

Rapport sur la version 6 des costweights APDRG Suisse

1. Base de données :

Comme indiqué dans le rapport sur le calcul des costweights version 6¹, la base de données utilisée a été constituée à partir des données des hôpitaux fournies à SwissDRG pour les années 2004 et 2005. À la suite d'une analyse de ces données, l'équipe de projet d'APDRG Suisse a retenu 21 hôpitaux pour 2004 et 27 hôpitaux pour 2005.

Comme le montre le tableau 1, ces hôpitaux ont totalisé, pour ces deux années, 435'853 séjours. Mentionnons que, dans le rapport sur le calcul des costweights précité, il est indiqué que le nombre de séjours ayant servi à calculer les costweights étaient de 405'584. La différence représente les séjours qui ont été, pour diverses raisons techniques, éliminés du calcul des costweights.

Tableau 1
Base de données, chiffres totaux

	Version 5.1			Version 6.0		
	Non uni	Uni	Total	Non uni	Uni	Total
Séjours	305'825	130'028	435'853	305'825	130'028	435'853
Jours	2'316'382	1'046'430	3'362'812	2'316'382	1'046'430	3'362'812
Points	277'678	154'995	432'673	275'100	157'573	432'673
Coûts	2'269'948'963	1'480'371'244	3'750'320'208	2'269'948'963	1'480'371'244	3'750'320'208
DMS	7.57	8.05	7.72	7.57	8.05	7.72
ICM	0.908	1.192	0.993	0.900	1.212	0.993
Coûts/point	8'175	9'551	8'668	8'251	9'395	8'668
Coûts/séjour	7'422	11'385	8'605	7'422	11'385	8'605
% remb	106.0%	90.8%	100.0%	105.0%	92.3%	100.0%

Le nombre de points 432'673 a été calculé pour que la valeur 1 soit identique en version 5.1 et en version 6. Rappelons que la valeur 1 de la version 5.1 avait été fixée sur une base de données d'un million de séjours en hôpitaux suisses. Pour limiter les différences d'indice de case-mix (ICM) entre la version 5.1 et la version 6, il a été choisi de calibrer la version 6 sur la valeur 1 de la version 5.1. C'est la raison pour laquelle l'indice de case-mix moyen est identique pour l'échantillon d'hôpitaux retenu en version 5.1 et en version 6. L'ICM moyen de l'échantillon est légèrement inférieur à 1, - 0.993 - ce qui signifie que les hôpitaux concernés ont un case-mix

¹ Costweights version 6, mai 2007, www.apdrgsuisse.ch

légèrement moins lourd que celui de l'échantillon qui avait servi à calibrer la valeur 1 pour la version 5.1.

Les tableaux 1 et 1bis donnent, pour l'ensemble de la base de données, la comparaison entre la version 5.1 et la version 6 pour le groupe des hôpitaux non universitaires et le groupe des hôpitaux universitaires. Si le groupe des hôpitaux universitaires est relativement homogène, ce n'est pas le cas pour celui des hôpitaux non universitaires qui se compose d'hôpitaux régionaux de taille moyenne avec un indice de case-mix compris entre 0.75 et 0.85 et d'hôpitaux centraux compris entre 0.9 et 1.1.

Comme l'a signalé l'OFS, qui s'est chargé de collecter la base de données de SwissDRG, les grands hôpitaux et les hôpitaux universitaires sont surreprésentés puisque, d'une part, les hôpitaux universitaires comptent environ pour 30% des patients et 40% des coûts totaux, et que, d'autre part, les petits hôpitaux de moins de 100 lits sont absents de l'échantillon.

S'agissant de l'indice de case-mix, il est en moyenne à 91.5% de la moyenne pour les hôpitaux non universitaires et 120.1% pour les hôpitaux universitaires, en version 5.1. Cet écart est plus élevé en version 6, respectivement 90.6% et 122.1%. L'écart de case-mix varie de près de 1 à 2 entre l'hôpital avec l'ICM le plus bas (0.7) et le plus haut (1.3).

Tableau 1bis
Parts respectives des hôpitaux universitaires et non universitaires

	Non uni	Uni		Non uni	Uni
Séjours	70.2%	29.8%	ICM V 5.1	91.5%	120.1%
Jours	68.9%	31.1%	ICM V 6.0	90.6%	122.1%
Points	64.2%	35.8%	Coûts/point V 5.1	94.3%	110.2%
Coûts	60.5%	39.5%	Coûts/point V 6.0	95.2%	108.4%

Les tableaux 1 et suivants indiquent un taux de remboursement (% remb). Cet indicateur est calculé en divisant le coût moyen par point de chaque hôpital ou groupe d'hôpitaux par la valeur moyenne du point de l'échantillon qui est de CHF 8'668.-. On fait donc l'hypothèse que tous les hôpitaux sont remboursés selon le coût moyen du point. Corollaire du paragraphe précédent, entre la version 5.1 et 6, l'écart du taux de remboursement entre les hôpitaux non universitaires et les hôpitaux universitaires se réduit. Il passe d'un écart 106%-90,8% à un écart 105%-92,3%.

Ces moyennes cachent des écarts beaucoup plus considérables. En version 5.1, l'hôpital avec le taux de remboursement le plus bas se situait à 83% et le plus haut à 140%. En version 6, la fourchette se réduit, conséquence notamment de l'amélioration de la prise en compte de la sévérité, et l'écart est donc de 87% à 118%.

Même s'il s'agit là d'écarts extrêmes, la différence reste importante malgré les efforts déployés pour améliorer significativement la prise en compte de la sévérité dans la version 6. Cela montre les limites du système, en partie en raison de la nature même

des APDRG qui ont été conçus, rappelons-le, à la fin des années 80, mais aussi du fait de la qualité encore insuffisante des données de coûts par patients des hôpitaux suisses. En effet, les données 2004-2005, malgré une sélection sévère des hôpitaux retenus, souffrent d'une disparité de méthodologie et de faiblesses dans les relevés de coûts individuels, spécialement en ce qui concernent les médicaments, qui rendent difficiles les comparaisons entre des groupes d'hôpitaux différents, par exemple, entre hôpitaux universitaires et non universitaires

Il est également légitime, au vu des études faites, de penser que les systèmes DRG, en raison de leur nature même, ont tendance à surpayer les hôpitaux les moins complexes et à sous-payer les hôpitaux plus complexes, comme, par exemple, les hôpitaux universitaires. On verra plus loin, s'agissant du remboursement des High Outliers, que ces différences de taux de remboursement ne révèlent pas, à priori et en général, une moins bonne gestion des grands hôpitaux par rapport aux petits hôpitaux, mais d'abord la difficulté des systèmes DRG à prendre correctement en compte la complexité des cas.

2. Inliers

Les tableaux 2 et 2bis montrent, entre la version 5.1 et la version 6 une diminution significative, de 13% en moyenne, du nombre de séjours Inliers et une augmentation de la durée moyenne de séjour de ces Inliers, ainsi que de leur indice de case-mix. Cela tient à la nouvelle définition des Low Outliers, avec la généralisation d'une borne minimum à 3 jours. Le pourcentage d'Inliers diminue de 89.2% à 77.3% des séjours. La diminution du coût de ces Inliers est moindre, de 82.1% à 77.4% puisqu'on retranche des séjours moins coûteux.

Tableau 2
Base de données : Inliers (MDC 01-26)

	Version 5.1			Version 6.0		
	Non uni	Uni	Total	Non uni	Uni	Total
Séjours	277'409	111'451	388'860	242'473	94'442	336'915
Jours	1'943'983	802'105	2'746'088	1'852'488	754'256	2'606'744
Points	238'489	122'179	360'668	220'481	114'737	335'218
Coûts	1'925'072'888	1'152'309'124	3'077'382'013	1'820'066'754	1'082'463'576	2'902'530'330
DMS	7.01	7.20	7.06	7.64	7.99	7.74
ICM	0.860	1.096	0.928	0.909	1.215	0.995
Coûts/point	8'072	9'431	8'532	8'255	9'434	8'659
Coûts/séjour	6'939	10'339	7'914	7'506	11'462	8'615
% inliers	90.71%	85.71%	89.22%	79.28%	72.63%	77.30%
% coûts inliers	84.81%	77.84%	82.06%	80.18%	73.12%	77.39%
% remb	107.4%	91.9%	101.6%	105.0%	91.9%	100.1%

Une comparaison entre les tableaux 1 et 2 nous montre qu'avec la version 6, les indicateurs relatifs aux Inliers sont quasiment identiques à ceux de l'échantillon, tant en termes de DMS, d'ICM que de taux de remboursement. Cela montre, en particulier, une meilleure définition des Outliers dans la version 6.

Tableau 2bis
Inliers : Variations V 5.1/V 6.0

	Non uni	Uni	Total		Non uni	Uni	Total
Séjours	-12.6%	-15.3%	-13.4%	ICM	5.8%	10.8%	7.3%
Jours	-4.7%	-6.0%	-5.1%	Coûts/point	2.3%	0.0%	1.5%
Points	-7.6%	-6.1%	-7.1%	Coûts/séjour	8.2%	10.9%	8.9%
Coûts	-5.5%	-6.1%	-5.7%	% inliers	-12.6%	-15.3%	-13.4%
DMS	9.0%	11.0%	9.6%	% coûts inliers	-5.5%	-6.1%	-5.7%
				% remb	-2.2%	0.0%	-1.5%

3. High Outliers

Les High Outliers augmentent de 16.1%. Ils représentent 4.9% des séjours des hôpitaux non universitaires et 6.4% des séjours des hôpitaux universitaires et respectivement 12.8% et 19.6% des coûts.

Tableau 3
Base de données : High Outliers

	Version 5.1			Version 6.0		
	Nonuni	Uni	Total	Nonuni	Uni	Total
Séjours	12'867	7'250	20'117	14'996	8'360	23'356
Jours	336'144	218'671	554'815	360'255	235'123	595'378
Points	30'605	26'122	56'726	33'300	29'182	62'482
Coûts	281'092'581	276'728'316	557'820'897	289'618'345	289'554'104	579'172'449
DMS	26.12	30.16	27.58	24.02	28.12	25.49
ICM	2.379	3.603	2.820	2.221	3.491	2.675
Coûts/point	9'185	10'594	9'834	8'697	9'922	9'269
Coûts/séjour	21'846	38'169	27'729	19'313	34'636	24'798
% Houtl	4.21%	5.58%	4.62%	4.90%	6.43%	5.36%
% coûts Houtl	12.38%	18.69%	14.87%	12.76%	19.56%	15.44%
% remb	94.4%	81.8%	88.1%	99.7%	87.4%	93.5%

Grâce à la version 6, le taux de remboursement des Outliers augmente significativement. Il est presque de 100% pour les hôpitaux non universitaires; il reste, en revanche, trop bas - à 87.4% - pour les hôpitaux universitaires, même si la situation s'améliore significativement. Au moins, avec la version 6, les High Outliers ne tirent plus la moyenne du taux de remboursement total au-dessous de celui des Inliers, comme c'était encore le cas avec la version 5.1.

Il est un point qui a son importance en raison du système de remboursement des High Outliers retenu dans la tarification par APDRG en Suisse, à savoir que les bornes sont définies en fonction de la durée de séjour et non en fonction des coûts. Or, comme on peut le constater, la DMS des High Outliers est presque identique entre les hôpitaux universitaires et non universitaires, alors que les coûts et l'ICM varient considérablement

Tableau 3bis
High Outliers : Variations V 5.1/V 6.0

	Non uni	Uni	Total		Non uni	Uni	Total
Séjours	16.5%	15.3%	16.1%	ICM	-6.6%	-3.1%	-5.1%
Jours	7.2%	7.5%	7.3%	Coûts/point	-5.3%	-6.3%	-5.7%
Points	8.8%	11.7%	10.1%	Coûts/séjour	-11.6%	-9.3%	-10.6%
Coûts	3.0%	4.6%	3.8%	% Houtl	16.5%	15.3%	16.1%
DMS	-8.0%	-6.8%	-7.6%	% coûts Houtl	3.0%	4.6%	3.8%
				% remb	5.6%	6.8%	6.1%

4. Low Outliers

Les Low Outliers passent de 6.2% en moyenne à 17.3% des séjours. Tous les séjours de moins de 3 jours ainsi que le MDC27 (patients ayant séjourné moins de 24h pour cause de transfert et de décès) font partie des Low Outliers.

Tableau 4
Base de données : Low Outliers

	Version 5.1			Version 6.0		
	Non uni	Uni	Total	Non uni	Uni	Total
Séjours	15'549	11'327	26'876	48'356	27'226	75'582
Jours	36'255	25'654	61'909	103'639	57'051	160'690
Points	8'584	6'694	15'278	21'319	13'654	34'972
Coûts	63'783'494	51'333'804	115'117'298	160'263'865	108'353'565	268'617'429
DMS	2.33	2.26	2.30	2.14	2.10	2.13
ICM	0.552	0.591	0.568	0.441	0.501	0.463
Coûts/point	7'430	7'669	7'535	7'518	7'936	7'681
Coûts/séjour	4'102	4'532	4'283	3'314	3'980	3'554
% Loutl	5.08%	8.71%	6.17%	15.81%	20.94%	17.34%
% coûts Loutl	2.81%	3.47%	3.07%	7.06%	7.32%	7.16%
% remb	116.7%	113.0%	115.0%	115.3%	109.2%	112.8%

L'ICM de ces patients diminue. En effet, ces nouveaux Low Outliers proviennent de groupes de patients qui avaient précédemment une borne inférieure à 2 jours, donc avec un ICM inférieur aux précédents Low Outliers.

Les Low Outliers représentent donc en version 6, 17.3% des patients mais seulement 7.6% des coûts. Les hôpitaux universitaires continuent dans la version 6 d'avoir significativement plus de Low Outliers, sans que cette situation ait jusqu'ici trouvé une explication. Le taux de remboursement moyen diminue quelque peu, principalement dans les hôpitaux universitaires. Malgré les améliorations de la version 6, les Low Outliers restent donc toujours surremboursés, particulièrement dans les hôpitaux non universitaires.

Tableau 4bis
Low Outliers : Variations V 5.1/V 6.0

	Non uni	Uni	Total		Non uni	Uni	Total
Séjours	211.0%	140.4%	181.2%	ICM	-20.1%	-15.1%	-18.6%
Jours	185.9%	122.4%	159.6%	Coûts/point	1.2%	3.5%	1.9%
Points	148.3%	104.0%	128.9%	Coûts/séjour	-19.2%	-12.2%	-17.0%
Coûts	151.3%	111.1%	133.3%	% Loutl	211.0%	140.4%	181.2%
DMS	-8.1%	-7.5%	-7.7%	% coûts Loutl	151.3%	111.1%	133.3%
				% remb	-1.2%	-3.4%	-1.9%

5. Hôpitaux présents dans la base de données en 2004 et 2005

Le tableau 5 montre une analyse de l'échantillon hospitalier restreint aux hôpitaux qui ont fourni des données et pour 2004 et pour 2005..

Tableau 5
Hôpitaux présents en 2004 et 2005

	Non uni 04	Non uni 05	Var	Uni 04	Uni 05	Var	total 04	total 05	Var
Séjours	125'671	131'259	4.4%	63'106	61'859	-2.0%	188'777	193'118	2.3%
Jours	985'530	1'006'839	2.2%	508'932	500'123	-1.7%	1'494'462	1'506'962	0.8%
Points (V6)	114'347	120'437	5.3%	75'665	75'381	-0.4%	190'013	195'819	3.1%
Coûts	946'921'734	995'446'608	5.1%	700'843'335	720'127'128	2.8%	1'647'765'068	1'715'573'736	4.1%
DMS	7.84	7.67	-2.2%	8.06	8.08	0.3%	7.92	7.80	-1.4%
ICM	0.910	0.918	0.8%	1.199	1.219	1.6%	1.007	1.014	0.7%
Coûts/point	8'281	8'265	-0.2%	9'262	9'553	3.1%	8'672	8'761	1.0%
Coûts/séjour	7'535	7'584	0.6%	11'106	11'641	4.8%	8'729	8'884	1.8%
Taux remb	104.7%	104.9%	0.2%	93.6%	90.7%	-3.0%	100.0%	98.9%	-1.0%

On constate dans ces hôpitaux une augmentation significative du nombre de séjours, en moyenne une baisse de la durée de séjours et une légère augmentation de l'indice de case-mix. La conjonction de l'augmentation d'activité et de la sévérité entraîne une croissance extrêmement faible du coût du point qui n'augmente que de 1%. Ce résultat permet de dire que le fait d'avoir mélangé, sans corrections d'indices de prix les chiffres 2004 et 2005, ne peut avoir eu d'effets perturbateurs dans le calcul des costweight de la version 6.

6. Caractéristiques de la version 6

La version 5.1 comptait 668 groupes (APDRG et SPG), la version 6 en compte 878. L'adjonction de 210 SPG a permis d'améliorer sensiblement la prise en compte de la sévérité. Comme le montre le graphique ci-dessous, 300 DRG suffisaient dans la version 5 pour expliquer 90% des séjours, alors qu'il en faut 450 dans la version 6.

La version 6 peut-elle être améliorée ? Comme indiqué, la version 6 se base sur des données 2004-2005 dont la qualité n'est pas encore optimale. Cette version a été réalisée pour être utilisée pour la facturation des séjours 2008-2009, c'est-à-dire avec un décalage moyen de quatre ans. Rappelons qu'en Allemagne, le décalage n'est que de deux ans.

Si les SwissDRG ne sont pas pleinement opérationnels à fin 2008 pour négocier les tarifs valables pour 2010 (délai minimum récemment fixé par santésuisse pour l'introduction d'une nouvelle version de DRG), il sera alors nécessaire de proposer une nouvelle version des APDRG, pour tenir compte de l'évolution relative des coûts de traitement, ainsi que pour bénéficier de l'amélioration de la qualité des données produites par les hôpitaux.

