



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.

Comparaison d'une sélection de systèmes de regroupement de cas (comparaison théorique des systèmes)

**sur la base des critères du rapport du groupe de travail paritaire
"Systèmes de regroupement de cas et financement hospitalier"**

Rapport d'un groupe de travail de

**H+ Les Hôpitaux de Suisse et de la
Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires CDS**

Version 6, 21 août 2002

Synthèse

Les délégués du Secrétariat central de la CDS et du Secrétariat de H+ Les Hôpitaux de Suisse ont étudié trois de ces systèmes de plus près sur la base d'un catalogue d'exigences qui avait été dressé en 2001 par un groupe de travail commun "Systèmes de regroupement de cas et financement hospitalier". Le modèle des voies de traitement intégrées (mipp), les AP-DRG et les AR-DRG ont été mis en parallèle dans le cadre d'une comparaison théorique des systèmes pour voir dans quelle mesure ils satisfaisaient aux différents critères stipulés.

Le système AR-DRG en tant que système "refined" (affiné, différencié) obtient les meilleures notes dans la comparaison détaillée. Il dispose d'un concept mûri pour la prise en compte et la pondération de diagnostics secondaires ayant un impact sur les coûts. L'AP-DRG en revanche dispose déjà d'un groupeur adapté aux systèmes de classification utilisés en Suisse. Pour l'AP-DRG comme pour l'AR-DRG, les données requises sont recensées dans le cadre de la statistique médicale établie par l'Office fédéral de la statistique. Les deux systèmes présentent des failles importantes au niveau de la prise en compte des traitements multiples et de l'illustration des prestations de soins et psychiatriques, ainsi que des prestations de réadaptation, de soins aux toxicomanes et de la médecine palliative. Les prestations impliquant une intervention et les prestations purement diagnostiques sont mieux illustrées dans le système AR-DRG que dans le système AP-DRG. Cependant, la relation à la prestation est limitée pour AP-DRG comme pour AR-DRG, ce qui n'est pas du tout le cas avec mipp. Le système mipp convient en outre pour optimiser la qualité des processus et crée la transparence exigée dans le déroulement des prestations servies.

Les trois recommandations suivantes sont faites:

1. Les systèmes de classification des patients en fonction du diagnostic de la troisième génération (tels que AR-DRG) présentent un net avantage par rapport aux systèmes de la première et de la deuxième génération au niveau de l'homogénéité clinique améliorée. Sous cet angle, il est recommandé de donner la préférence à un tel système différencié qui tient mieux compte des diagnostics secondaires et de la sévérité des cas.
2. Dans le cadre de l'introduction d'un système de regroupement des cas, il faudra veiller à ce que l'assurance et le développement de la qualité soient garantis, car une approche globalisante, sans éléments d'assurance de la qualité, risquerait de créer des incitations à la prestation la moins coûteuse et non la plus avantageuse. Seul le modèle des voies de traitement intégrées (mipp) comporte des éléments de gestion de la qualité, notamment pour l'amélioration de la qualité des processus. Les voies cliniques et les lignes directrices (guidelines) internes encouragent une perspective interdisciplinaire pour une gestion efficace de la qualité.
3. Il convient de viser une solution uniforme pour toute la Suisse. Ce non seulement en vue de la législation sur l'assurance maladie qui, dans sa révision en cours, exige une indemnisation des prestataires de soins liée à la prestation. La réalisation d'une solution uniforme s'impose aussi à moyen terme sous l'angle de l'allocation de fonds par les cantons et de la comparabilité des données relatives aux prestations entre prestataires de soins.
La mise en place d'un bureau de coordination regroupant les partenaires concernés (prestataires de soins, assureurs, Confédération, cantons) est suggérée; il aura pour mission de recenser et d'évaluer les expériences déjà faites, de prendre une décision coordonnée sur cette base et de préparer l'introduction du système choisi.

Sommaire

Synthèse	2
Glossaire.....	5
1. Introduction	6
2. Contexte fondamental	8
2.1. Systèmes de regroupement de cas et leurs utilisations	8
2.2. Description du projet global	8
2.3. Genèse du catalogue des exigences du groupe de travail "SRC"	9
3. Comparaison sommaire	11
3.1. But et méthodologie.....	11
3.2. Systèmes inclus dans la comparaison sommaire	11
3.3. Résultats	12
4. Comparaison détaillée	15
4.1. But et méthodologie.....	15
4.2. Particularités de la comparaison entre mipp, AP-DRG et AR-DRG.....	15
4.3. Modèle des voies de traitement intégrées (mipp)	16
4.3.1. Description du système	16
4.3.2. Réalisation et utilisations	16
4.3.3. Points forts et faiblesses du système	17
4.3.4. Résumé et prospective	18
4.4. All Patient-DRG (AP-DRG)	18
4.4.1. Description du système	18
4.4.2. Réalisation et utilisations	19
4.4.3. Points forts et faiblesses du système	20
4.4.4. Résumé et prospective	21
4.5. Australian Refined-DRG (AR-DRG)	21
4.5.1. Description du système	21
4.5.2. Réalisation et utilisations	21
4.5.3. Points forts et faiblesses du système	22
4.5.4. Résumé et prospective	23
4.6. Aperçu global des résultats	23
5. Discussion et conclusions	25
5.1. Discussion des résultats	25
5.1.1. Homogénéité clinique et systèmes "refined"	25
5.1.2. Homogénéité des coûts et complexité du système	25
5.1.3. Solutions pour l'environnement suisse	26

5.1.4. Développements futurs d'un système DRG	26
5.2. Réflexions au sujet de l'introduction d'un système	27
5.2.1. Objectifs	27
5.2.2. Evaluation des points forts et des faiblesses.....	27
5.2.3. Intérêts des hôpitaux	27
5.2.4. Intérêts des cantons	27
5.2.5. Compatibilité avec les systèmes de codage suisses.....	28
5.2.6. Coûts de l'introduction	28
5.3. Conditions d'encadrement pour l'introduction	28
5.3.1. Codage.....	28
5.3.2. Assurance de la qualité	29
5.3.3. Comptabilité analytique	29
6. Recommandation	30
6.1. Prise en compte d'un système "refined".....	30
6.2. Mesures d'assurance de la qualité.....	30
6.3. Mise en place d'un bureau de coordination.....	30
Annexe	31
Annexe 1: Catalogue des exigences opérationnalisés selon le rapport du groupe de travail "SRC" du 17.5.2001	32
Annexe 2: Tour d'horizon des systèmes.....	37
Annexe 3: Comparaison détaillée (aperçu synoptique).....	43
Annexe 4: Références bibliographiques et liens	50
Annexe 5: Membres du groupe de rédaction du rapport "Comparaison d'une sélection de systèmes de regroupement de cas".....	57

Glossaire

AN-DRG	Australian National-Diagnosis Related Groups (AUS)
AP-DRG	All Patient-Diagnosis Related Groups (USA, 3M)
APR-DRG	All Patient Refined-Diagnosis Related Groups (USA, 3M)
AR-DRG	Australian Refined-Diagnosis Related Groups (AUS)
CC	Complication or Comorbidity
CHOP	Classification suisse des opérations (traduction des ICD-9-CM, Vol. 3)
DBC	Diagnose Behandelend Combinatie (NL)
DRG	Diagnosis Related Group
SRC	Système de regroupement de cas
G-DRG	German-Diagnosis Related Groups (D)
GHM	Groupes homogènes de malades (F)
HBG	Health Benefit Groups (GB)
HCFA	Health Care Financing Administration (USA)
HRG	Health Resource Groups (GB)
ICD	International Classification of Diseases (ICD-9, ICD-10) ICD-9-CM Clinical Modifications (USA) ICD-10-AM Australian Modifications (AUS)
IR-DRG	International Refined-Diagnosis Related Groups (3M)
LDF	Leistungsorientierte Diagnose-Fallgruppen (A)
LEP	Leistungserfassung in der Pflege (CH)
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstalten-Finanzierung (A)
MCC	Major Complication or Comorbidity
MDC	Major Diagnostic Category
mipp	Modèle des voies de traitement intégrées (CH)
NordDRG	Nordic Diagnosis Related Groups (Scandinavie)
OPS-301	Operationenschlüssel nach § 301 des Sozialgesetzbuches V (D)
PCCL	Patient Clinical Complexity Level (AR-DRG)
PCS	Patient Classification System

1. Introduction

Dans le contexte de la révision de la loi sur l'assurance maladie (LAMal), le groupe de travail paritaire "Systèmes de regroupement de cas et financement hospitalier" (ci-après dénommé groupe de travail "SRC"), mis en place par les comités directeurs de la CDS et de H+, avait élaboré entre septembre 2000 et janvier 2001 des critères pour l'évaluation de systèmes de regroupement de cas pouvant convenir pour la Suisse. Le catalogue d'exigences qui en est résulté devait fournir la base d'une comparaison objective et de l'évaluation des systèmes de regroupement de cas. Les comités directeurs de la CDS et de H+ ont approuvé le rapport du groupe de travail le 17 mai 2001 et décidé de poursuivre les travaux sur la base des recommandations y contenues. Le mandat du groupe de travail "SRC" a pris fin avec la rédaction du rapport "Critères pour l'évaluation de systèmes de regroupement de cas pour la Suisse". L'opérationnalisation des critères et une comparaison des systèmes existants ont été mis en chantier à la fin de l'automne 2001 par le Dr Judith Wagner et un groupe d'accompagnement composé de représentants du Secrétariat central de la CDS et du Secrétariat de H+. Le rapport que voici est le produit des travaux consécutifs du groupe de travail "SRC".

La question reste ouverte de savoir dans quelle mesure les systèmes de regroupement de cas pris en considération répondront aux exigences de la future LAMal. A l'art. 49 al. 1 LAMal il est dit (dans la version du Conseil des Etats du 4.10.2001):

Pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour à l'hôpital (art. 30 al. 1), les parties à une convention conviennent de forfaits. Ces forfaits sont liés à la prestation et se fondent sur des structures uniformes valables dans toute la Suisse. Les structures uniformes peuvent être réparties en catégories définies par les partenaires à une convention. Lorsque ceux-ci ne parviennent pas à s'entendre, le Conseil fédéral détermine les structures.

Le message du Conseil fédéral^{1*} stipule clairement que les forfaits par cas liés au diagnostic remplissent l'exigence d'une relation à la prestation, mais que des solutions liées à la voie de traitement sont également possibles. "Pour les cas qui ne peuvent être classés dans une catégorie liée au diagnostic, des forfaits rémunérant tout un déroulement du traitement, à l'instar des dénommées Patient Management Categories (PMC), seraient envisageables. (..) L'important, c'est que toutes ces formes de rémunération soient structurées en fonction de systèmes de classification uniformes, afin de permettre des comparaisons à l'échelle nationale et un remboursement intercantonal simple, ce qui suppose l'application de règles uniformes sur l'ensemble du territoire suisse." Par analogie au système défini à l'art. 43 al. 5 LAMal pour les tarifs de prestations individuelles, le Conseil fédéral estime que l'élaboration des structures correspondantes relève avant tout de la compétence des partenaires à une convention. En conséquence de quoi, les partenaires tarifaires sont tenus de s'entendre sur la question, ne serait-ce que parce que la modification prévue de la loi va dans ce sens.

Le catalogue d'exigences du groupe de travail "SRC" se réfère à des systèmes de regroupement de cas, car ils constituent la condition première de la création de forfaits par cas. Ce n'est donc pas la transposition en soi de groupes de cas en forfaits par cas pour les besoins du décompte qui a été prise en considération, mais l'aptitude à une telle forfaitarisation. Si on veut travailler avec un système de regroupement de cas pour le financement hospitalier, on devra pouvoir affecter des forfaits aux différents groupes de cas. Le calcul des coûts de base homogènes (cost weights) et l'affectation de montants effectifs (valeur du cas de base, base rate) doivent se fonder sur une base de données complète, correcte et représentative des coûts.

* Message du Conseil fédéral concernant la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance maladie du 18 septembre 2000, p. 49 s.

Le projet "Comparaison d'une sélection de systèmes de regroupement de cas" contient une comparaison théorique et une comparaison pratique des systèmes, ainsi que les mesures dites "d'accompagnement". Le présent rapport distille les résultats de la comparaison théorique. Une comparaison pratique pourrait consister à regrouper les données de cas au moyen de différents systèmes et d'analyser les résultats obtenus. La comparaison théorique s'est fondée sur des études et des interviews structurées déjà existantes. Nous profitons de l'occasion pour remercier très cordialement le Dr H.-P. Müller, E. Rieben, Th. Holler, L. Schenker, H. Plüss, J.-C. Rey, Y. Delcourte, U. Furrer, le Dr B. Rochell et le Dr N. Roeder qui ont bien voulu se prêter aux interviews.

Au deuxième chapitre (Bases) figurent des explications concernant les utilisations faites des systèmes de regroupement de cas dans différents pays, ainsi qu'une description du projet global CDS/H+, y compris la genèse du catalogue des exigences du groupe de travail "SRC". Dans la comparaison sommaire (chapitre 3), sept systèmes ont été comparés sur la base des critères du catalogue des exigences. Les systèmes qui ont passé le cap des dénommés "critères KO", au moins avec réserve, ont ensuite été examinés plus à fond dans le cadre d'une comparaison détaillée (chapitre 4). Il s'agit en l'occurrence du modèle des voies de traitement intégrées (mipp) qui a vu le jour à l'Hôpital cantonal d'Aarau, du système All Patient-DRG (AP-DRG) commercialisé par la maison 3M, ainsi que de l'Australian Refined-DRG (AR-DRG) mis au point par le Ministère de la santé australien. Au cinquième chapitre, les résultats ont été discutés et pour conclure, des recommandations ont été formulées (chapitre 6).

Parallèlement à la mise en chantier des travaux, la CDS a mené en novembre 2001 une brève enquête auprès des départements cantonaux des affaires sanitaires au sujet de l'état et de la planification de l'introduction de systèmes de regroupement de cas. Onze cantons utilisent ou prévoient d'utiliser le système AP-DRG. Onze autres cantons utilisent ou planifient des forfaits de cas par service. Dans deux cantons, le modèle des voies de traitement intégrées (mipp) est en usage. Deux cantons n'ont pas encore décidé quel système de regroupement des cas ils allaient utiliser, sept autres ont décidé de ne pas en introduire du tout. Un résumé des résultats de cette brève enquête a été publié dans Flash, l'organe de H+ Les Hôpitaux de Suisse (no 4/2002).

2. Contexte fondamental

2.1. Systèmes de regroupement de cas et leurs utilisations

Les systèmes de regroupement de cas peuvent servir à différentes fins. Le tableau ci-dessous montre l'utilisation qui en est faite dans différents pays:

	<i>CH</i>	<i>D</i>	<i>A</i>	<i>F</i>	<i>NL</i>	<i>GB</i>	<i>Scand</i>	<i>USA</i>	<i>AUS</i>
Management interne des hôpitaux	part.	-	-	oui	prévu	-	-	oui	-
Tarification et financement directs des prestations	part.	prévu	non	non	prévu	non	part.	part.	non
Budgétisation dans les hôpitaux	part.	non	60-90%	~ 5%	prévu	~ 6%	~ 50%	part.	part.
Benchmarking/comparaisons de prestations	part.	prévu	non	oui	non	oui	non	part.	oui

Tableau 1: Utilisations des systèmes de regroupement de cas dans différents pays (sur la base de Neubauer/Nowy 2000)

CH: Suisse, D: Allemagne, A: Autriche, F: France, NL: Pays-Bas, GB: Grande-Bretagne, Scand: Pays scandinaves, USA: Etats-Unis d'Amérique, AUS: Australie.

part.: utilisation partielle; prévu: utilisation prévue à cet effet; oui: utilisé à cet effet; non: pas utilisé à cet effet; -: pas utilisé à cet effet ou pas d'indications.

Les indications données (cf. aussi annexe 2) ne prétendent pas être exhaustives. Il convient de noter qu'aucun pays ne pratique encore le financement global direct des prestations au moyen de systèmes de regroupement de cas, mais que c'est l'objectif auquel on aspire en Allemagne.

2.2. Description du projet global

Aux termes de la 2e révision partielle de la LAMal, le financement hospitalier reposera à l'avenir sur des forfaits par cas liés aux prestations. Pour définir ces forfaits par cas, on se base normalement sur des systèmes de classification des patients. H+ Les Hôpitaux de Suisse et la CDS ont reconnu la nécessité urgente de formuler pour toute la Suisse des critères d'exigences pour les divers systèmes de classification des patients dont certains sont déjà en usage. Le passage d'un système de forfaits journaliers ou par séjour au financement par cas lié à la prestation nécessite des préparatifs de longue haleine et consensuels, et il faudra notamment veiller à ce que les systèmes de classification des patients utilisés donnent des résultats transparents et comparables dans le domaine des soins aigus hospitaliers. La décision a été prise d'élaborer dans un premier temps un catalogue d'exigences pour l'évaluation des systèmes de regroupement de cas. Une deuxième phase devra comporter une comparaison neutre de divers systèmes de regroupement de cas entrant en considération pour le financement hospitalier en Suisse. Quant aux autorités cantonales, la recommandation leur a été faite de suspendre leurs décisions concernant l'introduction de systèmes de regroupement de cas en attendant les résultats de ces travaux.

Pour la première phase du mandat, un groupe de travail "SRC" avait été constitué avec des représentants des Départements cantonaux des affaires sanitaires d'une part et les délégués d'hôpitaux d'autre part. Dans une phase ultérieure, il est prévu d'inclure dans les travaux les assureurs maladie et accidents, ainsi que le corps médical. Le groupe de travail "SRC" a présenté son rapport "Critères pour l'évaluation de systèmes de regroupement de cas pour la Suisse" en mai 2001. Ce rapport a été approuvé par les organismes qui l'avaient commandité et les comités directeurs de H+ et la CDS ont donné leur aval à l'initiation de la phase 2 du mandat selon les recommandations formulées dans le rapport. Le Dr Judith Wagner a dirigé les travaux dans le cadre du projet "Comparaison d'une sélection de systèmes de regroupement de cas" en qualité d'experte. Des collaborateurs du Secrétariat général de H+ et du Secrétariat de la CDS ont soutenu les travaux dans le cadre d'un groupe de projet (cf. annexe 5). Le projet se scinde en trois projets partiels:

- I. Comparaison théorique des systèmes: Quelques systèmes sélectionnés sont comparés au moyen de travaux et d'interviews structurées déjà existants.
- II. Comparaison pratique: La comparaison pratique étudie le comportement de regroupement des systèmes à l'appui des données de cas réels provenant de divers hôpitaux.
- III. Mesures complémentaires: Parallèlement aux deux projets partiels précédents, des mesures complémentaires sont préparées/exécutées dans le cadre du projet partiel III. Il s'agit en l'occurrence de suggestions de solutions pour les critères auxquels un système déterminé ne répond pas ou pour des domaines qui ne sont pas couverts (p. ex. assurance de la qualité, inclusion des soins, comptabilité analytique, etc.), ainsi que de suggestions organisationnelles pour l'introduction.

Le présent rapport porte sur le projet partiel I. Pour ce projet partiel I "Comparaison théorique des systèmes", la démarche suivante a été adoptée: d'abord, un état des lieux a été dressé concernant les différents systèmes, leur utilisation et les comparaisons de systèmes déjà existantes (cf. annexes 2 et 4), mais aussi concernant la situation en Suisse (cf. article dans H+ Flash 4/2002). A partir de là ont été sélectionnés les systèmes qui ont ensuite fait l'objet de la comparaison détaillée (chapitre 4).

2.3. Genèse du catalogue des exigences du groupe de travail "SRC"

Une liste avait été mise à la disposition du groupe de travail "SRC" où figuraient toutes les exigences pouvant servir de critères d'évaluation des systèmes de regroupement de cas. Tous les membres du groupe de travail étaient invités à attribuer une valeur à chaque critère d'appréciation en fonction de son importance sur une échelle de 1 à 10 (10 = critère très important). En plus, ils devaient décider pour chaque critère s'il s'agissait d'un critère KO, autrement dit, d'un critère devant être impérativement rempli pour que l'introduction du système concerné puisse être envisagée en Suisse. Le catalogue des exigences que le groupe de travail "SRC" a ainsi élaboré est subdivisé en critères plutôt techniques portant sur la structure et la conception du système, en critères portant sur le contenu et enfin, en critères de nature générale.

Le groupe de travail a insisté sur l'importance cruciale (sine qua non) de la prise en considération de la qualité des traitements dans un système de regroupement des cas, car avec un système de forfaitarisation dépourvu de tout élément d'assurance de la qualité, on peut donner des incitations à la prestation la moins coûteuse, mais pas forcément la plus avantageuse. Les mesures de garantie de la qualité sont aussi indispensables en vue d'un benchmarking national. Le système de regroupement des cas finalement retenu devra à tout prix être combiné avec des éléments d'assurance de la qualité si on veut s'en servir comme système de forfaitarisation des cas pour le financement des prestations.

Afin de pouvoir comparer les systèmes de regroupement de cas au moyen du catalogue des exigences, il a fallu opérationnaliser les critères: ils ont été pondérés d'une part en fonction de l'importance qui leur est attribuée (détails cf. annexe 1) et d'autre part, tous les critères considérés comme critères KO par un ou plusieurs membres du groupe de travail "SRC" ont également été introduits comme critères KO dans la comparaison théorique des systèmes.

3. Comparaison sommaire

3.1. But et méthodologie

La comparaison sommaire a pour but de sélectionner deux à trois systèmes aux fins d'une évaluation comparative détaillée sur la base de tous les critères du catalogue des exigences formulé par le groupe de travail "SRC" (chapitre 4: Comparaison détaillée). La comparaison sommaire doit permettre de décider s'il est envisageable d'introduire un système en Suisse. Les systèmes inclus dans la comparaison sommaire sont comparés à l'appui des critères KO du catalogue des critères opérationnalisés. Ces critères sont les suivants:

1. Evidence du regroupement de cas
2. Cohérence du regroupement de cas
3. Adaptabilité de la définition des cas
4. Illustration de la multimorbidité/sévérité
5. Dissociabilité entre répartition en groupes, calcul des indicateurs et indicateurs
6. Adaptabilité/capacité d'extension du système
7. Documentation requise pour le processus de regroupement

Les critères sont décrits dans l'annexe 1.

Dans la comparaison sommaire, un système peut satisfaire à un critère, y satisfaire avec réserve ou ne pas y satisfaire. Lorsqu'il n'a pas été possible de juger un système en fonction d'un critère, ce fait est également consigné dans la comparaison.

3.2. Systèmes inclus dans la comparaison sommaire

Les sept systèmes suivants ont été sélectionnés pour la comparaison sommaire:

HCFA-DRG (système DRG de la Health Care Financing Administration)

AP-DRG (All Patient-DRG)

GHM (Groupes homogènes de malades)

NordDRG (Système mis au point en commun par les pays scandinaves)

AR-DRG (Australian Refined-DRG)

LDF (Groupes de cas-diagnostics liés aux prestations)

mipp (Modèle des voies de traitement intégrées)

Une brève caractérisation des systèmes inclus dans la comparaison sommaire ainsi que d'autres indications figurent dans l'annexe 2.

Ces sept systèmes ont été sélectionnés parce qu'ils jouent un rôle significatif dans le contexte européen et qu'ils entrent donc en principe en ligne de compte pour la Suisse. Les systèmes suivants n'ont pas été inclus dans la comparaison sommaire:

DBC (Diagnose Behandelung Combinatie): Aux Pays-Bas, le système DBC devrait être opérationnel en 2003. Ce système propose une nouvelle approche très intéressante, basée sur les combinaisons diagnostic - traitement les plus fréquentes dans un domaine spé-

cialisé. Les DBC se trouvent au stade de développement, de sorte qu'on ne dispose pas encore d'une vaste base de données étayées par l'expérience pratique.

HBG/HRG (Health Benefit Groups/Health Resource Groups): Les HBG et les HRG qui ont été mis au point en Angleterre sur la base des DRG sont des groupes de patients avec des problèmes de santé apparentés, ou alors des groupes de patients étroitement liés à un traitement. Les HBG sont mis en parallèle avec les HRG à l'aide d'une matrice. Les HBG/HRG constituent une adaptation aux conditions spécifiques du système de santé britannique et ne présentent donc pas d'intérêt pour la Suisse.

IR-DRG (International Refined-DRG): Le système IR-DRG a été développé par la maison 3M qui le juge particulièrement apte aux comparaisons internationales. Il s'agit d'une version plus perfectionnée et européanisée du système AP-DRG. Il est, à l'heure actuelle, en phase pilote. Le système IR-DRG est abordé dans le présent rapport en relation avec le système AP-DRG (cf. chapitre 4: comparaison détaillée).

3.3. Résultats

Les systèmes inclus dans la comparaison sommaire sont caractérisés en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion qui décideront de leur qualification ou non pour la comparaison détaillée.

HCFA-DRG: Le système DRG de la Health Care Financing Administration aux Etats-Unis est le système DRG le plus ancien et le plus répandu utilisé pour la rémunération de prestations. Il a été initialement mis au point pour l'assurance des personnes âgées Medicare et trouve aujourd'hui son application dans plusieurs pays (actuellement dans sa 19e version). Cependant, il n'existe pas de transcodage ou d'adaptation du groupeur à la classification des diagnostics utilisée en Suisse (ICD-10 à UICD-9-CM/1), raison pour laquelle le critère « documentation requise » a été jugé non rempli.

AP-DRG: Le système All Patient-DRG est l'extension du système HCFA-DRG original à toutes les catégories de patients. Il n'est pas seulement utilisé en Suisse, mais aussi dans d'autres pays en plus des Etats-Unis où il a été développé. Les AP-DRG font partie de la deuxième génération des systèmes DRG: en 1990, le concept des maladies secondaires graves (major CCs) a été introduit au niveau des catégories principales. La subdivision simple du système HCFA-DRG a ainsi été enrichie de l'élément cas "avec CC" et "sans CC". Pour la Suisse, le groupeur a été adapté sur la base des ICD-10 au lieu des ICD-9-CM/1, ce qui fait que l'AP-DRG est le seul système satisfaisant entièrement au critère de la "documentation requise".

GHM: Les Groupes homogènes de malades sont dérivés de la troisième version des HCFA-DRG et des AP-DRG. Ils sont utilisés exclusivement en France. Comme les AP-DRG, les GHM font partie des systèmes DRG de la deuxième génération et font donc l'objet d'une réserve en ce qui concerne le critère "illustration de la multimorbidité et de la sévérité". Seuls des groupes de base déterminés sont classés en fonction de la sévérité et/ou de l'âge. Les GHM se basant sur une classification spécifiquement française des procédures, le critère "documentation requise" n'est évidemment pas rempli. Les autres critères sont réputés remplis.

NordDRG: Les NordDRG ont été spécialement développés pour les pays scandinaves sur la base de la douzième version des HCFA-DRG. Comme pour les systèmes AP-DRG et GMH, il y a une réserve à apporter en ce qui concerne l'illustration de la multimorbidité et de la sévérité, étant donné qu'il s'agit d'un système de la deuxième génération. Comme la classification des procédures n'est pas la même qu'en Suisse, le critère "documentation requise" n'est également pas rempli. Les autres critères sont remplis.

AR-DRG: Les Australian Refined-DRG sont le prolongement des Australian National-DRG, dérivés à leur tour du système AP-DRG. Ils sont utilisés en Australie et vont être introduits en Allemagne sous peu. Il s'agit du seul système qui donne entière satisfaction en termes d'illustration de la multimorbidité et de la sévérité, étant donné qu'il pondère un nombre illimité de diagnostics secondaires en fonction des ressources sollicitées et les affecte en fonction de leur sévérité globale, aussi appelée Patient Clinical Complexity Level ou PCCL. Concernant le critère "documentation requise", il existe déjà pour la classification des diagnostics et des procédures des tables de projection cartographique ou de transcodage. Le transcodage de ICD-9-CM à ICD-1-AM (procédures) pose nettement moins de difficultés que le transcodage du code de procédures allemand à ICD-10-AM. On peut donc considérer que le système AR-DRG satisfait à ce critère avec réserve. Les autres critères sont remplis.

LDF: Les groupes de cas-diagnostics liés aux prestations ont été développés en Autriche pour le financement hospitalier lié à la prestation (LKF). Ils sont utilisés exclusivement en Autriche. Le système se fonde sur sa propre classification de procédures (basée sur l'ancienne classification VESKA). Il existe des groupes de cas en partie très différenciés, par exemple pour différents schémas de chimiothérapie. De plus, les séjours en soins intensifs peuvent être rémunérés à part.

Mipp: Le modèle des voies de traitement intégrées est une réalisation de l'Hôpital cantonal d'Aarau. Il est utilisé dans un petit nombre d'hôpitaux en Suisse et en Allemagne, généralement pour l'optimisation interne des processus. L'Hôpital cantonal d'Aarau s'en sert aussi pour le financement par cas. Le système mipp appelle une réserve au niveau de la cohérence de l'affectation des cas aux différentes voies de traitement, étant donné que celle-ci peut dépendre de la décision d'un médecin. Une enquête auprès des utilisateurs a révélé que dans la pratique, la discussion autour des cas dont l'affectation pose des problèmes crée justement la transparence désirée. En principe, mipp travaille avec les systèmes de classification de la statistique médicale établie par l'Office fédéral de la statistique. Mais comme des informations complémentaires peuvent s'avérer nécessaires pour l'affectation à une voie, une deuxième réserve concerne la "documentation requise". Sinon, mipp satisfait à tous les critères.

AP-DRG, AR-DRG et mipp sont les seuls systèmes répondant à tous les critères KO, même s'il y a parfois des réserves. Ils ont en outre été choisis pour la comparaison détaillée parce qu'il s'agit des seuls systèmes, hormis les HCFA-DRG à être appliqués en Suisse, ou du moins, en dehors de la région pour laquelle ils ont été développés.

Le tableau ci-dessous représente les résultats de la comparaison sommaire en fonction des critères du catalogue des exigences formulées par le groupe de travail "SRC":

	<i>HCFA-DRG</i>	<i>AP-DRG</i>	<i>GHM</i>	<i>NordDRG</i>	<i>AR-DRG</i>	<i>LDF</i>	<i>mipp</i>
Evidence du regroupement de cas	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓
Cohérence du regroupement de cas	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓
Adaptabilité de la définition des cas	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓
Illustration de la multimorbidité/sévérité	✓	✓	✓	✓	✓✓	✓	✓
Dissociabilité entre répartition en groupes / calcul des indicateurs / indicateurs	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓
Adaptabilité / Capacité d'extension	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓
Documentation requise	–	✓✓	–	–	✓	–	✓

Tableau 2: Résultats de la comparaison sommaire

✓✓ = critère satisfait; ✓ = critère satisfait avec réserve; – = critère pas satisfait.

Une comparaison pratique devrait permettre de porter un jugement plus différencié sur les critères "Evidence et cohérence du regroupement de cas" et "Dissociabilité entre répartition en groupes, calcul des indicateurs et indicateurs". Pour "Définition des cas" et "Adaptabilité et capacité d'extension", rien n'indique que les systèmes étudiés ne remplissent pas les critères.

Dans la comparaison détaillée (chapitre 4), les trois systèmes retenus après la comparaison sommaire sont analysés, puis mis en parallèle. Le paragraphe 4.2 va s'arrêter sur quelques particularités de la comparaison entre systèmes liés au diagnostic et systèmes liés à la voie de traitement.

4. Comparaison détaillée

4.1. But et méthodologie

De la comparaison sommaire des sept systèmes, réalisée sur la base des critères KO du catalogue d'exigences du groupe de travail "SRC", les systèmes mipp, AP-DRG et AR-DRG sont sortis vainqueurs et ont donc été retenus pour une évaluation comparative détaillée. Le but de cette comparaison détaillée consiste à mettre les trois systèmes en parallèle et à les comparer point par point en fonction des critères du catalogue d'exigences du groupe de travail "SRC". Certaines particularités et difficultés inhérentes à une comparaison de systèmes liés au diagnostic pour les uns et aux voies de traitement pour les autres sont mises en évidence au paragraphe 4.2. En plus du dépouillement de la littérature et des travaux comparatifs déjà existants sur le thème, l'étude comparative a aussi consisté à mener des interviews structurées avec des représentants des trois systèmes.

- mipp: 19.3.2002 à l'Hôpital cantonal d'Aarau (Dr Hans-Peter Müller, Erwin Rieben, Thomas Holler);
- AR-DRG: 9./10.4.2002 auprès de la Société allemande des établissements hospitaliers à Cologne (Dr Bernhard Rochell, Dr Norbert Roeder) et
- AP-DRG: 30.4.2002 au CHUV à Lausanne (Luc Schenker, Hermann Plüss, Jean-Claude Rey). Le même jour, une brève rencontre a eu lieu avec des représentants de la maison 3M (Yves Delcourte, Urs Furrer) au sujet de l'IR-DRG.

La démarche est toujours la même: d'abord, c'est le système lui-même qui est décrit, puis sa réalisation et ses utilisations. Ensuite, les points forts et les faiblesses sont illustrés au moyen de certains critères déterminés. Les critères qui n'ont pas donné entière satisfaction et qui ont été à l'origine d'une déduction de points dans l'évaluation sont spécialement commentés. Enfin, les commentaires sont résumés sous forme d'une synthèse où il est également fait allusion aux perspectives d'avenir de chaque système. La comparaison détaillée avec le nombre de points obtenus pour chaque critère figure dans l'annexe 3. Une discussion des résultats de la comparaison détaillée suit au chapitre 5.

4.2. Particularités de la comparaison entre mipp, AP-DRG et AR-DRG

Lorsqu'on s'apprête à comparer des systèmes dont les uns sont liés au diagnostic et les autres à la voie de traitement, on se heurte à certains problèmes découlant des différences fondamentales qui caractérisent ces systèmes. Pour certains critères, il est impossible d'établir une comparaison directe. A cela s'ajoute que le catalogue des exigences a plutôt été conçu pour l'évaluation d'un système lié au diagnostic. Mais toutes ces raisons n'ont pas suffi à exclure un système lié à la voie de traitement tel que mipp, d'autant plus que mipp a tout aussi bien répondu aux critères KO du catalogue des exigences que les autres systèmes.

L'idée de base des systèmes liés à la voie de traitement consiste à rassembler des groupes homogènes de cas cliniques et de définir une voie de traitement pour eux (éléments d'un traitement standard). Les complications, la sévérité ou les diagnostics secondaires peuvent être inclus en fonction de leur fréquence relative. Les approches par la voie de traitement se caractérisent donc par une optique du bas en haut. Il en résulte l'impossibilité quasi certaine de couvrir l'ensemble des cas dans un hôpital, mais ça n'est de toute façon pas leur propos. Certains cas resteront toujours des exceptions ne supportant aucune standardisation du traitement. A l'inverse, les systèmes liés à un diagnostic pratiquent une approche de haut en bas: on forme un ensemble de groupes de cas ou "tiroirs" dans lesquels on répartit tous les cas. Selon le nombre de groupes et de subdivisions choisis, on obtiendra une moins grande homogénéité clinique et des coûts qu'avec les systèmes liés à une voie de traitement, en

particulier dans les groupes résiduels regroupant les cas avec un codage invalide ou lacunaire. Dans les systèmes liés à une voie de traitement comme mipp, les prestations sont clairement définies, tandis que dans les systèmes liés à un diagnostic, la relation à la prestation est moins directe parce que les prestations ne figurent pas au premier plan.

4.3. Modèle des voies de traitement intégrées (mipp)

4.3.1. Description du système

La voie de traitement selon mipp illustre le processus de traitement d'une pathologie définie sur la base de lignes conductrices de traitement. Elle est construite selon le principe modulaire au moyen de la standardisation d'éléments de processus (composantes) et de prestations individuelles. La construction et l'implémentation de voies de traitement est le fruit de la collaboration interdisciplinaire entre le service médical, le service des soins et la gestion d'entreprise. Les voies de traitement montrent quelles prestations sont fournies depuis le moment du premier examen précédant l'hospitalisation d'un patient en passant par son admission à l'hôpital, le diagnostic, la thérapie, la sortie et jusqu'aux mesures de suivi après l'hospitalisation. Au moyen d'un benchmarking des voies, les voies de traitement ainsi élaborées sont comparées avec celles d'hôpitaux partenaires. Contrairement aux modèles de financement aujourd'hui très répandus qui se basent sur une indemnisation des coûts effectifs, mipp part de lignes conductrices de traitement et de standards de prestation comme le standard temps, le standard quantité et le standard consommables. Cette optique de l'état souhaité consiste à définir ce qu'un traitement peut coûter au lieu de répercuter les coûts générés selon la méthode traditionnelle.

Les voies de traitement selon mipp ont pour objectif de favoriser un diagnostic et un traitement adaptés aux besoins et de fournir la base d'une optimisation des processus de traitement. Elles doivent assurer la transparence des processus, des quantités et des coûts et ainsi permettre une gestion ciblée des coûts.

4.3.2. Réalisation et utilisations

Le modèle des voies de traitement intégrées (mipp) a été mis au point à l'Hôpital cantonal d'Aarau en tant qu'instrument pour une gestion hospitalière efficace. En 1999, le concordat des caisses-maladie argoviennes, le Département des affaires sanitaires du Canton d'Argovie, l'Hôpital cantonal d'Aarau et l'Hôpital de Zofingue ont opté pour mipp en tant que base d'un système de financement fondé sur des forfaits par cas. Un projet pilote d'un an portant sur onze voies de traitement a été lancé à l'Hôpital cantonal d'Aarau le 1er juillet 2000. Les onze voies choisies couvrent env. douze pour cent des cas résidentiels et six pour cent des recettes générées par le secteur résidentiel à l'Hôpital cantonal d'Aarau, ce qui représente environ un quart des recettes globales. On pense que 200 voies de traitement permettraient d'illustrer avec mipp environ 80 pour cent des cas traités. Actuellement, il existe 100 voies de traitement, mais le développement du système se poursuit en permanence. Jusqu'à fin 2002, 200 voies de traitement devraient être construites qui seront aussi utilisées progressivement pour le financement par cas (25 à 30 forfaits de cas par an). Actuellement, on envisage d'introduire mipp comme système de financement pour tout le canton d'Argovie. L'Hôpital cantonal d'Aarau participe en outre au développement de voies de traitement selon mipp dans trois cliniques universitaires allemandes.

4.3.3. Points forts et faiblesses du système

Cohérence du regroupement de cas ou de l'attribution de voies de traitement: Jusqu'à présent, les problèmes rencontrés par l'Hôpital cantonal d'Aarau dans l'application pratique de mipp portaient sur l'attribution d'un cas spécifique à une voie de traitement. L'attribution dépend en partie de la décision personnelle d'un médecin et ne paraît donc pas toujours évidente dans la pratique.

Illustration de la multimorbidité et des complications/sévérité: L'illustration de la multimorbidité et des complications laisse à désirer, car leur intégration dans la voie de traitement se fait de différentes manières. Ainsi, les cas simples et les cas compliqués sont intégrés dans la même voie, et les complications sont prises en compte d'après leur fréquence. Afin de pouvoir mieux illustrer la sévérité, une solution proche du concept PCCL des AR-DRG est envisagée.

Prise en compte des traitements multiples: Les traitements multiples peuvent être intégrés sans autre dans la voie de traitement en fonction de leur fréquence.

Homogénéité clinique: L'homogénéité clinique peut être qualifiée de bonne puisque le système se fonde sur la conformité avec certaines lignes conductrices.

Homogénéité des coûts: On ne dispose pas actuellement de chiffres sur la réduction de la variance en tant qu'indicateur de l'homogénéité des coûts. Mais les données disponibles concernant les durées de séjour dans les voies de traitement suggèrent une assez forte variabilité des coûts par cas.

Relation à la prestation: La relation à la prestation est entièrement donnée. Lors de la construction des voies de traitement, on tient compte à la fois des prestations de base dont le patient a besoin et des prestations spéciales. En font notamment partie les soins médicaux intensifs, les médications coûteuses et d'autres traitements annexes, par exemple psychiatriques.

Prise en compte des prestations de soins: Les prestations de soins sont entièrement prises en compte lors de la construction des voies, étant précisé qu'elles sont saisies selon le système LEP.

Manipulation des "déviant" et des cas extrêmes: Au niveau de la manipulation des déviants et des cas extrêmes se manifestent certaines défaillances qui peuvent cependant être corrigées par un système interne de contrôle des prestations et des coûts ou atténuées par l'adaptation permanente de certaines voies. Mais en principe, il n'existe aucune méthode statistique pour le traitement des cas hors norme, ce qui peut conduire à une analyse laborieuse de cas isolés.

Complétude et groupes résiduels: mipp n'a pas l'ambition de couvrir intégralement tout l'éventail des cas que l'on peut rencontrer dans un hôpital. Pour l'heure, on en est à un tiers de cas couverts. Pour le moyen terme, l'objectif est d'env. 200 voies qui couvriraient 80 pour cent de l'éventail des soins résidentiels aigus.

Applicabilité en dehors des soins aigus hospitaliers: mipp peut aussi trouver son application en dehors des soins résidentiels aigus. Ainsi, il est possible d'intégrer dans la voie de traitement les soins consécutifs ambulatoires, les traitements ultérieurs ou les mesures de réadaptation.

Documentation require: La documentation standard doit être élargie (p. ex. caractéristiques des patients ou traitements spécifiques). Un élargissement partiel des codes de

classification est souhaitable pour certains domaines spécialisés. La documentation standard établie dans le cadre de la statistique fédérale ne couvre que partiellement les besoins de mipp.

Résistance aux manipulations du système: Les mécanismes de contrôle limitent certes les manipulations possibles, mais du fait que la décision d'attribution à une certaine voie relève du médecin, il existe quand même une certaine marge d'interprétation.

Disponibilité en termes de coûts: Il faudrait contribuer aux frais de développement. A cela s'ajoutent les frais internes d'adaptation des voies.

Disponibilité temporelle: mipp est disponible et déjà utilisé pour le financement par l'Hôpital cantonal d'Aarau. Cependant, il faudra en principe procéder à une adaptation des voies de traitement aux conditions médicales locales.

4.3.4. Résumé et prospective

mipp est un système destiné à optimiser les processus à l'hôpital. Grâce à une représentation différenciée des processus individuels et au façonnage des voies de traitement à partir de lignes conductrices médicales basées sur l'évidence, il est possible de garantir à la fois la qualité des processus et le contrôle des voies de traitement. mipp est en fait le seul système assurant la transparence tant réclamée par les milieux intéressés.

Contrairement aux systèmes AP-DRG et AR-DRG, mipp n'est pas un pur système de regroupement de cas. Les données concernant la réduction de la variance font encore défaut et il n'existe pas non plus de voies de traitement uniquement diagnostiques. Le modèle repose sur un façonnage de voies de traitement selon des aspects basés sur l'évidence, mais pour l'heure, il n'est pas encore garanti que les lignes conductrices ou clinical pathways qui le sous-tendent soient toujours élaborées selon un processus de développement standardisé.

Un point important encore à élucider consiste à savoir combien de patients sur tous ceux qui se qualifient sont effectivement incorporés dans un groupe de cas. Le fait de connaître le pourcentage de patients inclus ainsi que leur représentativité d'une population globale potentielle est important en vue de l'appréciation d'une sélection de patients. Un atout de mipp qu'il convient de souligner, c'est que des interfaces sont prévues avec le calcul des coûts, les mesures d'assurance de la qualité, le controlling interne et l'optimisation des processus. Les systèmes de regroupement de cas liés au diagnostic font en bonne partie abstraction de ces aspects complémentaires.

4.4. All Patient-DRG (AP-DRG)

4.4.1. Description du système

Les All Patient-DRG sont des dérivés des HCFA-DRG. Le système AP-DRG appartient à l'Etat de New York et il est perfectionné par la société 3M qui en assure aussi la commercialisation exclusive. Les AP-DRG distinguent deux catégories de diagnostics et complications secondaires (les CC et les major CC). Elles rassemblent les maladies secondaires graves au niveau des catégories principales (Major Diagnostic Categories: MDC). Aux Etats-Unis, cet instrument est utilisé à côté de beaucoup d'autres pour le financement hospitalier. Pour la gestion hospitalière et le benchmarking, on a surtout recours aux systèmes "refined". La version 12 contient 641 groupes de cas de traitement.

4.4.2. Réalisation et utilisations

Les systèmes de regroupement de cas consécutifs aux AP-DRG: All Patient Refined-DRG [APR-DRG] et International Refined-DRG [IR-DRG]) visent à améliorer l'homogénéité clinique et des ressources en diminuant le nombre des DRG de base et augmentant simultanément le nombre des degrés de sévérité possibles par DRG de base. Il en résulte notamment une amélioration de l'homogénéité clinique.

Dans le système APR-DRG qui a également été développé par 3M sur la base des systèmes HCFA-DRG et AP-DRG, les groupes de cas de base sont subdivisés de deux manières en chaque fois quatre degrés de sévérité. Une subdivision sert à illustrer le coût des cas de traitement et l'autre la mortalité escomptée. Ces développements ont été réalisés avec les objectifs suivants:

- encourager les projets d'assurance de la qualité;
- construire des voies de traitement fondées sur les DRG;
- analyser et développer des taux de mortalité.

Les APR-DRG ont une vocation essentiellement statistique et ne conviennent donc pas au financement de prestations hospitalières.

Le système IR-DRG est un autre système DRG commercial mis au point par la maison 3M. Il s'agit en fait d'une version simplifiée des APR-DRG avec 348 groupes de cas de base et deux groupes pour les cas à codes invalides. Chaque DRG de base est subdivisé en trois sous-groupes en fonction de la sévérité des maladies secondaires:

- pas de maladies secondaires (ou seulement bénignes);
- maladies secondaires significatives;
- maladies secondaires sévères, voire très sévères.

Le système a été développé en particulier pour l'Europe en vue de faciliter les comparaisons internationales. Sa structure est telle qu'il doit permettre ce que l'on appelle un regroupement natif en fonction des différents systèmes utilisés pour la classification des diagnostics et des procédures.

PCS Suisse a opté pour le système de regroupement de cas AP-DRG en 1997 parce qu'il était immédiatement disponible et qu'il se fondait sur le code de procédure utilisé en Suisse (ICD-9-CM/3 ou CHOP), ce qui rendait superflue une projection cartographique (transcodage). PCS Suisse a motivé ce choix comme suit:

1. abandon du forfait journalier par cas;
2. compatibilité avec la statistique médicale fédérale;
3. possibilité de comparaisons intercantionales et internationales;
4. disponibilité d'une solution rapide et simple sans grands frais de mise en place.

Dans le canton de Vaud, le système AP-DRG est utilisé pour l'imputation des prestations hospitalières et semi-hospitalières dans le domaine des soins aigus en général et dans le cadre du budget global. Dans le canton de Zurich, les AP-DRG sont appliqués dans deux domaines: depuis quelques années, les budgets se fondent sur la gamme de prestations selon AP-DRG. Dans le cadre d'un projet pilote qui a démarré au milieu de l'année 2001, certains hôpitaux facturent leurs prestations à l'assurance maladie Helsana au moyen du système AP-DRG en se fondant sur les coûts homogènes de base adaptés par PCS dans la version 3.1.

PCS Suisse est actuellement en train de comparer les systèmes IR-DRG, AP-DRG et APR-DRG du point de vue de l'homogénéité des coûts afin de voir quel système pourrait servir de base au développement de Swiss-DRG.

4.4.3. Points forts et faiblesses du système

Illustration de la multimorbidité et des complications/sévérité: Le système pose surtout des problèmes au niveau de la prise en compte des complications et des maladies secondaires. Seul le diagnostic secondaire le plus complexe est pris en considération (avec IR-DRG aussi).

Prise en compte de traitements multiples: L'illustration des traitements multiples est insuffisante.

Hiérarchisation et capacité d'agrégation: Le fait de traiter à part les groupes de cas avec des maladies secondaires et des complications très graves (concept MCC) pose certaines limites au regroupement de cas médicalement homogènes.

Maintenance et révision: Au sein de la société 3M qui est responsable du système commercial AP-DRG, le perfectionnement dépend d'une poignée de personnes, la révision permanente s'annonce donc en principe laborieuse.

Homogénéité clinique: L'homogénéité clinique est acceptable, mais moins bonne qu'avec le système "refined".

Homogénéité des coûts: Si on se réfère aux analyses des données dans les pays d'origine des systèmes DRG (Etats-Unis et Australie), on obtient pour le système AP-DRG une réduction de la variance des coûts par cas de 50 à 55 pour cent. L'homogénéité des coûts de la version suisse est encore difficilement appréciable en raison de l'absence de données et d'une définition lacunaire du calcul des coûts.

Relation à la prestation: Une relation à la prestation par le biais du diagnostic est en principe supposée. Le fait que certaines procédures soient également incluses montre que la relation à la prestation n'est pas toujours évidente.

Prise en compte des prestations de soins: L'hypothèse consiste à dire que les prestations de soins sont prises en compte de manière adéquate par le biais du diagnostic médical. Autrement dit, les soins et les charges en résultant sont seulement pris en compte indirectement comme facteur de coûts, au moment de la forfaitarisation.

Applicabilité en dehors des soins aigus hospitaliers: Le système n'a en principe pas été conçu pour l'application en dehors des soins résidentiels aigus. Le groupeur AP-DRG a été élargi pour la Suisse pour les cas semi-résidentiels.

Documentation requise: L'AP-DRG a été adapté aux codes de diagnostic et de procédures utilisés en Suisse.

Disponibilité en termes de coûts: Jusqu'à ce jour, la révision du système AP-DRG pour la Suisse a coûté env. CHF 400'000.- par an. Pour le groupeur, un hôpital jusqu'à 200 lits doit déboursier env. CHF 3'000.- par an à titre de redevances de licence (une licence). L'introduction du système dans les hôpitaux vaudois a coûté CHF 500'000.- selon les indications qui nous ont été fournies.

Disponibilité temporelle: Le système est disponible. Cependant, les coûts homogènes de base devront être adaptés à l'appui de données plus précises et plus complètes sur les coûts.

4.4.4. Résumé et prospective

Les AP-DRG sont les systèmes les plus répandus en Suisse. Dans le cadre des projets pilotes menés dans notre pays, certains problèmes inhérents à la construction du système ont pu être identifiés. La différenciation lacunaire au sein des groupes de cas aboutit à une illustration insuffisante de la sévérité liée aux maladies secondaires. Du coup, cela appelle des réserves dans les analyses en vue d'un benchmarking. Un système "refined" pourrait remédier à ce problème.

Le système ne recense pas les cas nécessitant une médication ou une technologie médicale très coûteuses. C'est un argument supplémentaire en faveur d'un système "refined" et d'une rémunération séparée dans la pratique de prestations coûteuses comme les implants, les produits sanguins et certains médicaments.

Lors du dépouillement de la base de données disponible et de l'application du groupeur AP-DRG en Suisse, il s'est avéré que la logique du groupeur et la nomenclature ou le type de codage n'étaient pas toujours congruents en Suisse. PCS Suisse en conclut à l'absolue nécessité d'adapter le groupeur et de le valider sur la base de données suisses. En même temps, il faudra uniformiser les directives d'application du groupeur et du codage pour AR-DRG à l'instar de ce qui a été fait en Allemagne.

4.5. Australian Refined-DRG (AR-DRG)

4.5.1. Description du système

Le système des Australian Refined-DRG a pris la succession des Australian National-DRG (AN-DRG) en 1998. Les réalisations australiennes de DRG, jusque-là fortement tributaires des modèles américains, ont ainsi franchi le pas vers l'indépendance. Le système AR-DRG est divisé en catégories principales (Major Diagnostic Categories: MDC) à son plus haut niveau. Ces catégories sont ensuite subdivisées en sous-catégories chirurgicales, médicales et autres. La sous-catégorie "autres", nouvellement introduite dans le système AR-DRG, contient les DRG qui sont générés en fonction de procédures ne nécessitant pas de salle d'opération. En font notamment partie certaines procédures diagnostiques. Chaque groupe de cas de base peut être attribué à une sous-catégorie. Un groupe de cas de base affiche au maximum quatre degrés de sévérité. La version 4.1 du système AR-DRG arbore 661 groupes de cas de base. Ils sont si peu nombreux parce que les différenciations en fonction de la sévérité ont été nuancées différemment dans chaque DRG. Il en résulte un nombre variable de degrés de sévérité (un à quatre) par groupe de cas de base et 2017 groupes différenciés en tout (dont sept groupes pour les erreurs).

4.5.2. Réalisation et utilisations

En Australie, on possède déjà une vaste expérience pratique des systèmes DRG. Le système AR-DRG n'y est pas utilisé pour le remboursement par cas de prestations hospitalières, mais sert surtout à l'établissement de budgets. L'application en tant que système de prix, où une prestation liée à un cas et basée sur un DRG est intégralement remboursée par un forfait adapté à la hausse ou à la baisse selon les cas, n'existe pas en Australie.

En Allemagne, les organisations de caisses-maladie, le corps médical et l'organisation faitière des établissements hospitaliers ont opté au milieu de l'an 2000 pour l'introduction du système AR-DRG une fois qu'il aura subi les adaptations nécessaires pour être conforme au système de santé et au contexte légal allemand. Ce qui a finalement fait pencher la balance en faveur du système australien, c'est la différenciation au niveau de la sévérité des cas.

4.5.3. Points forts et faiblesses du système

Illustration de la multimorbidité et des complications/sévérité: Un nombre illimité de maladies et effets secondaires peut être pris en compte à titre de diagnostic secondaire pondéré par rapport à un Patient Clinical Complexity Level (valeur PCCL). On obtient ainsi à partir des 661 groupes principaux du système AR-DRG 2017 groupes différenciés.

Prise en compte de traitements multiples: Les traitements multiples sont insuffisamment illustrés.

Hiérarchisation et capacité d'agrégation: La structure hiérarchique du système permet une agrégation totale. Les maladies secondaires peuvent être analysées séparément et indépendamment du diagnostic principal grâce au concept PCCL.

Homogénéité clinique: Le concept PCCL confère au système AR-DRG une homogénéité clinique supérieure à celle du système AP-DRG. Cependant, les deux systèmes comportent des groupes collectifs qui se caractérisent par une absence marquée d'homogénéité interne.

Homogénéité des coûts: En termes d'homogénéité des coûts, le système AR-DRG permet d'obtenir une réduction de la variance de 66 pour cent lorsqu'on fait une abstraction judicieuse des cas extrêmes du point médical et statistique.

Malheureusement, les chiffres concernant la réduction de la variance ne sont pas toujours directement comparables. Ceci est dû au fait que

- les méthodes utilisées pour le calcul des coûts par cas divergent,
- le nombre de cas ne pouvant être regroupés ou de DRG collectifs peut varier,
- les cas qui dévient vers le haut ou vers le bas sont manipulés différemment et
- la pratique de codage n'étant pas partout la même, il faut s'attendre à un nombre variable de diagnostics secondaires.

Relation à la prestation: La relation à la prestation est plus claire qu'avec les AP-DRG du fait que tous les diagnostics secondaires sont inclus.

Prise en compte des prestations de soins: Les prestations de soins peuvent en partie être prises en considération par le biais des diagnostics de soins qui sont cependant insuffisamment illustrés dans les ICD-10. Les soins et les charges en résultant sont seulement inclus comme facteur de coûts au moment de la forfaitarisation.

Applicabilité en dehors des soins aigus hospitaliers: A priori, le système AR-DRG ne convient pas pour l'application en dehors des soins aigus hospitaliers. Il n'existe pas encore d'interfaces avec les soins ambulatoires. Aussi bien la réadaptation que la gériatrie font appel à d'autres systèmes de rémunération en Australie, pays d'origine du système, et n'ont donc pas été prises en compte.

Documentation requise: Les données nécessaires au regroupement sont recensées par le biais de la documentation actuellement introduite en Suisse dans le cadre de la statistique médicale fédérale. L'application pratique du système AR-DRG impliquerait cepen-

dant la reprise des codes de procédure. Et l'expérience a montré dans chaque pays que la classification des procédures devait être adaptée aux particularités nationales.

Disponibilité en termes de coûts: Pour l'utilisation libre de l'AR-DRG dans la version 4.1, l'Allemagne a convenu du versement d'un forfait unique au gouvernement australien. Différentes entreprises proposent un logiciel de regroupement à des prix et dans des qualités variables.

Disponibilité temporelle: Le système a été introduit en Australie, mais il ne peut être utilisé ad hoc en Suisse.

4.5.4. Résumé et prospective

Le système AR-DRG est le plus évolué parmi les systèmes déjà introduits. Il se caractérise par une bonne homogénéité clinique et une homogénéité acceptable des coûts. C'est aussi le système qui jusqu'ici maîtrise le mieux l'inclusion de la sévérité et des complications et maladies secondaires qui majorent les coûts. L'approche est transparente et permet aussi une agrégation à différents niveaux de la hiérarchie.

Plusieurs concepts ont été réunis au sein du système pour assurer une meilleure homogénéité des groupes de cas constitués. Les éléments saillants sont la considération différenciée des maladies secondaires avec jusqu'à quatre degrés de sévérité, la différenciation par l'introduction de catégories d'âge dans différents postes et l'utilisation de faits supplémentaires pour le regroupement affiné tels que le poids à la naissance, les hospitalisations d'un jour, l'admission au service des urgences et le type de sortie.

Les préparatifs pour l'introduction du système en Allemagne ont montré qu'il fallait attacher le plus grand soin à la définition du diagnostic principal ou de la prestation principale, en d'autres termes, à la définition du cas administratif, et ensuite faire preuve de beaucoup de constance dans l'emploi de ces termes. En Australie, des lignes conductrices détaillées ont été formulées pour le codage qui ont déjà été traduites et adaptées aux conditions en Allemagne.

4.6. Aperçu global des résultats

Le tableau ci-dessous résume les résultats de l'évaluation comparative des trois systèmes mipp, AP-DRG et AR-DRG (aperçu synoptique de la comparaison détaillée cf. annexe 3):

	<i>mipp</i>	<i>AP-DRG</i>	<i>AR-DRG</i>
Critères relatifs à la structure et à la construction	154 Points	143 Points	161 Points
Critères relatifs au contenu et à la couverture	128 Points	122 Points	129 Points
Critères généraux	35.5 Points	38.5 Points	42.5 Points
Total	317.5 Points	303.5 Points	332.5 Points

Tableau 3: Aperçu global des résultats de la comparaison détaillée (cf. annexe 3)

Le système AR-DRG en tant que système "refined" (affiné, différencié) est le mieux noté dans la comparaison détaillée. Il dispose d'un concept mûri qui permet de tenir compte et de pondérer les diagnostics secondaires ayant un impact sur les coûts. En revanche, le sys-

tème AP-DRG propose déjà un groupeur adapté aux systèmes de classification utilisés en Suisse. Les données dont ont besoin les deux systèmes AP-DRG et AR-DRG sont recensées dans le cadre de la statistique médicale établie par l'Office fédéral de la statistique. Les deux systèmes suscitent de grandes réserves en ce qui concerne la prise en compte des traitements multiples et l'illustration des prestations de soins et psychiatriques, ainsi que des prestations de réadaptation, de soins aux toxicomanes et de médecine palliative. Les prestations impliquant une intervention et les prestations purement diagnostiques sont mieux illustrées dans le système AR-DRG que dans le système AP-DRG. Cependant, la relation à la prestation est limitée avec les deux systèmes et beaucoup moins bonne qu'avec mipp. De plus, mipp convient pour l'optimisation de la qualité des processus et crée la transparence souhaitée dans le déroulement des prestations servies.

5. Discussion et conclusions

5.1. Discussion des résultats

5.1.1. Homogénéité clinique et systèmes "refined"

Pour chaque système de regroupement de cas, le problème consiste à concilier l'optimisation de l'homogénéité clinique, de l'homogénéité des coûts et du nombre de groupes de cas de traitement disponibles sans perdre de vue le travail que représente le codage, ni la résistance à la manipulation du système. Un nombre élevé de groupes de traitement de cas donnera certes une plus grande homogénéité des coûts, mais que l'on risque de payer au prix d'un gros travail de documentation et d'un entretien laborieux de la logique du groupeur. Une illustration suffisante de la sévérité réussira seulement à condition de pouvoir prendre en compte plusieurs diagnostics secondaires à la fois avec une pondération spécifique par rapport au diagnostic principal. Le système AR-DRG répond le mieux à ces exigences, puisqu'il travaille avec une formule d'imputation qui additionne plusieurs complications à faible pondération pour arriver à la sévérité effective. Dans un système qui admet un seul diagnostic secondaire pour la détermination de la sévérité, le danger existe qu'à défaut de documentation sur le diagnostic secondaire avec la plus forte pondération, ce degré ne soit jamais atteint, même s'il refléterait le mieux la sévérité médicale effective.

Dans notre analyse comparative des systèmes de regroupement de cas existants, nous avons abouti à la conclusion que le système AR-DRG permettait une illustration des groupes de cas plus satisfaisante, du point de vue médical, que le système AP-DRG. La comparaison avec d'autres pays confirme en outre la nécessité, à long terme, d'un système "refined" pour pouvoir atteindre les objectifs recherchés avec les systèmes de regroupement de cas.

5.1.2. Homogénéité des coûts et complexité du système

C'est la volonté d'endiguer les coûts de la santé et de créer la transparence sur les prestations effectivement fournies qui a stimulé la recherche d'un système de financement au moyen de forfaits par cas liés à la prestation. D'où l'orientation des systèmes DRG vers un maximum d'homogénéité des coûts au sein des groupes de cas individuels. Mais statistiquement parlant, cette homogénéité des coûts reste insuffisante, même avec les systèmes "refined" actuellement disponibles. Au niveau de l'homogénéité clinique, un système "refined" présente des avantages décisifs. Cependant, il est impossible de reproduire intégralement tout l'éventail des cas d'un hôpital et de maintenir en même temps une très grande homogénéité des coûts et clinique, sauf peut-être avec un système de regroupement extrêmement complexe mais peu pratique. D'où l'importance de veiller à des règles de codage claires, à une définition précise des cas et à un regroupement évident des cas. Quels que soient les objectifs initiaux d'un système de gestion fondé sur la forfaitarisation par cas liés aux prestations, c'est donc toujours au niveau de la mise en pratique effective et de l'implémentation que l'on se heurtera à des problèmes. Et au regard de ces problèmes, il est impératif d'introduire et de faire accepter des règles claires avant même l'introduction d'un système.

On sait aujourd'hui que plus de 50 pour cent des coûts par cas de traitement dans le domaine des soins aigus hospitaliers vont au compte de moins de 10 pour cent des groupes de cas d'un système DRG. Il paraît naturel de définir des standards pour ces situations de soins fréquentes en vue de l'application d'un système fondé sur les voies de traitement. Dans l'optique du prestataire de soins et de l'organe chargé de supporter les coûts, il en résulterait la transparence souhaitée de part et d'autre.

5.1.3. Solutions pour l'environnement suisse

Il est peu probable qu'une solution développée dans un autre pays puisse être reprise telle quelle en Suisse. Cela signifierait que les aspects spécifiques du système de santé et de soins suisse ne seraient pas assez pris en compte. Ce constat a d'ailleurs déjà été fait lors de la reprise de systèmes dans d'autres pays. Les divergences se situent avant tout au niveau de la pratique des soins et dans la répartition en soins ambulatoires, semi-hospitaliers et hospitaliers, tandis que l'éventail de morbidité d'un pays joue un rôle subordonné. C'est pourquoi, les pays qui ont développé leurs propres systèmes de regroupement de cas ont généralement utilisé les mêmes classifications ou presque pour les diagnostics, tandis que les catalogues décrivant les interventions et les procédures médicales ont été modifiés (cf. France: GHM, Scandinavie: NordDRG, etc.). Dans ce contexte, il faudra voir comment les choses évoluent quant à l'applicabilité du TARMED pour l'illustration de prestations dans divers domaines de soins ambulatoires et hospitaliers en Suisse.

Lors de l'introduction d'un système de regroupement de cas, il convient de tenir compte des particularités d'un pays. Il ne faut pas négliger les interfaces avec les systèmes de tarification apparentés. Les divers systèmes doivent être harmonisés et il faut définir des lignes conductrices d'application (définition des cas, directives de codage, manipulation des cas hors norme, standards de calcul des coûts).

5.1.4. Développements futurs d'un système DRG

Pour certains critères d'évaluation jugés importants dans le catalogue des exigences, aucun système DRG ne parvient encore à fournir une réponse satisfaisante. Il s'agit entre autres de la prise en compte de traitements multiples et de la séparation entre interventions diagnostiques, médicales et chirurgicales. Un autre défaut concerne l'inclusion encore absente ou insuffisante des prestations de soins. Elles peuvent en partie être illustrées par les codes de diagnostics, mais en règle générale, l'ampleur effective des soins n'est qu'insuffisamment représentée. Lorsqu'on s'apprête à introduire un système DRG, on devra disposer d'une définition claire des cas, de directives de codage, ainsi que de réglementations pour la manipulation des déviants et des cas extrêmes, ou faire le nécessaire pour se les procurer. Un soin particulier devra être voué aux lignes conductrices réglant la réalisation pratique de la documentation et du codage. Et dans ce contexte, il faudra aussi songer à s'aligner sur les évolutions futures dans le domaine du recensement de données épidémiologiques (statistique médicale de l'Office fédéral de la statistique).

L'agrégation des groupes de cas d'un système DRG revêt une importance cruciale pour les besoins analytiques. La différenciation nécessaire du point de vue clinique ne coïncide pas toujours avec les besoins des économistes qui, eux, recherchent plutôt un nombre restreint de groupes de cas de traitement pour la tarification et le calcul des coûts. Il faudra alors trouver la voie optimale entre la différenciation nécessaire du point de vue médical et l'agrégation et la clarté requises sous un angle économique. Au niveau des facteurs économiques justement, il sera possible d'influencer à la fois le nombre des groupes de cas de traitement pouvant être décomptés et les prestations ayant un impact sur les coûts à inclure dans les coûts par cas. Toute adaptation d'un système devra en tout cas se faire sur les fondements et les règles du système de santé suisse et en faisant bien attention à la modularité du système. Elle permettra en effet de prendre suffisamment en compte les maladies secondaires, les traitements multiples lorsqu'ils représentent des épisodes de maladie à considérer séparément, les prestations à coûts élevés (thérapies intensives) et les interfaces avec les traitements précédant et suivant l'hospitalisation.

Les points suivants devront être pris en compte lors du perfectionnement d'un système DRG destiné à servir au décompte de prestations:

- Il s'agira de trouver un équilibre entre les besoins médicaux et économiques;
- Un système ainsi modifié devra systématiquement recevoir une structuration modulaire pour une meilleure illustration des traitements multiples et de l'enchaînement chronologique des traitements.

5.2. Réflexions au sujet de l'introduction d'un système

5.2.1. Objectifs

Les motivations pour introduire un système de regroupement de cas peuvent être multiples. Une telle mesure peut être prise dans l'intérêt

1. de la gestion interne de l'hôpital (y compris budgétisation, controlling stratégique);
2. de l'optimisation des déroulements de processus;
3. de la planification hospitalière liée à la morbidité;
4. de la documentation et du suivi statistique des prestations;
5. de la tarification et du décompte avec les organes de financement des prestations;
6. de la budgétisation et du financement hospitaliers;
7. du benchmarking ou de la comparaison des performances, ainsi que
8. de la création de transparence.

5.2.2. Evaluation des points forts et des faiblesses

Comme les priorités des divers acteurs de la santé (hôpital, corps médical, soins, main publique et assureurs) ne sont pas les mêmes, ils auront aussi des points de vue divergents concernant le choix du système de regroupement de cas approprié. Avant toute chose, les partenaires devront donc définir clairement les objectifs qui détermineront leur choix. La comparaison a montré que les points forts des systèmes liés au diagnostic se situaient surtout au niveau des objectifs 1 et 3 à 7, tandis que les solutions liées à une voie de traitement étaient surtout à la hauteur pour les objectifs 1 à 3, 5 et 8.

5.2.3. Intérêts des hôpitaux

Il existe sans doute encore un grand potentiel d'économies dans les hôpitaux au niveau de l'optimisation des processus. De ce point de vue-là, le système mipp mis au point à Aarau offre une approche intéressante en ce sens qu'à travers l'optimisation des processus et des instruments de controlling, il met en avant les soins prodigués aux patients dans des cas et des groupes de cas très spécifiques. D'un point de vue médical et dans l'optique hospitalière, un tel instrument va peser de plus en plus lourd, surtout en cas d'introduction d'un système DRG, puisqu'il est possible, par ce biais, de définir des standards pour des pathologies basés sur l'évidence qui pourront être développés à l'échelle nationale, puis adaptés au niveau local.

5.2.4. Intérêts des cantons

Pour les cantons, l'intérêt primordial des systèmes de regroupement de cas réside dans la possibilité de mieux pouvoir allouer et diriger les ressources, ainsi que d'assurer des soins médicaux de haute qualité. Pour eux, ce sont donc avant tout les objectifs 2, 3, 5 et 6 qui

comptent. Il va de soi que la documentation et les comparaisons de prestations présentent également de l'intérêt pour la main publique.

5.2.5. Compatibilité avec les systèmes de codage suisses

Inutile de préciser que le système de regroupement de cas choisi devra être compatible avec le recensement de données routinier pratiqué dans les hôpitaux. Pour la Suisse, cela signifie qu'il faudra choisir un modèle compatible avec le codage obligatoire en Suisse (ICD-10 pour les diagnostics et ICD-9-CM, vol. 3 ou CHOP pour les procédures). Avec le système AR-DRG, cette compatibilité est acquise, étant donné que le groupeur a déjà été adapté. Des tables de projection cartographique existent pour le transcodage du code des diagnostics dans le système AR-DRG. Au niveau des procédures, les travaux n'ont pas encore progressé à ce point. Les IR-DRG sont utilisables avec différents systèmes de codage. Si le système CHOP devait être remplacé, il faudra réévaluer les compatibilités.

5.2.6. Coûts de l'introduction

L'introduction aussi bien que la révision d'un système de regroupement de cas génèrent des coûts. La comparaison des systèmes étudiés donne des résultats variables. La licence annuelle pour un groupeur AP-DRG suisse de 3M coûte entre 3'000 et 11'000 francs par hôpital et année (une licence) selon le nombre de lits. Des rabais sont consentis pour plusieurs licences et pour les groupes d'hôpitaux. Les coûts pour le logiciel du groupeur AR-DRG varient selon le vendeur et l'équipement. Le système en soi est mis à la disposition gratuite de l'utilisateur. C'est surtout au niveau des adaptations aux particularités d'un pays (définition des interfaces, calcul des coûts homogènes de base) que les systèmes étudiés génèrent tous trois des coûts considérables. A cela s'ajoutent l'instruction du personnel, l'introduction du système assistée par ordinateur, l'amélioration de la qualité de codage et enfin, la révision permanente du système, sans oublier le travail considérable que nécessite le calcul des données de coûts. Pour l'introduction des systèmes AR-DRG en Suisse, les coûts seraient très probablement un peu plus élevés, étant donné qu'il faudrait une projection cartographique pour la classification, mais on pourrait s'appuyer sur les travaux déjà accomplis dans ce domaine. Pour le système mipp, il n'y a pas de frais de licence à prévoir pour le moment, par contre, une contribution aux frais de développement est attendue. De plus, l'introduction du système dans l'établissement individuel ira de pair avec des adaptations aux lignes conductrices internes si l'on veut atteindre l'objectif principal, à savoir, l'optimisation des déroulements de processus. Et ce travail engendrera la mobilisation de ressources humaines et financières considérables. Toutefois, on peut considérer que ce surcroît d'efforts est une contribution à l'optimisation des processus et au développement interne de la qualité.

5.3. Conditions d'encadrement pour l'introduction

5.3.1. Codage

Compte tenu de la qualité de codage qui reste insuffisante dans la plupart des hôpitaux et des règles lacunaires en matière de regroupement de cas, la saisie et la répartition rétrospective présentent des difficultés. L'introduction d'un système DRG devra impérativement s'accompagner de mesures flanquantes allant au-delà de l'adaptation du système et du calcul des coûts homogènes de base. Concernant le codage des paramètres liés aux patients et des prestations liées aux traitements, il faudra définir des lignes conductrices et des processus clairs. L'infrastructure déjà existante, comme le Minimal Data Set, qui est disponible en Suisse à cause des obligations légales découlant de la statistique médicale fédérale, pourra faciliter l'introduction d'un système de regroupement de cas. Dans ce domaine, la législation suisse a procédé très tôt aux aiguillages nécessaires.

L'amélioration de la pratique de codage conduit très vite à une augmentation de l'indice de Case Mix qui n'est cependant pas imputable à une augmentation des degrés de sévérité des cas. Cette conséquence d'une pratique de codage modifiée se relativise au fil du temps. Dans d'autres pays, le surcroît de travail de documentation accompli dans les hôpitaux est rémunéré à part.

5.3.2. Assurance de la qualité

Dès la phase de préparation de l'introduction et de la transition à un nouveau système de financement, il faudra se soucier de l'assurance de la qualité qui doit aller de pair. C'est le seul moyen de dépister les déficits de qualité pouvant résulter de la forfaitarisation par cas liés aux prestations. Malheureusement, il reste beaucoup à faire dans ce domaine en Suisse, mais aussi dans d'autres pays comme l'Allemagne, de sorte qu'on ne dispose pas d'informations et d'analyses sur l'état actuel de la qualité des soins médicaux. Aussi n'est-il pas possible d'analyser de près les conséquences qualitatives de l'introduction d'un système DRG. En revanche, c'est dans ce domaine de l'assurance de qualité que le système mipp présente de très nets avantages.

5.3.3. Comptabilité analytique

L'introduction d'un système de forfaitarisation par cas suppose la détermination correcte des coûts significatifs pour le système. Ils serviront à calculer les « cost weights suisses » et la valeur de base des cas (base rate), ainsi que des voies de traitement. La base de calcul proviendra des données relatives aux prestations et aux charges dont disposent les hôpitaux. Ces données varient en forme et en qualité. Il peut en résulter des divergences au niveau de la délimitation des charges et de leur imputation aux centres de charges. Il est impératif de formuler des exigences claires et uniformes pour les hôpitaux concernant la méthode de calcul, ainsi que la structure et le format des données à délivrer. Ainsi, il faudra notamment s'entendre sur les unités de référence pour l'imputation des charges liés à un cas dans le cadre de la comptabilité par unité finale d'imputation (définition de standards et d'exigences minimales). Le calcul des coûts significatifs par cas doit se faire sur la base d'une comptabilité analytique basée sur les coûts réels et les coûts complets.

Un point central inhérent à la formation de taux de charges est l'application d'une saisie des prestations efficace (temps, ressources), complète (incluant également les prestations qui ne peuvent pas être facturées) et alignée sur les données des coûts ; ce tant dans les secteurs de soins, d'exams que de traitements.

6. Recommandation

6.1. Prise en compte d'un système "refined"

Au chapitre 5.2.1, il a été dit que les raisons d'introduire un système de regroupement de cas pouvaient être nombreuses et variées. Selon le poids que l'on accordera à l'un ou l'autre des objectifs envisageables, certains critères du catalogue des exigences recevront aussi plus d'attention.

Selon l'ordre des priorités, on dispose aujourd'hui en Suisse de plusieurs options. Les systèmes de classification de patients liés au diagnostic de la troisième génération (comme AR-DRG) présentent un net avantage par rapport aux systèmes de la première et de la deuxième génération en termes d'homogénéité clinique. De ce point de vue, un tel système devrait avoir la préférence, car il tient mieux compte des diagnostics secondaires et de la sévérité.

6.2. Mesures d'assurance de la qualité

Le système de regroupement de cas choisi devra à tout prix être combiné avec des éléments d'assurance de la qualité si on veut l'utiliser en tant que système de forfaitarisation par cas, c'est-à-dire, pour le financement des prestations. Ce souci d'assurance de la qualité devra être omniprésent dès la phase préparatoire précédant l'introduction et la transition à un nouveau système de financement.

Dans le cadre de l'introduction de systèmes de regroupement de cas, il faudra veiller à l'assurance et au développement de la qualité, car avec une approche forfaitisante dépourvue d'éléments de garantie de la qualité, on risquerait de créer des incitations à fournir la prestation la moins coûteuse, mais pas forcément la plus avantageuse. Seul le modèle des voies de traitement intégrées (mipp) comporte des éléments de gestion de la qualité, notamment pour l'amélioration de la qualité des processus. Les voies cliniques et les lignes conductrices internes (guidelines) favorisent la perspective interdisciplinaire pour une gestion efficace de la qualité.

6.3. Mise en place d'un bureau de coordination

Il faudrait aspirer à une solution uniforme pour toute la Suisse. Et il est impératif de coordonner les démarches accomplies en vue de l'introduction de systèmes de regroupement de cas en Suisse. La révision de la législation sur les caisses-maladie qui exige l'indemnisation liée à la prestation des fournisseurs de prestations le commande. Mais une solution uniforme s'impose aussi dans l'optique de l'allocation de fonds par les cantons et de la comparabilité des données sur les prestations entre prestataires de soins.

La création d'un bureau de coordination par les partenaires concernés (fournisseurs de prestations, assureurs, Confédération, cantons) est recommandée. Sa mission consistera à recenser les expériences existantes et à en tirer les enseignements nécessaires pour une décision commune et l'introduction coordonnée d'un système.