



SDK Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz
CDS Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires
CDS Conferenza dei direttori cantonali della sanità



Die Spitäler der Schweiz.
Les Hôpitaux de Suisse.
Gli Ospedali Svizzeri.

Critères pour l'évaluation de systèmes de regroupement de cas pour la Suisse

**Rapport du groupe de travail "Systèmes de regroupement
de cas et financement hospitalier" de la CDS et de H+ Les
hôpitaux de Suisse**

Version approuvée le 17 mai 2001 par les comités directeurs de la CDS et de H+

Synthèse

En relation avec de nouveaux modèles de financement hospitalier, il est souvent question de systèmes de regroupement de cas pour en constituer la base. Vu la portée de la décision concernant un tel système, le groupe de travail "Systèmes de regroupement de cas et financement hospitalier" de la CDS et de H+ Les hôpitaux de Suisse a élaboré un catalogue des critères tenant compte des exigences spécifiques du contexte helvétique.

La fixation de critères ne peut que passer par des objectifs définis sous la forme de quatre principes fondamentaux: la transparence des traitements, des coûts et des remboursements ainsi que l'applicabilité du système. De plus, la prise en compte de la qualité du traitement est définie comme une condition fondamentale.

En constituent des conditions très importantes, entre autres, l'évidence et la cohérence du regroupement de cas, l'existence d'une définition claire du cas, la relation à la prestation, la représentation adéquate de la multimorbidité, des complications et de la sévérité de la maladie, le traitement des cas déviants ou extrêmes ainsi que l'inclusion de prestations de soins. D'autres critères très importants sont: l'adaptabilité et l'extensivité, la commodité d'emploi et l'acceptation par les utilisateurs ainsi que la résistance à des manipulations du système. Quant à l'homogénéité clinique et celle des coûts des différents groupes, elles sont toutes deux d'une importance primordiale pour un système de regroupement de cas, étant entendu que l'homogénéité clinique devra toujours primer celle des coûts.

Sous l'angle de l'utilisation pour le financement, on souligne également les (fausses) incitations induites par un tel système. Le présent catalogue des exigences se réfère toutefois à des systèmes de regroupement de cas dans l'optique de l'engagement à la forfaitarisation par cas, sans toutefois prendre en compte la forfaitarisation elle-même. La transformation des groupes de cas en forfaits par cas sera considérée comme un processus spécifique, pour lequel les différents systèmes de regroupement de cas doivent toutefois remplir certaines conditions.

Pour clore, il convient de souligner encore une fois l'importance hors pair qui revient à l'assurance de la qualité, tout en constatant que les mesures d'assurance qualité sont également indispensables dans la perspective d'un benchmarking national. Il est précisé que la qualité ne peut se mesurer aux coûts, et l'on évitera à tout prix de soutenir la tendance observée dans cette direction.

Dans le même temps, l'on met en garde contre l'application irréfléchie de systèmes et contre des comparaisons quelconques. Les données recueillies après l'introduction d'un système de regroupement de cas devront donner lieu à une interprétation particulièrement attentive tenant compte du contexte. Des décisions précipitées sur la base de telles comparaisons peuvent avoir des conséquences indésirables et négatives. La transparence du système et du processus décisionnel constitue d'autant plus une condition pour que le système puisse être introduit avec succès.

Recommandations

1. L'établissement de ce catalogue des exigences devrait avoir pour conséquence logique de procéder à l'évaluation de systèmes existants. A cet effet, il s'agirait de rendre les critères opérationnels.
2. Parallèlement, il convient de définir les exigences relatives aux coûts pour la forfaitarisation.
3. Ces démarches subséquentes devraient être entreprises avec la participation de spécialistes correspondants.

Sommaire

SYNTHÈSE	2
1 INTRODUCTION ET PROBLÉMATIQUE	4
2 PRINCIPES	5
2.1 Principes généraux	5
2.2 Assurance qualité	5
3 CRITÈRES DES EXIGENCES.....	6
3.1 Subdivision des critères	6
3.2 Conception et structure du système	6
3.3 Degré de différenciation du système	7
3.4 Critères généraux.....	8
4 FORFAITARISATION	9
5 CONCLUSIONS.....	10
ANNEXE A: MANDAT DU GROUPE DE TRAVAIL "SYSTÈMES DE REGROUPEMENT DE CAS ET FINANCEMENT HOSPITALIER"	11
Groupe de travail "Systèmes de regroupement de cas et financement hospitalier"	11
Objectifs du groupe de travail	11
Méthode de travail	11
Etablissement du catalogue des exigences	12
Membres du groupe de travail:.....	12
ANNEXE B: INTRODUCTION AUX SYSTÈMES DE REGROUPEMENT DE CAS .13	
Principes fondamentaux.....	13
Systèmes de regroupement de cas existants	13
Éléments des systèmes de regroupement de cas	14
ANNEXE C: CATALOGUE DES EXIGENCES.....	16

1 Introduction et problématique

En Suisse, il est question de passer, en matière de financement hospitalier, des forfaits journaliers aux forfaits dits par cas. A cet effet, plusieurs systèmes de regroupement de cas peuvent servir de base¹.

Il existe en effet une multitude de systèmes qui, dans d'autres pays, sont en partie déjà appliqués dans le domaine du financement hospitalier. Les exemples les plus connus en sont les "Diagnosis Related Groups" (DRG). Le système AP-DRG, dont il est souvent question en Suisse, repose sur un système du même nom mis au point aux Etats-Unis. En outre, on dispose en Suisse également de systèmes propres, p. ex. le modèle dit des cheminements de traitement intégrées (MIPP).

Vu la portée d'une décision relative à un tel système de regroupement de cas notamment en liaison avec le financement hospitalier, et vu les différents développements de ce domaine dans d'autres pays, il apparaît fondé d'élaborer un catalogue des exigences concernant les systèmes de regroupement et leur application en Suisse. Dans notre pays, les discussions autour de ces systèmes se prolongent et certains d'entre eux sont déjà appliqués. Néanmoins, il apparaît judicieux de rendre la discussion plus objective et de définir des critères de comparaison permettant si possible une évaluation impartiale des systèmes.

Ce rapport présente les critères qui, aux yeux du groupe de travail "Systèmes de regroupement de cas et financement hospitalier" (cf. annexe A), sont importants pour opérer une sélection des systèmes de regroupement pour la Suisse. Il convient ainsi de garantir que les exigences propres à la situation telle qu'elle existe en Suisse soient prises en considération lors de la sélection d'un système. Le catalogue des exigences élaboré ici ne constitue pas encore une recommandation de tel ou tel système, mais sert à jeter les bases d'une comparaison aussi neutre que possible des systèmes de regroupement de cas et de leur évaluation; partant, il tient lieu de base de décision en vue d'un futur système de forfaits par cas.

Le présent catalogue des exigences doit offrir des points de repère pour la sélection d'un système de regroupement de cas, de même que pour son emploi dans le cadre du financement hospitalier. Il prend d'abord en compte les besoins des directions de la santé publique et des hôpitaux. Mais il n'en devrait pas moins revêtir un certain caractère général, d'autant que d'autres comparaisons ou critères utilisés à l'étranger ont eux aussi fait l'objet d'un réexamen. Les critères des exigences ne peuvent dès lors que revêtir un caractère plutôt général. Par contre, ils tiennent compte des éléments principaux.

Il convient de souligner que le catalogue des exigences, tel que défini ici, consiste en critères pour des systèmes de regroupement de cas et non pas pour des systèmes de forfaits par cas, même si les différents groupes de cas doivent servir de base à un système de forfaits par cas.

¹ "Patient Classification Systems" (PCS, Systèmes de classification des patients). Les PCS sont des systèmes qui répartissent les patients – ou plus précisément les cas de traitement – en groupes, moyennant certains critères. C'est pourquoi on les appelle aussi "systèmes de regroupement de cas" (SRC). A l'aide de ceux-ci, il est donc procédé à une structuration des cas de traitement. Or, si l'on attribue des forfaits aux différents groupes d'un tel système, le système de regroupement de cas devient un système de forfaits par cas. Toutefois, cela implique certaines exigences s'appliquant au système.

2 Principes

2.1 Principes généraux

La détermination de critères pour des systèmes de regroupement de cas devant servir de base aux forfaits par cas et leur pondération, ne sont possibles que dans l'optique d'objectifs clairement définis. Ces objectifs sont définis sous la forme de quatre principes fondamentaux:

- **Transparence des traitements:**
les traitements prodigués dans le cadre d'un groupe de cas sont cohérents.
- **Applicabilité:**
Le système de regroupement de cas est réalisable moyennant des délais et des coûts réalistes.
- **Transparence des coûts:**
Les charges liées au traitement dans un groupe de cas ne laissent planer aucun doute quant à leur clarté; les coûts en résultant sont identifiables.
- **Transparence du remboursement:**
Les coûts effectifs et les prestations apportées dans le cadre d'un groupe de cas peuvent être attestés.

Les besoins des utilisateurs peuvent varier en ce qui concerne le degré de différenciation d'un système. Un besoin de transparence existe toutefois pour tout le monde. C'est pourquoi on est parti d'un degré de différenciation généralement élevé lors de l'élaboration des critères (cf. 3.3).

2.2 Assurance qualité

Il est incontestable que la détermination de la qualité ne saurait relever d'un système de regroupement de cas et que celui-ci ne saurait servir d'instrument à la détermination de la qualité ni être élargi à cette dernière. Pour être appliqué en tant que système de forfaits par cas, un système de regroupement de cas doit cependant impérativement inclure ou combiner des éléments d'assurance de la qualité. En effet, un système de forfaits dénué de ces éléments pourrait générer de fausses incitations. Un système strictement forfaitaire par cas incite à une augmentation de la "capacité utile" (Throughput, le cas échéant: augmentation du nombre des cas), sans toutefois tenir compte des prestations dans un cas particulier ni de leur qualité. Ainsi, l'on s'écarterait de l'idée d'une orientation à la prestation.

La **prise en compte de la qualité du traitement**² est donc une **condition sine qua non**. Pour cette raison, on s'abstient de l'insérer comme critère dans le catalogue des exigences. L'aspect de la qualité pourrait être intégré à travers d'indicateurs centrés sur le patient, qui définissent les résultats obtenus ou la qualité du traitement. A cet effet, on tiendra compte également du développement médical.

² P. ex.: émission de directives, relation à EBM, EBP, mesure des résultats, etc.

3 Critères des exigences

3.1 Subdivision des critères

Parmi les critères des exigences pour un système de regroupement de cas, on distingue les critères à vocation plutôt technique se rapportant à la conception et à la structure du système, les critères à vocation plutôt matérielle ainsi qu'un groupe de critères généraux.

Les exigences auxquelles doit absolument satisfaire un système sont appelées "critères KO". De plus, les critères sont classés en trois groupes: "très important" "important" et "moins important" (cf. annexe C). Une partie des critères moins importants sont attribués à d'autres éléments. Dans le cas des critères réputés importants mais qui ne sont pas des critères KO, il est réaliste d'affirmer que, bien que constituant un objectif important, on ne peut pas vraiment les satisfaire entièrement à l'heure actuelle.

3.2 Conception et structure du système

Les exigences concernant **l'évidence et la cohérence du regroupement de cas** constituent les critères principaux et indispensables. Par évidence, on entend que des cas similaires doivent toujours être attribués au même groupe (reliability). Alors que par cohérence, on entend l'exigence de la transparence. L'attribution des cas doit constamment pouvoir être interprétée, en termes médicaux surtout (aspect professionnel). Ces critères servent de base à la résistance à des manipulations d'un système définie ci-après, ils sont aussi la condition de l'acceptation ou non d'un système par les différents partenaires.

L'existence d'une **définition des cas** claire, évidente et utilisable uniformément en pratique se situe au même niveau: seule une définition des cas, permettant par exemple de manipuler de manière uniforme des mutations tant internes qu'externes, rend finalement possible une comparaison des cas. Un système doit, le cas échéant, pouvoir être adapté à une telle définition des cas et aller de pair avec les développements dans ce domaine (p. ex. développement en chirurgie ambulatoire ou encore son extension aux "épisodes de traitement"). Ce critère est étroitement lié à l'emploi du système.

Une importance primordiale revient aussi à l'inclusion de la **multimorbidité, des complications et de la sévérité d'une maladie**. Ces facteurs pouvant multiplier la charge d'un traitement, il est impératif d'en tenir compte de façon adéquate. La prise en compte des **traitements multiples** s'inscrit également dans ce contexte (p. ex. les interventions combinées), ils représentent une charge supplémentaire. En faisant abstraction de leur exécution dans un cas précis, il peut en résulter une incitation à répartir les traitements multiples en plusieurs traitements particuliers et sur plusieurs hospitalisations (p. ex. opération de la cataracte, des deux yeux). Ce critère est toutefois considéré comme moins important.

De même, il existe différentes possibilités d'intégrer dans un système des caractéristiques telles que la multimorbidité, les complications ou la sévérité d'une maladie. En poussant simplement plus loin la ventilation des groupes de cas, on finit par constater que leur nombre peut augmenter considérablement. Si l'on se prévaut par contre de ces caractéristiques pour la classification des groupes de cas, on devrait pouvoir obtenir des groupes plus homogènes quant à la charge qu'il représente. Dans ces réflexions, il sera toujours question de trouver un compromis entre la prise en compte d'un cas particulier et d'un nombre restreint de groupes hétérogènes, insuffisamment différenciés. Cet antagonisme est une nouvelle fois mis en évidence dans les exigences matérielles.

La **séparabilité** entre la **répartition en groupes de cas** et les **indicateurs et leur calcul** représente, quant à elle, un critère à vocation technique mais néanmoins très important. Par exemple, le modèle de répartition en groupes de cas peut être repris d'un autre pays, alors

que les indicateurs de ces derniers [p. ex. les coûts homogènes de base ("cost-weights") ou encore les durées moyennes de séjour] doivent être impérativement recalculés. Pour cette raison, on fera une nette distinction entre ces éléments.

Un autre critère, qui recouvre tous les autres, est **l'adaptabilité et l'extensivité**. Ces deux concepts peuvent être considérés sous un angle plutôt technique. Lorsqu'un système ne remplit pas, ou seulement partiellement, certains des critères précités, peut-il alors être adapté ou élargi dans ce sens? L'adaptabilité quant aux classifications (ICD-10, ICD-9-CM, etc.) en est aussi comprise. Ce critère peut cependant aussi s'étendre à des aspects matériels. Par exemple, est-il possible d'intégrer sans problème de nouveaux procédés de traitement médical? Matériellement, ce critère est étroitement lié avec celui de la **maintenance et de la révisibilité** du système. La révisibilité technique du système est jugée moins importante, alors que l'actualisation continue des questions médicales est très importante.

Parmi les critères moins importants, on trouve la **hiérarchisation des groupes de cas** et leur **agrégabilité** à différents niveaux, car on peut admettre que les systèmes suffiront à ces exigences.

3.3 Degré de différenciation du système

S'agissant du contenu et de la "couverture" du système, la **relation à la prestation, le traitement des cas déviants ("outliers") ou extrêmes, l'homogénéité clinique** et la **cohésion des coûts** se révèlent être des critères très importants. Ceci répond effectivement aux objectifs généraux, si l'on veut appliquer un système de regroupement de cas aux forfaits et au financement.

L'homogénéité clinique et des coûts sont les caractéristiques à observer pour la formation des groupes de cas, et constituent par conséquent les critères fondamentaux pour un système de regroupement de cas. Quant à **l'homogénéité clinique**, elle est difficilement mesurable; en fait, seul le clinicien peut en juger. Mais elle n'en constitue pas moins la condition pour qu'un système soit également accepté par les "exécutants". Le plus souvent, **la cohérence des coûts** est définie comme "réduction de la variance": les coûts des cas regroupés sont-ils moins fluctuants que si l'on mettait tous les cas "dans le même panier"? Le principal constat que l'on peut faire est donc celui-ci: si les fluctuations à l'intérieur des groupes étaient aussi grandes que pour la totalité des cas, il n'y aurait pas besoin de créer des groupes! C'est pourquoi on mesure la réduction de la variance en fonction de la formation des groupes par rapport à la variance en fonction de la totalité des cas. On part ainsi de l'hypothèse que des cas cliniques similaires occasionnent également un coût similaire. Sinon, on pourrait théoriquement regrouper tous les cas occasionnant des coûts similaires, même s'ils n'ont rien à voir entre eux du point de vue médical (cas jusqu'à 1000 fr., cas jusqu'à 2000 fr., etc.). En tout état de cause, et bien que les deux critères soient considérés comme très importants, **l'homogénéité clinique devra toujours primer celle des coûts**, et sera donc davantage considérée.

Il convient d'observer qu'il existe un **rapport entre l'homogénéité des groupes et leur nombre**: plus les groupes seront nombreux à se voir dotés d'un système, plus ils seront homogènes en eux-mêmes, sans devoir l'être obligatoirement. Pour des raisons tant pratiques que statistiques, il est cependant judicieux de limiter le nombre des groupes.

Les **cas déviants ou extrêmes** sont des cas particuliers qui occasionnent une charge extrême à l'intérieur d'un groupe en soi homogène (p. ex. des durées d'alitement extrêmement longues), suite à des complications, par exemple. Le nombre des cas particuliers peut être fortement disproportionné (en la dépassant de beaucoup ou en restant nettement en dessous) par rapport à la charge moyenne, et peut donc diminuer considérablement l'homogénéité des coûts à l'intérieur d'un groupe. Pour cette raison, il importe de tenir le plus grand compte de ces cas.

Si l'on veut appliquer des systèmes de regroupement de cas au financement, il importe d'établir une **relation à la prestation**. Les systèmes de regroupement de cas liés aux diagnostics (Diagnosis Related Groups, DRG) se fondent sur l'hypothèse que la relation à la prestation passe par le diagnostic, autrement dit qu'un diagnostic produit toujours une certaine prestation. Etant donné toutefois que d'autres facteurs influencent les prestations, il est également tenu compte, de différentes façons, de caractéristiques telles qu'opérations, complications, âge, etc.. Les systèmes axés sur les voies de traitement (PMC, MIPP) établissent la relation à la prestation justement à travers cette voie de traitement ainsi que par les prestations standardisées à fournir.

Par le critère "Relation à la prestation", on examine si la représentation de la prestation est adéquate. En cela, la prise en compte de la qualité du traitement (cf. 2.2) représente un élément important de la relation à la prestation. Toutefois, elle est jugée fondamentale au point qu'elle en devient un principe.

La **prise en compte des prestations de soins** est un critère distinct très important; de ce fait, elle est exclue de la relation à la prestation. Les prestations de soins sont en effet jugées importantes au point que leur prise en compte devrait être expressément réexaminée.

Un autre critère très important est la **résistance à des manipulations d'un système**. Elle est influencée par l'évidence et la cohérence du regroupement de cas et dépend dans une très large mesure de la "solidité" du système par rapport aux variantes de codification. Lorsque, par exemple, des codes diagnostiques avec des aspects cliniques similaires donnent lieu à un regroupement différent, il peut alors y avoir une incitation à un "codage optimisé". Cela vaut encore davantage pour un ordre différent dans l'indication des codes diagnostiques.

L'homogénéité clinique, la cohésion des coûts et la résistance à des manipulations du système sont très importantes sans être pour autant des critères KO. Toutes les trois représentent des propriétés particulièrement importantes d'un système, lesquelles, en fait, ne peuvent être complètement satisfaites à l'heure actuelle.

Il importe également de faire en sorte que **l'éventail des cas soit couvert dans sa totalité** (complétude). Si l'on ne peut classer ou n'attribuer une grande partie des cas qu'à des "**groupes résiduels**" (groupes non spécifiques, p. ex. avec un faux codage), un système ne peut alors, lui aussi, n'être appliqué que partiellement dans la pratique. (Remarque: Ces cas doivent être clairement séparés des cas extrêmes à l'intérieur d'un groupe bien défini.) **L'applicabilité du système en dehors du domaine des soins résidentiels aigus** (psychiatrie, réadaptation, chirurgie d'un jour) est moins importante et n'est pas déterminante à l'heure actuelle.

Un autre critère important, en pratique, consiste à savoir dans quelle mesure les données **nécessaires** au regroupement sont "couvertes" par la **documentation des cas** actuellement introduite pour les statistiques fédérales.

3.4 Critères généraux

Les critères généraux se rapportent à des exigences générales applicables à un système prévu pour être introduit dans ce domaine. Ils ont pour noms la **commodité d'emploi et l'acceptation par les utilisateurs** ("très important"), la **disponibilité** ("important") et **l'application informatique** ("important").

S'agissant de la **commodité d'emploi et de l'acceptation par les utilisateurs**, c'est surtout l'acceptation, dans les hôpitaux, par ceux qui produisent les données et les informations y relatives (p. ex. codificateurs, médecins) qui revêt une grande importance. Un tel système doit être également soutenu par les utilisateurs. La garantie doit être donnée que le fournisseur de prestations se retrouve, lui et ses prestations, dans un tel système.

Par **disponibilité**, on entend non seulement la disponibilité temporelle (déjà appliqué ou seulement à l'état de projet), mais aussi la disponibilité en termes de coûts (domaine public par opposition aux engagements relevant du droit de licence); coûts du système, coûts de la mise à exécution et coûts de la révision), aspects liés au droit d'auteur (adaptations au système possibles ou non).

Pour ce qui est de l'application informatique, c'est non seulement la commodité révisionnelle et la conception transparente du système comme tel qui sont importantes, mais aussi l'existence d'interfaces clairement définies, susceptibles de représenter des paramètres; en particulier, le système doit pouvoir être intégré facilement dans les différents secteurs des hôpitaux.

D'autres critères sont:

- **La perméabilité horizontale et verticale:** Perméabilité horizontale signifie flexibilité concernant les phases de traitement, perméabilité verticale signifie flexibilité concernant la formation de groupes. Par ces critères, on requiert que le système puisse être adapté simplement dans un sens comme dans l'autre, c'est-à-dire aussi bien lors de la classification des cas par groupes qu'en ce qui concerne les processus de traitement. On pourrait ranger cela sous la notion d'"adaptabilité matérielle", ce qui accentue encore la signification de l'adaptation continue d'un système aux développements de la médecine.
- Quelles sont les incitations du système en termes **d'augmentation du volume des prestations**? Quelles sont en définitive les incitations données? Quels sont les aspects de la prestation que l'on soutient et quels sont ceux que l'on serait plutôt enclin à sanctionner?

Ces deux points concernent l'engagement pratique en matière de financement.

4 Forfaitarisation

Des forfaits doivent être attribués aux différents groupes de cas dès qu'un système de regroupement de cas a été introduit pour le financement. La forfaitarisation est un processus intervenant en dehors du regroupement et, de ce fait, doit être considérée séparément.

Dans les systèmes de regroupement de cas, la prise en compte des données financières en termes d'homogénéité (homogénéité des coûts) est certes pertinente; il en a d'ailleurs été tenu compte en conséquence sous 3.3. Toutefois, l'élaboration de critères pour la forfaitarisation elle-même va beaucoup plus loin.

Pour cette raison, il n'est fait état qu'à titre exemplatif d'un certain nombre de critères concernant le calcul et l'attribution des coûts effectifs aux différents groupes et concernant l'élaboration de forfaits aux fins de remboursement.

Modèle de calcul:

Existe-t-il un modèle de calcul fondé sur l'économie d'entreprise?

Base de calcul:

Quels sont les charges par nature et les centres de charges pris en considération?

Prend-on en compte les coûts de toutes les prestations (prestations médicales, soins, thérapie, hôtellerie, parts d'investissements)? Détermine-t-on des coûts ou des prix?

Maniabilité:

Le modèle des coûts est-il transparent et solide?

Maintenance:

Les changements intervenus en matière de coûts ou de prix peuvent-ils être pris en compte rapidement?

5 Conclusions

La sélection d'un système de regroupement de cas aux fins de financement hospitalier est sûrement une décision complexe et conséquente. On s'attardera sur la signification des principes, définis en introduction, de la transparence des traitements, des coûts et du remboursement, ainsi que sur l'applicabilité du système. En particulier, il convient de souligner encore une fois l'importance hors pair qui revient à l'assurance de la qualité. De plus, on constate que les mesures d'assurance qualité sont également indispensables dans la perspective d'un benchmarking national. Il est précisé que la qualité ne peut se mesurer aux coûts, et l'on évitera à tout prix de soutenir la tendance observée dans cette direction.

Dans le même temps, l'on met en garde contre l'application irréfléchie de systèmes et contre des comparaisons quelconques. Dans un premier temps, les données recueillies après l'introduction d'un système de regroupement de cas ne devront être utilisées qu'avec une grande retenue. Elles sont en effet sujettes à une interprétation particulièrement attentive tenant compte du contexte. Des décisions précipitées sur la base de telles comparaisons peuvent avoir des conséquences indésirables et négatives. C'est le constat auquel ont abouti de premières expériences. La transparence du système et du processus décisionnel constitue d'autant plus une condition pour que le système puisse être introduit avec succès.

De surcroît, il convient d'observer que l'application d'un système de regroupement de cas pour le financement hospitalier exige une adaptation continue du système, tant du point de vue médical que du point de vue des coûts, sur lesquels on ne s'est pas spécialement arrêté ici. Or, cela n'est réalisable que sous forme institutionnalisée.

Il convient de rappeler que ce catalogue renferme des critères pour les systèmes de regroupement de cas dans l'idée d'appliquer des forfaits par cas, sans pour autant tenir compte de la forfaitarisation elle-même. Le reclassement des groupes de cas en forfaits par cas est un processus particulier qu'il s'agit d'examiner séparément. En tout cas, un système de regroupement de cas devra remplir certaines conditions pour permettre leur reclassement en forfaits.

Recommandations

1. L'établissement de ce catalogue des exigences devrait avoir pour conséquence logique de procéder à l'évaluation de systèmes existants. A cet effet, il s'agirait de rendre les critères opérationnels.
2. Parallèlement, il convient de définir les exigences relatives aux coûts pour la forfaitarisation.
3. Ces démarches subséquentes devraient être entreprises avec la participation de spécialistes correspondants.

Annexe A: Mandat du groupe de travail "Systèmes de regroupement de cas et financement hospitalier"

Groupe de travail "Systèmes de regroupement de cas et financement hospitalier"

En juin 2000, H" Les hôpitaux de Suisse" a proposé à la CDS de créer un groupe de travail commun "Systèmes de regroupement de cas et financement hospitalier". Cette proposition a été fort bien accueillie par le comité directeur de la CDS et le Conseil de H+, à tel point qu'ils ont décidé de mettre en place incessamment le groupe de travail et insisté pour qu'il se mette le plus rapidement possible à l'ouvrage. Dans l'intervalle, il a été recommandé aux autorités cantonales de surseoir à leurs décisions quant à l'introduction de systèmes de regroupement de cas.

Le groupe de travail a été baptisé groupe de travail "Systèmes de regroupement de cas et financement hospitalier". Dans une première phase au cours du 2^{ème} semestre 2000, il avait pour tâche d'élaborer un catalogue des exigences concernant un système de regroupement de cas pour la Suisse. Dans une deuxième phase, il s'agit d'évaluer, au cours du 1^{er} semestre 2001, les différents systèmes déjà existants sur la base de ce catalogue des exigences.

Le groupe de travail était formé paritairement de représentants de la CDS et de H+ Les hôpitaux de Suisse. La CDS avait désigné des représentants issus des directions de la santé publique, H+ des représentants des hôpitaux. Ce faisant, H+ a volontairement recruté la moitié de ses délégués parmi les médecins d'hôpitaux. Les représentants d'autres organisations du domaine de la santé seront consultés une fois le rapport terminé. Le groupe de travail s'est déterminé lui-même sur sa politique d'information.

Objectifs du groupe de travail

Le groupe de travail avait pour objectif d'élaborer les bases d'une évaluation neutre des systèmes de regroupement de cas. Elles devaient permettre de les réviser quant aux exigences des autorités cantonales et des responsables d'hôpitaux. A cet effet, on tiendra compte des besoins des différents usagers possibles d'un tel système et on veillera tout particulièrement à son applicabilité pour le financement et la tarification des prestations hospitalières.

A l'appui d'un catalogue des exigences, il s'agit au cours d'une phase suivante de démontrer les avantages et les inconvénients des systèmes existants. Toutefois, on mettra en évidence les points faibles des systèmes et on émettra des propositions en vue d'y apporter des améliorations ou des adjonctions en tenant compte des expériences faites à l'étranger.

Pour le groupe de travail, il convient avant tout de garder le sens des réalités. A ses yeux, il n'était pas question de véhiculer des idées abstraites ni d'élaborer un nouveau système, mais de créer un instrument permettant d'évaluer des systèmes existants.

Méthode de travail

Le groupe de travail s'est vu remettre une liste de critères d'exigences possibles pour des systèmes de regroupement de cas. Lors d'une première séance, il a défini les principes généraux et clarifié les notions. Puis à l'aide d'un questionnaire, chaque membre en a évalué les critères figurant sur la liste. Lors d'une deuxième séance, il a discuté les résultats de cette évaluation et adapté la liste en conséquence. Il a ensuite intégré les résultats dans le présent rapport. Finalement, il a achevé le rapport à l'occasion d'une troisième séance.

Sur le plan formel, les membres du groupe de travail se sont engagés, lors de l'élaboration des critères, à respecter l'objectivité et la neutralité, en évitant d'axer les exigences elles-mêmes sur des systèmes existants et de dévoiler éventuellement les intérêts économiques liés à un système donné.

Il importait de définir une position consensuelle apte à être défendue par tous les membres. Au surplus, il s'agissait de veiller à l'élaboration de critères applicables en pratique, susceptibles d'être compris et utilisés par les différents partenaires. Il a aussi fallu renoncer à des critères strictement techniques en privilégiant une utilisation systématique des résultats. En ce sens, le présent rapport se propose d'émettre des lignes directrices pour l'évaluation des systèmes et servir ainsi d'instrument de décision aux décideurs. Pour cette raison, le groupe de travail s'est volontairement limité à des critères essentiels.

Etablissement du catalogue des exigences

Au niveau des critères d'exigences pour un système de regroupement de cas, l'on a fait une distinction entre les critères à vocation plutôt technique, se référant à la conception et à la structure du système, les critères à vocation matérielle et un groupe de critères généraux.

Partant d'une liste de critères, on a d'abord discuté les différents critères et leur signification. Les membres du groupe de travail les ont ensuite évalués dans leur totalité, de même qu'ils ont défini les critères KO. Il en est ressorti un groupe de critères que tous qualifient de très importants et qui, très souvent aussi, sont considérés comme des critères KO. Il s'agit d'exigences qu'un système doit impérativement remplir. D'autres critères sont également jugés importants, sans pour autant être considérés comme des critères KO. Dans le cas de ces critères, force est d'admettre qu'ils constituent en fait un objectif important sans qu'il soit d'ailleurs possible de les satisfaire complètement à l'heure actuelle. Les critères faisant l'objet d'une évaluation très inégale ont été rediscutés, certains ayant encore donné lieu à des explications quant à leur signification.

Les critères ont été répartis dans les trois groupes: "très important", "important" et "moins important" (cf. annexe B). Une partie des critères jugés moins importants ont été attribués à d'autres éléments.

Membres du groupe de travail:

Walter Bachmann, Département de la santé et des affaires sociales du canton de Lucerne (CDS)

Prof. Dieter Conen, Hôpital cantonal, Aarau (H+)

Dr Michael Dieckmann, Direction de la santé publique du canton de Zurich (CDS)

Stefan Ebner, Claraspital, Bâle

Annamaria Müller Imboden (CDS, vice-présidente)

Dr Franco Salomon, privat-docent, Hôpital universitaire, Zurich (H+)

Hubert Schaller, Hôpital cantonal, Fribourg (H+)

Luc Schenker, Hospices cantonaux vaudois, Lausanne (CDS)

Erhard Trommsdorff, Département de la santé publique du canton d'Argovie (CDS)

Judith Wagner (H+, présidente)

Auteur du rapport: Judith Wagner

Annexe B: Introduction aux systèmes de regroupement de cas

Principes fondamentaux

Dans un système de regroupement de cas¹, on tente de structurer et de désigner les cas de traitement. Il est procédé à un regroupement de cas qui présentent une homogénéité maximale quant à certains critères définis. Il peut s'agir soit de critères médicaux, soit de critères économiques. En fait, on tente de mettre les uns en relation avec les autres. Il ne s'agit toutefois (pas encore) d'un système de forfaits par cas ni d'un système de rémunération.

Mais, en tous les cas, il s'agit d'une sorte de classification. Et qui dit classification, dit obligatoirement perte d'information. Une perte d'information de ce type dépend des caractéristiques définies. Si l'on répartit par exemple des patients selon des critères économiques, il sera alors particulièrement difficile d'en faire une autre répartition selon des critères médicaux, et inversement. C'est pourquoi la "qualité" d'une classification est aussi étroitement liée à la question examinée.

Comme critères de classification des groupes de cas, on se prévaut le plus souvent de caractéristiques des patients ou des traitements. Sont par exemple des caractéristiques de patients: les diagnostics (diagnostics principaux ou secondaires), l'âge du patient, son sexe, le status lors de la sortie de l'hôpital ou la sévérité de la maladie. Les caractéristiques du traitement peuvent être les procédures elles-mêmes (opérations, etc.), mais aussi les ressources nécessaires au traitement (il s'agit en l'occurrence d'être prudent si l'on veut déterminer à nouveau les coûts y relatifs).

S'agissant des caractéristiques "Diagnostic(s)" et "Procédure(s)", une classification des patients s'érige sur les classifications des diagnostics et des procédures. En Suisse, on travaille avec les **ICD-10** pour les diagnostics et avec les **CHOP** pour les procédures (traduction des ICD-9-CM, vol. 3).

Systèmes de regroupement de cas existants

Il existe une grande diversité de systèmes visant à répartir, sous l'angle des coûts, les patients ou les cas de traitement en groupes homogènes. Ces systèmes se limitent toutefois essentiellement aux patients nécessitant des soins aigus. En fait naturellement partie toute la famille des Diagnosis Related Groups (DRG).

Les DRG ont été développés à l'origine par Robert Fetter, de l'Université de Yale, dans le but d'améliorer le management des hôpitaux. Ils ont été adoptés par la Health Care Financing Administration (HCFA) pour les patients de Medicare (plus de 65 ans). Dénommés **HCFA-DRG**, ils sont actualisés chaque année et mis à la disposition de la collectivité. Dans le cadre d'un mandat de la HCFA à l'Université de Yale, ont été lancés dans les années quatre-vingt les Refined DRG (**RDRG**), dont on a révisé les diagnostics secondaires et les complications. En 1987, l'Etat de New York a décidé d'étendre les DRG aux patients non affiliés à Medicare. Pour procéder aux adaptations y relatives, un mandat a été confié à la société 3M. Cette société a mis au point les "All Patient DRG" (**AP-DRG**), notamment en complétant les domaines néonatalogie, pédiatrie et VIH. En 1993, la HCFA a procédé à une nouvelle révision des diagnostics secondaires et des complications sur la base des HCFA-DRG (dans

¹ A ce propos, on utilise souvent aussi l'expression "Système de classification des patients" (Patient Classification System – PCS) qui, par analogie, signifie une catégorisation de patients en groupes homogènes. Etant donné toutefois que cette expression peut conduire à des confusions avec les classifications de procédures (Procedures Classification Systems – PCS), la dénomination "Système de regroupement de cas" est maintenue ici.

lesquels les compléments apportés aux AP-DRG ont été, en partie, de nouveau intégrés). Sont apparus ensuite les "Severity Refined DRG (**SR-DRG**)". De son côté, 3M a elle aussi élargi et modifié la structure des AP-DRG, pour donner naissance aux "All Patient Refined DRG (**APR-DRG**)". La dernière réalisation de la société 3M sont les **IR-DRG**. Ils sont dérivés des APR-DRG.

Des HCFA-DRG sont dérivés des systèmes tels que **NordDRG**, appliqué en Scandinavie, ou **GHM** (Groupes homogènes de malades), appliqué, lui, en France. En Australie, il a été créé, sur la base des HCFA-DRG et des DRG-APR, les "Australian National DRG" (**AN-DRG**) et, plus récemment, les "Australian Refined DRG" (**AR-DRG**).

Aux Etats-Unis il existe cependant encore d'autres systèmes, tels les Patient Management Categories (**PMC**), qui reposent sur des voies de traitement typiques (Patient Management Path – PMP), et les Disease Staging (**D.S.**) comprenant près de 400 catégories réparties en 4 degrés de sévérité de maladie par catégorie.

En Europe, il n'existe que des dérivés des différents systèmes DRG. Certains pays se sont décidés à développer leur propre système après examen des systèmes existantsⁱ. Ainsi, l'Allemagne a mis au point le système des forfaits par cas/rémunérations particulières "Fallpauschalen/Sonderentgelte (**FP/SE**)", et l'Autriche le système des "diagnostics/groupes de cas liés aux prestations "Leistungsorientierten Diagnose-Fallgruppen" (**LDF**)". Tous les deux sont appliqués depuis plusieurs années déjà. Le modèle FP/SE allemand ne couvre cependant qu'une partie de l'éventail des cas. C'est pourquoi il a été décidé en juin 2000, à l'issue d'une large procédure d'évaluation, d'introduire dans ce pays le système AR-DRG australien. Le "modèle des voies de traitement intégrées (**MIPP**)" est une réalisation suisse, calculant le coût lié à des voies de traitement standardisées, à l'instar des PMC.

Eléments des systèmes de regroupement de cas

Un système de regroupement de cas devient un système de forfaits par cas ou système de rémunération lorsque l'on attribue aux différents groupes de cas des indicateurs qui, à leur tour, sont transformés en "prix". Ceux-ci devront naturellement s'orienter d'après les coûts effectifs. La détermination des frais de traitement effectifs est cependant laborieuse, car, d'une part, elle exige une saisie détaillée des prestations à l'acte et, d'autre part, les coûts de ces dernières (p. ex. rayons X, certaines opérations, prestations de soins) doivent être connus. Dans les calculs, on tient compte encore et toujours de prix au lieu de coûts; or, en l'occurrence, le recours à des prix engendre des distorsions.

A ce propos, les classifications des soins gagnent aussi en importance. Dans la plupart des systèmes de regroupement de cas, la classification des soins s'entend comme une conséquence du diagnostic ou de la thérapie médicale; elle n'est pas prise en compte dans les caractéristiques des patients. Or, elle devrait l'être pour le moins dans le calcul des frais de traitement.

Deux paramètres sont essentiellement utilisés comme **indicateurs** (pondérations relatives) pour certains groupes de cas: la durée moyenne de séjour (Average Length of Stay – ALOS) et les coûts homogènes de base (Cost Weights – CW). Les coûts homogènes de base indiquent des coûts relatifs: un groupe de cas avec un CW de 1.6 occasionne des coûts moyens deux fois plus élevés qu'un groupe avec un CW de 0.8. La détermination des indicateurs implique un nombre de cas élevé. Or, ils doivent être déterminés à nouveau pour chaque pays; en particulier, les pondérations de coûts reprises des Etats-Unis sont considérées comme étant fort délicates (aux Etats-Unis, les honoraires des médecins, entre autres, ne sont pas pris en compte). Les pondérations de coûts incorrectes peuvent engendrer des incitations indésirables, voire fatales. Les taux à variabilité extrême issus de différents systèmes laissent planer des doutes. Ainsi, Fischer compare la pondération d'une appendicectomie avec l'opération d'une hernie inguinale dans différents systèmes: les taux varient entre +75% et -33%ⁱⁱ.

Par **indice Case Mix**, on entend une pondération moyenne des coûts, relatifs, par exemple, à tous les cas traités par un hôpital en l'espace d'une année. On utilise cet indice comme indicateur pour la composition de la population des patients.

Par **groupeur**, on entend un logiciel qui, à partir des données de base disponibles, détermine les différentes caractéristiques (diagnostics, âge, etc.) du groupe des cas de traitement (DRG).

ⁱ Fischer W, Diagnosis Related Group's (DRG's) im Vergleich zu den Patientenklassifikationssystemen von Oesterreich und Deutschland, Wolfertswil: Z/I/M, 1999.

ⁱ Rochell B, Fallgruppierung im deutschen Entgeltsystem, Bedeutung une Perspektive, Das Krankenhaus 5/99, p. 281-290.

ⁱⁱ Fischer W, Vergleiche von Kostengewichten, <http://www.fischer-zim.ch/streiflicht/Kosten-Gewichte-9710.htm>.

Annexe C: Catalogue des exigences

Au total, six des huit questionnaires ont été retournés avec la liste des critères initiale et évalués. Les résultats figurent dans les deuxième et troisième colonnes. La deuxième colonne comprend le nombre total de points pour un critère, la troisième le nombre de citations en tant que critère KO. Quant à la quatrième colonne, elle comprend la classification définitive en "très important", "important" ou "moins important".

Critère	Résultats		Importance
	points ¹	KO ²	
Conception et structure du système			
1. Evidence du regroupement de cas Des cas particuliers identiques (ou similaires) sont-ils toujours attribués au même groupe (reliability)? L'attribution est-elle clairement délimitée?	45	4	très important
2. Cohérence du regroupement de cas - transparence L'attribution des cas particuliers est-elle cohérente et complètement transparente?	42	5	très important
3. Définition des cas Une définition claire des cas a-t-elle été donnée? Si oui, laquelle (cas administratif; cas de traitement résidentiel/hospitalisation, y c. transferts internes; séjours multiples; séjours extra-hospitaliers/transferts externes, autres)? Une définition des cas claire, évidente et utilisable uniformément en pratique constitue une condition indispensable pour la comparabilité des cas attribués à un groupe de cas.	49	2	très important
4. Illustration de la morbidité et des complications / sévérité Est-il tenu compte des effets secondaires, des complications et de la sévérité du cas? Afin de former des groupes homogènes quant aux coûts, il importe de prendre en compte les effets secondaires et les complications qui alourdissent la charge liée à la prise en charge. Il en va de même pour la sévérité d'une maladie.	43	2	très important
5. Prise en compte des traitements multiples Les traitements multiples (dans le cadre d'une hospitalisation ou d'une intervention) sont-ils inclus? En cas de non-considération des interventions ou traitements multiples, il peut en résulter des incitations à constituer de nouveaux cas.	24	0	moins important
6. Séparabilité entre répartition en groupes / calcul des indicateurs / indicateurs Les indicateurs et leur calcul sont-ils indépendants de la répartition en groupes, autrement dit peut-on les recalculer sans pour autant modifier la répartition des cas en groupes? La séparation de ces différents éléments est importante pour pouvoir procéder à des adaptations nationales ou régionales des indicateurs.	44	4	très important

¹ 10 points au maximum ont pu être attribués par critère, soit un maximum de 60 points au total pour les 6 questionnaires.

² Pour les 6 questionnaires, le nombre maximum de citations en tant que critère KO était de 6.

Critère	Résultats		Importance
	points ¹	KO ²	
7. Hiérarchisation et agrégeabilité La structure du système permet-elle une agrégeabilité à différents niveaux?	32	0	important
8. Adaptabilité / extensivité Lorsqu'un système ne remplit pas certains critères, peut-il être adapté ou élargi en fonction de ces critères? Des méthodes de traitement modernes sont-elles prises en compte? Peut-on intégrer rapidement et simplement de nouveaux procédés? La prise en compte de procédés modernes est liée à la qualité du traitement, leur intégration à la maintenance.	41	2	très important
9. Maintenance et révision Le système peut-il être entretenu et actualisé de manière simple?	37	0	important
Contenu et couverture			
10. Homogénéité clinique Les groupes formés sont-ils suffisamment homogènes du point de vue clinique?	52	0	très important
11. Homogénéité des coûts La répartition en groupes de cas entraîne-t-elle une réduction sensible de la variance?	31	0	très important
12. Relation à la prestation Les prestations principales sont-elles prises en compte de manière adéquate? Est-il aussi tenu compte d'interventions interdisciplinaires et d'effets secondaires compliqués? Comment les hospitalisations en soins intensifs sont-elles prises en compte? Est-il aussi tenu compte de la qualité des prestations?	48	1	très important
13. Inclusion des prestations de soins Les prestations de soins sont-elles d'ailleurs prises en compte? Si oui, comment?			très important
14. Manipulation des cas "déviants" ou extrêmes Des cas déviants ou extrêmes sont-ils déterminés? La procédure les concernant est-elle adéquate? Les cas extrêmes peuvent représenter une part importante des coûts (un multiple d'un cas dit normal). Une prise en compte judicieuse est importante, afin d'assurer d'une part un traitement approprié, et d'autre pas éviter de donner de fausses incitations (lien avec la sévérité, la multimorbidité, etc.)	43	1	très important
15. Complétude et "groupes résiduels" L'éventail des cas est-il entièrement "couvert"? Quelle est l'importance de la part des groupes résiduels? Une large couverture des cas devrait être assurée. Les groupes résiduels avec des cas non attribuables ne devraient représenter qu'une toute petite part, car il convient de partir d'une homogénéité des coûts très faible.	34	1	important
16. Applicabilité en dehors des soins résidentiels aigus Le système est-il aussi applicable dans d'autres domaines (p. ex. psychiatrie, réadaptation, chirurgie semi-hospitalière/chirurgie d'un jour, etc.?)	19	0	moins important
17. Documentation requise Les données requises sont-elles "couvertes" par la documentation actuellement introduite en Suisse?	32	2	important

Critère	Résultats		Importance
	points ¹	KO ²	
lement introduite en Suisse? Des classifications élargies ou des règles de codification supplémentaires sont-elles nécessaires pour garantir un usage uniforme (cf. résistance à des manipulations du système)?			
18. Résistance à des manipulations du système Quelle est l'ampleur de la tolérance concernant les variantes de codification? Quelle est l'ampleur de la tolérance face à un codage incomplet? Il convient de laisser le moins de place possible aux "marges d'appréciation" et aux interprétations. Une documentation hétéroclite relative à des cas identiques devrait engendrer un minimum de différences d'ordre systématique.	40	0	très important
Critères généraux			
19. Commodité d'emploi et acceptation par les utilisateurs Le système est-il d'un emploi simple et compréhensible? Le système est-il accepté par les utilisateurs tant du point de vue médical qu'économique?	42	1	très important
20. Disponibilité Disponibilité en termes de coûts: Le système est-il librement disponible ou existe-il des engagements relevant du droit de licence? A combien s'élèvent le coût du système, le coût de sa mise en application et le coût de sa révision ? Disponibilité temporelle: Le système est-il disponible à l'heure actuelle? Est-il a) introduit/appliqué dans une large mesure, b) prêt à être introduit, c) en voie de développement d) disponible sous forme de projet?	29	1	important
21. Application informatique Existe-t-il une application informatique appropriée (interfaces claires, visibilité aisée, intégration simple dans différentes configurations de logiciels des hôpitaux, etc.)?	36	1	important