans la perspective de créer un nouveau DRG, mieux rémunéré. Mais pour cela, il faut que le nombre de cas soit représentatif et que l'hôpital ait les moyens de déterminer que ses patients ont une particularité médicale qui peut être prise en compte. Si un nouveau DRG est finalement créé, l'hôpital qui bénéficiait d'un avantage comparatif par rapport aux autres verra le coût moyen des patients restant dans le DRG original diminuer et son avantage disparaîtra.

Limites du système des DRG

Les DRG ne prennent pas en compte trois types de situations :

- Certains prestataires de soins, notamment les grands hôpitaux universitaires, ont la mission d'assurer la prise en charge sanitaire d'une région du pays pour tout problème sanitaire mineur ou majeur qui pourrait survenir. Ils doivent donc assurer la présence 24/7 de toutes les infrastructures hospitalières lourdes (urgences, blocs opératoires, soins intensifs, imagerie, laboratoire) et de tous les spécialistes médicaux et infirmiers nécessaires dans toutes les disciplines médicales pour répondre p.ex. à une pandémie, un accident aérien ou un attentat. Ces coûts de mise à disposition ne sont pas couverts par les forfaits hospitaliers de type DRG en temps normaux, mais sont nécessaires pour que le système sanitaire entier puisse répondre aux besoins de la population, comme vient de le démontrer la pandémie Covid-19.
- En raison de leur équipement et de leur personnel qualifié, les grands hôpitaux publics « attirent » des cas lourds (c.à.d. avec un grand risque de complication). Ceci peut être le fait d'une auto-sélection (le patient ira plutôt dans une clinique pour une naissance ou une fracture et plutôt au CHUV pour un cancer) ou de sélection par les prestataires de soins (le patient avec des complications importantes sera plutôt transféré d'une clinique au CHUV que le contraire). Cette concentration de risques particulière n'est pas financée de manière adéquate par un système forfaitaire qui part du concept que les risques sont répartis de manière homogène sur le système de santé.
- Au contraire, certains prestataires de soins pourront se concentrer sur les « bons risques », c.à.d. les patients qui ont un problème médical non urgent sans risque de complication important. Ces patients génèrent des coûts systématiquement plus bas que les coûts moyens.

Le système de codage suisse qui ne distingue pas les comorbidités présentes à l'admission des problèmes découverts en court de séjour ou à la sortie de l'hôpital, ainsi que la taille limitée de la Suisse et donc du nombre de données disponibles pour calculer des structures tarifaires plus différenciées font qu'il est très difficile, voire impossible de corriger les effets décrits ci-dessus.

Sans correction particulière, les prestataires « lourds » (hôpitaux universitaires) seraient donc systématiquement sous-financés et les prestataires « légers » (cliniques, maisons de naissance) systématiquement surfinancés par un système de forfaits DRG. Sans correction, cette situation entraînerait une offre excédentaire de prestations pour des patients qui n'en ont pas vraiment besoin et une offre insuffisante pour des patients à haut risque. La multiplication d'actes médicaux à bas risque (et bonne rentabilité) augmenterait les coûts du système de santé sans valeur ajoutée significative.

Heureusement, pour le moment, la juridiction du Tribunal administratif fédéral reconnaît la nécessité de procéder à des benchmarkings (des comparaisons d'efficacité) par groupe d'hôpitaux, notamment pour les hôpitaux universitaires, parce que la structure tarifaire SwissDRG n'est pas en mesure de reconnaître les différences de coûts de manière suffisante. Une tentative récente du Conseil fédéral de changer cette pratique en faveur d'un benchmarking unique, toutes catégories d'hôpitaux confondues, s'est heurtée à une opposition politique très large qui s'est matérialisée récemment par une prise de position de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) en faveur d'un benchmarking séparé des hôpitaux universitaires adoptée par 21 voix contre 1 (et 1 abstention).

Coût du capital et « éducation médicale »

La question du coût du capital et celle de l'« éducation médicale » relèvent d'une toute autre logique et sont indépendantes du système des DRG. S'agissant du coût du capital, le Conseil Fédéral a tranché en imposant un taux de 10 % des DRG comme charges d'investissement. A l'époque, H+, l'association faîtière des hôpitaux suisses réclamait un taux de 16 %, contesté par les assureurs. Le taux retenu par le Conseil Fédéral suffisait à couvrir les charges d'un hôpital relativement récent. Toutefois, s'agissant d'un hôpital neuf, la preuve n'en a pas été apportée et les difficultés rencontrées par l'Hôpital Riviera-Chablais (HRC) montrent bien comme il est ardu de couvrir les coûts des investissements avec un taux de 10 %. En outre, l'évolution de la prise en charge des patients, qui oriente de plus en plus les patients vers l'ambulatoire, pénalise plus fortement les hôpitaux généraux, la nomenclature tarmed n'ayant pas suffisamment pris en considération les coûts d'infrastructure des hôpitaux dans le calcul de sa part technique.

Quant aux coûts de la formation postgraduée, ils ont simplement été exclus du financement par l'assurance obligatoire des soins dans la LAMal. Ils restent donc à la charge des cantons, selon des modalités de financement qui leur appartiennent. Dans le Canton de Vaud, la contribution au titre de la formation médicale postgraduée s'élève en moyenne à Fr. 30'000.- par an et par assistant. Un système favorisant la formation dans certains domaines (médecine générale, pédiatrie, urgences, gériatrie) a été mis en place afin d'orienter la formation des médecins vers les disciplines les moins recherchées.

Enfin, concernant les déterminants de santé liés au lieu de vie, le système DRG n'en tient effectivement pas compte. A la connaissance du Conseil d'Etat, aucun système de financement n'en tient directement compte – les critères étant complexes à définir de façon individuelle – si ce n'est peut-être le principe pratiqué dans d'autres pays d'une rémunération « per capita » sur un territoire donné.

Conclusions

L'objectif de l'introduction des SwissDRG n'était clairement pas de mieux « rentabiliser » les hôpitaux publics et subventionnés, mais premièrement de définir une nouvelle modalité plus précise de calcul des coûts d'un séjour hospitalier, ceci dans une perspective de rétribution plus équitable. Tout système de financement vise principalement à répartir les coûts d'un hôpital entre les différents financeurs en fonction de critères permettant d'orienter la prise en charge. Par rapport au financement par journée, qui dominait précédemment, les DRG ont eu comme effet de diminuer les durées moyennes de séjour, la rémunération de l'hôpital n'étant plus en fonction de ce critère. Ainsi, les mêmes infrastructures permettent de prendre en charge plus de patients.

Le système des DRG a également permis la mise en place d'un système transparent et permettant d'établir des comparaisons au niveau des coûts et de l'organisation de l'hôpital en favorisant les plus performants d'entre eux. De façon générale, le benchmarking est un outil fondamental du management hospitalier et en ce sens, les DRG contribuent à l'amélioration de la gestion. En effet, la rémunération étant dépendante du calcul des coûts de l'ensemble des hôpitaux, ce système incite les hôpitaux dont les coûts dépassent la moyenne à se pencher sur leur organisation en identifiant les processus cliniques pour traiter telle ou telle pathologie. Les DRG contribuent au renforcement des logiques de prise en charge par filière de pathologies. Ces logiques, outre le caractère d'économicité qu'elles induisent, favorisent des prises en charge plus fluides positionnant le patient au centre du parcours de soin.

La plus grande visibilité des activités déployées par les hôpitaux permet également aux cantons d'orienter leur planification hospitalière en fonction de critères qualitatifs et plus précis.

Cela dit, la performance d'un hôpital généraliste, public ou subventionné, n'est pas uniquement tributaire de son coût. Elle doit également répondre à des objectifs de santé publique et donc, un hôpital moins efficient, mais qui permet de prendre en charge une population à une distance raisonnable de son domicile, a parfaitement sa place dans le système sanitaire.

Enfin, le système des DRG a également permis de mieux attribuer le coût d'un séjour à un patient donné, répondant en cela aux injonctions des assureurs (maladie en particulier), qui peuvent désormais calculer plus précisément leurs risques en fonction de leurs assurés.

En cela, la mise en œuvre des SwissDRG a été « rentable » pour le système même s'il reste perfectible et même si un système régulé comme celui de la santé doit prendre en considération d'autres critères pour optimiser son organisation.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 21 avril 2021.

La présidente :

Le chancelier :

N. Gorrite

V. Grandjean