

Etat des lieux au moment du lancement de SwissDRG

Beatrix Meyer

Cheffe du Service tarifaire de la FMH et du domaine SwissDRG

En ce début d'année, le système suisse de santé vient de connaître un changement capital avec l'introduction du système de forfaits par cas SwissDRG dans les hôpitaux de soins somatiques aigus pour la facturation des prestations hospitalières. Nous développerons dans ces colonnes les points cardinaux de ce lancement, notamment les modalités d'application et les négociations du taux de base ainsi que la structure tarifaire SwissDRG.

Modalités d'application: limiter le volume des prestations nuit à la concurrence

Suite au désaccord des partenaires tarifaires à propos des modalités d'application de SwissDRG, dont le monitoring, le Conseil fédéral a dû intervenir par voie d'ordonnance et modifier l'OAMal [1]. Ainsi, au cours des deux prochaines années, les hôpitaux seront contraints de rembourser aux assureurs et aux cantons leurs recettes supplémentaires si le Case Mix Index (CMI) ou le nombre de cas effectifs devaient augmenter de plus de 2% par rapport aux chiffres convenus. En revanche, un manque à gagner des hôpitaux n'entraîne aucune compensation. Cette mesure concède un avantage unilatéral aux assureurs et pénalise la concurrence souhaitée par le Parlement.

Après avoir mis la nouvelle version de l'ordonnance en consultation, à laquelle la FMH a répondu par sa prise de position [2], les autorités ont procédé à des modifications par l'introduction des facteurs supplémentaires qui permettent d'atténuer l'impact de l'obligation de rembourser en définissant une

notamment en acceptant des patients venus d'autres cantons en raison de sa bonne réputation, est en contradiction avec le fondement du nouveau financement hospitalier de stimuler la concurrence.

Dans le cadre de la modification de l'ordonnance, le Conseil fédéral a par ailleurs défini pour 2012 un supplément de 10% sur le taux de base en vue d'indemniser les coûts d'infrastructure. Dans beaucoup d'institutions hospitalières, cela ne devrait pas suffire à financer les investissements nécessaires.

La crainte du «patient transparent»

Le Conseil fédéral va encore déterminer les modalités pour que la transmission des données des patients aux assureurs ait lieu dans le «respect du principe de proportionnalité». Malgré les interventions conjointes de la FMH, de H+, des organisations de patients et des associations de défense de la protection des données, les Chambres fédérales ont décidé en décembre 2011 – et c'est extrêmement regrettable – que les codes des diagnostics et des procédures doivent figurer sur les factures [4]. On peut se poser la question de la teneur des modifications de l'ordonnance pour que le «principe de proportionnalité» puisse être respecté. Tout laisse à penser que le patient transparent sera bientôt une cruelle réalité.

Négociations difficiles du taux de base

Plusieurs hôpitaux ou groupes hospitaliers ainsi que divers assureurs ou centrales d'achat ont déjà réussi à se mettre d'accord sur un taux de base et ainsi prouvé

Le monitoring du nombre de cas traités nuit à la concurrence et contraint les hôpitaux qui obtiennent de bons résultats à justifier leur succès.

«augmentation justifiée» du CMI ou du nombre de cas. A titre d'exemple, l'évolution démographique, de nouvelles prestations obligatoires ou le libre choix de l'établissement hospitalier [3] sont désormais pris en compte, indépendamment de tout changement de mandat de prestations octroyé par le canton. A chaque fois, l'hôpital doit cependant justifier l'augmentation du CMI ou du nombre de cas, ce qui risque de ne pas être toujours simple. Imposer une telle justification à un hôpital qui traite plus de cas que prévu,

la capacité des partenaires tarifaires à dégager des consensus. Mais au moment de mettre cet article sous presse, tous n'en n'étaient pas encore là. Dans le cas où les négociations entre partenaires tarifaires échouent, c'est aux cantons qu'il incombe de déterminer des taux de base provisoires. L'intervention accrue de la Confédération et des cantons pour départager les partenaires qui n'arrivent pas à s'entendre contredit l'esprit initial de la révision partielle de la LAMal.

Correspondance:
Service tarifaire de la FMH
Beatrix Meyer
Froburgstrasse 15
CH-4600 Olten
Tél. 031 359 11 11
Fax 062 287 96 90
swissdrj[at]fmh.ch

Participer au développement de la structure tarifaire

La version 1.0 de la structure tarifaire SwissDRG, en vigueur en 2012, au sujet de laquelle la FMH a déjà largement pris position, est à la disposition des hôpitaux depuis l'été 2011 [5]. SwissDRG SA et ses partenaires ont fourni un travail important. Les sociétés de discipline et les associations faitières, soutenues par les experts de la FMH, participent également activement au développement des tarifs en soumettant chaque année des propositions en vue d'améliorer le système SwissDRG. L'année dernière, 84 des 148 propositions soumises concernaient les DRG.

SwissDRG SA travaille déjà à la nouvelle version 2.0 de la structure tarifaire en se concentrant en particulier sur une meilleure prise en compte de la pédiatrie et sur la définition de la réadaptation précoce, en plus du développement régulier de la structure et de la mise en œuvre des propositions relatives aux DRG. Les différents représentants des sociétés de discipline concernées sont également impliqués à ces travaux au sein des groupes de travail.

La précision de la structure tarifaire SwissDRG est largement tributaire des données des hôpitaux et de leur qualité qui est encore perfectible. Pour ce faire, il faut que les administrations hospitalières prennent les mesures nécessaires alors que la documentation médicale revêt de plus en plus d'importance, notamment pour le codage des prestations. Dans le but de prêter main forte aux médecins, la FMH a élaboré, exclusivement à l'intention de ses membres, des modèles pour différentes procédures complexes. Suite au vif intérêt manifesté par les médecins (pas moins de 3400 téléchargements), la FMH a mis à jour et complété 53 modèles de documentation sur la base de la classification des procédures CHOP 2012 [6].

Pas de nouvelles rétributions additionnelles dans la version 2.0 de SwissDRG

Ces dernières années, les sociétés de discipline ont soumis de nombreuses propositions de rétributions additionnelles visant une indemnisation adéquate des médicaments, des produits et des processus onéreux. La FMH a obtenu que SwissDRG SA examine ces propositions à la lumière des toutes nouvelles données fournies par les hôpitaux. La qualité de ces dernières n'étant pas probante, SwissDRG SA a décidé de ne pas implémenter de nouvelles rétributions additionnelles dans la version 2.0. Par ailleurs, en collaboration avec la FMH, H+ ainsi que des pharmacies d'hôpitaux, SwissDRG SA a complété [7] la liste des médicaments de l'Office fédéral des statistiques en tenant compte des propositions des sociétés de discipline, dans le but de permettre aux hôpitaux de saisir

les données relatives à leurs prestations. Cette liste de médicaments ne constitue pas un ensemble de futures rétributions additionnelles mais une base pour la collecte des données. En effet, il est décisif que les hôpitaux saisissent les données relatives aux coûts et aux prestations en fonction des cas traités pour que SwissDRG SA puisse examiner et mettre en œuvre d'autres rétributions additionnelles sur la base de données correctes.

Pour répondre aux nombreuses questions concernant le financement des innovations [5], la FMH et H+ ont en outre élaboré une représentation graphique de la réglementation en vigueur de SwissDRG SA [8]. Reste à savoir si cette réglementation complexe permettra de financer les innovations en temps réel.

Unissons nos forces

Le coup d'envoi de SwissDRG a été donné au moment convenu. Mais ce n'est pas une raison pour les partenaires du domaine de la santé de s'en tenir là. Au contraire, SwissDRG est un système évolutif qui vit grâce à un développement permanent au cours duquel les questions en suspens sont à examiner point par point. L'essentiel serait que les partenaires tarifaires retrouvent leur rôle initial de «partenaire», malgré des intérêts divergents, pour rechercher des solutions conjointes et constructives. A long terme, ce n'est certainement pas dans l'intérêt des partenaires tarifaires d'assister, faute d'accord, à un transfert accru de l'essence même de leur mission à la Confédération et aux cantons.

Références

- 1 Ordonnance sur l'assurance maladie (OAMal), alinéas 2bis, 2ter et 4 des dispositions finales de la modification du 22 octobre 2008, en vigueur depuis le 1^{er} décembre 2011.
- 2 La prise de position de la FMH sur la révision de l'OAMal en vue de l'introduction de SwissDRG du 28 septembre 2011, www.fmh.ch → Politique et médias → Procédures de consultation
- 3 Ordonnance sur l'assurance maladie (OAMal), la teneur du commentaire relatif à la modification du 1^{er} décembre 2011, alinéa 2ter des dispositions finales de la modification du 22 octobre 2008, page 4.
- 4 Initiative parlementaire 11.429: Tarmed. Compétence subsidiaire du Conseil fédéral, art. 42 al. 3bis LAMal.
- 5 Meyer B, Ingenpass P. SwissDRG version 1.0: l'analyse de la FMH, Bull Méd Suisses. 2011;92(20):733-4. www.fmh.ch → Tarifs → SwissDRG → Publications
- 6 www.fmh.ch → Tarifs → SwissDRG → Documentation médicale des codes CHOP complexes
- 7 www.swissdr.org
- 8 www.swissdr.org → Documents tarifaires