

Sélection et choix du nouveau groupeur pour la Suisse dans le cadre du projet SwissDRG

Luc Schenker, Institut d'Economie et Management de la Santé (IEMS) de l'Université de Lausanne - Décembre 2005

Introduction

En 1997, deux décisions importantes concernant les classifications de patients ont été prises. Dix ans après les recommandations de l'étude sur l'introduction des DRG en Suisse (1), le Conseil fédéral a pris la décision de rendre obligatoire le codage des diagnostics et des interventions pour les patients hospitalisés. Il a choisi ICD10 pour les diagnostics et ICD9CM pour les interventions. Simultanément à cette décision, un groupe de partenaires de la santé représentant assureurs, hôpitaux, médecins et cantons a pris la décision de choisir comme outil de classification les APDRG version New York adaptée à ICD10, et lancé un projet visant à mettre à disposition un outil de financement sous forme d'un ensemble de règles et de cost-weights. Ce projet a abouti début 2001 et, dès 2002, un premier groupe d'hôpitaux facturait les séjours de patients en APDRG aux assureurs. Depuis 1998, cinq versions des cost-weights ont été produites (2) et près d'un quart des hospitalisations en Suisse sont aujourd'hui facturées en APDRG dans le cadre de conventions tarifaires signées entre hôpitaux et assureurs.

Dès 2000, le Conseil fédéral a proposé de revoir la loi sur l'assurance maladie, notamment le financement des hôpitaux, en introduisant le principe d'une classification unique pour la facturation des séjours hospitaliers, comme il l'avait déjà fait pour l'ambulatoire avec la nomenclature TARMed. Ce projet de révision de la loi est toujours bloqué au Parlement. Toutefois, les partenaires de la santé se sont accordés à dire qu'un système de financement basé sur une classification DRG unique pour la Suisse était souhaitable, notamment pour faciliter les comparaisons et permettre ainsi une meilleure maîtrise des coûts hospitaliers.

Ces partenaires ont officiellement décidé de lancer un projet visant à sélectionner une nouvelle classification DRG en se basant sur l'expérience positive faite avec les APDRG, mais en recherchant un système qui prenne mieux en compte la sévérité des patients. Le projet SwissDRG (3) a démarré en 2004 dans un climat d'incertitude quant à l'avenir du système de financement hospitalier en Suisse, ce qui ne facilite pas la définition des objectifs à atteindre avec le nouveau système de classification et sa mise en oeuvre. Le projet a été divisé en quatre sous-projets, à savoir :

- Un premier sous-projet concernant les **définitions et les règles de financement** (déterminer, par exemple, les patients concernés par le système de classification, les règles pour les réhospitalisations ou les transferts d'un hôpital à l'autre, les activités financées séparément).
- Le 2^e sous-projet concernant la **sélection du nouveau groupeur** et son adaptation éventuelle au contexte suisse.
- Un 3^e sous-projet concernant la **constitution d'une base de données nationale**, à la fois pour effectuer les tests, calculer les cost-weights et faire les évaluations.
- Enfin, un 4^e sous-projet concernant tous les **points non traités** par les trois premiers, en particulier les conditions de mise en œuvre du nouveau système de financement.

Fin août 2005, les sous-projets 1 à 3 ont soumis leurs premiers travaux au comité de pilotage du projet :

- Sous-projet 1 : un ensemble de règles et de définitions a été établi. Cet ensemble devra encore être affiné en fonction des analyses statistiques et du groupeur choisi.
- Sous-projet 2 : une proposition de groupeurs retenus a été faite ainsi que des recommandations en ce qui concerne le niveau d'adaptation.
- Sous-projet 3 : les travaux préparatoires pour la constitution d'une base de données nationale sont terminés.

En décembre 2005, le comité de pilotage du projet a choisi d'adapter les German DRG pour la Suisse.

Le présent article vise à décrire la méthodologie utilisée pour la sélection du groupeur, à présenter les résultats obtenus en août 2005 et à commenter la décision de choisir les German DRG.

Méthodologie de sélection du groupeur

Contrairement aux autres pays qui ont sélectionné un groupeur ces dernières années, le projet SwissDRG a pu s'appuyer sur six ans d'expérience avec les APDRG, notamment en termes de facturation. De plus, grâce à APDRG Suisse, une base de données limitée (200'000 patients), mais très complète, avec des données médicales et de coûts par patient, était à disposition. La Suisse a largement bénéficié des expériences des pays européens, l'Allemagne en particulier, et de l'Australie qui ont effectué une telle démarche avant elle, et des nombreux articles publiés sur le sujet ces dernières années.

La démarche adoptée a été largement inspirée par celle qu'avaient recommandée Don Hindle pour la Slovénie (4), Wolfram Fischer pour l'Allemagne (5) ou encore les travaux australiens (6), danois (7), allemands (8/9), canadiens (10) ou anglais (11). Un inventaire des groupeurs existants et possibles pour la Suisse a été dressé sans fixer de limites trop exigeantes au départ. Une triple analyse de cette liste a été faite pour sélectionner et examiner les questions d'adaptation au contexte suisse. Cette triple analyse a consisté en :

- une **analyse descriptive** (nombre de groupes, types d'utilisation, pays où le groupeur est implémenté, recueils de littérature, etc.)
- une **analyse statistique** basée sur la base de données APDRG Suisse de 200'000 patients avec coûts et données médicales. Cette analyse a été complétée par une analyse des données des hôpitaux suisses 2002/2003 pour 900'000 séjours (avec les durées de séjour et les données médicales, mais sans les données de coûts) afin de vérifier que la base de données restreinte ne comportait pas de biais.
- une **analyse qualitative** sur les caractéristiques des différents groupeurs confrontées aux attentes des partenaires suisses (logique de regroupement, système de sévérité, risques de manipulation, etc.).

Les analyses descriptives et qualitatives ne feront pas l'objet de commentaires particuliers du point de vue méthodologique puisque les différentes références citées précédemment décrivent déjà abondamment la méthodologie utilisée. A signaler toutefois une contribution originale au projet suisse de Wolfram Fischer sous la forme d'une analyse de la cohérence médicale des différents groupeurs, en particulier de leurs groupes de base (12). Dans le domaine statistique, les critères habituels de réduction de la variance ont été utilisés, mais trois contributions originales ont complété cette analyse classique.

- Tout d'abord, au travers de l'expérience d'APDRG Suisse, une analyse du taux d'incohérence a été effectuée. En effet, l'utilisation des APDRG en Suisse a montré qu'en cas d'interventions opératoires multiples, ce n'était pas toujours l'intervention la

plus coûteuse qui orientait le choix du DRG. Le taux d'incohérence permet donc d'évaluer le nombre de cas où la hiérarchie des interventions opératoires ne correspond pas aux coûts observés en Suisse.

- Les systèmes DRG en général n'ont pas correctement pris en compte les données relatives aux soins infirmiers, en particulier le recours aux soins intensifs. Les différents groupeurs ont été étudiés sous l'angle du taux de recours aux soins intensifs mal défini, c'est-à-dire le nombre de groupes DRG pour lesquels le taux de recours aux soins intensifs se situe entre plus de 20% et moins de 80% de patients classés dans un DRG donné (13).
- Enfin, plutôt que la traditionnelle analyse de variance, la contribution originale de Alfio Marazzi (14) a permis de comparer les groupeurs présélectionnés sur la base du taux de remboursement pour une année donnée, basé sur les observations de l'année précédente.

En parallèle, l'étude des expériences européennes récentes, notamment de l'expérience allemande (15) et des entretiens approfondis avec l'InEK (le Casemix Office allemand) ont permis d'évaluer les besoins d'adaptation des différents systèmes au contexte national, afin que ces systèmes répondent aux critères minimaux attendus par les partenaires du domaine sanitaire.

Résultats

Les analyses effectuées (16), tant descriptives que statistiques et qualitatives, ont montré qu'il ne s'agissait pas de sélectionner le meilleur système, mais plutôt, selon une procédure de sélection par élimination, de choisir le groupeur le plus approprié comme base du futur système suisse. En effet, s'agissant des indicateurs statistiques en particulier, aucun des groupeurs testés n'a démontré qu'il était significativement meilleur que les autres.

Résumé des résultats d'analyse statistique

Groupeurs	Réduction de la variance des coûts			% DRG incohérent (3)
	Non trimmé	Trimmé (1)	Trimmé (2)	
APDRG	0.52	0.60	0.63	0.5%
APRDRG	0.57	0.64	0.68	7.9%
IRDRG	0.52	0.58	0.62	7.0%
ARDRG (4)	0.50	0.57	0.62	1.4%
LDF	0.32	0.39	-	13.0%
SQLape	0.60	0.64	0.70	-

(1) R carré sur les coûts après élagage des 1000 cas outliers
 (2) Remboursement 2003 pour le CHUV et le Tessin après élagage de 1000 cas outliers
 (3) % DRG en incohérence de sévérité (< 10% de différence entre les niveaux de sévérité)
 (4) Les GDRG n'ont pas pu être testés en l'absence de mapping OPS vers ICD9CM

C'est donc suite à une analyse qualitative qu'ont été successivement écartés le système actuel des APDRG (jugé peu adaptable et faible sur la définition de la sévérité), les APRDRG (pas significativement meilleurs que les IRDRG par exemple pour un nombre de groupes très supérieur), les GHM (en raison de la définition de la sévérité), les systèmes LDF autrichien et SQLape (ne répondant pas aux critères DRG et de prise en compte de la sévérité telle que définie par les partenaires suisses).

Au terme de cet examen, restaient en compétition les systèmes «cousins» Australian Refined DRG et German DRG, d'une part, et les International Refined DRG de 3M, d'autre part. Au vu des tests effectués et des expériences internationales, ces systèmes ont été jugés adaptables au contexte suisse et pouvant répondre aux critères des partenaires helvétiques. Avant de faire le choix final, la question de l'adaptation au contexte suisse et celle de la collaboration avec un partenaire ont été étudiées.

Toute la littérature et les expériences récentes sur la question de l'adaptation montrent que les pratiques médicales et le mode de recours à l'hospitalisation sont influencés par la structure du système de soins du pays dans lequel a été calibré le système DRG.

En ce qui concerne les produits de 3M, il s'agit de pratiques et de données américaines qui diffèrent, l'expérience APDRG Suisse l'a montré, suffisamment souvent des pratiques et de l'organisation européennes pour que les Européens veuillent adapter ces produits. Il en est de même pour les produits allemand et australien par rapport à la Suisse.

APDRG Suisse a adapté les APDRG de New York au contexte suisse en créant une trentaine de Swiss Payment Groups (2) et démontré qu'il était possible, à partir d'un standard du commerce, d'effectuer, dans certaines limites, une adaptation de ce standard à un contexte national avec un résultat tout à fait acceptable et sans investir trop de ressources.

En revanche, les expériences australienne et allemande ont montré que modifier un produit national (comme les Allemands l'ont fait avec le produit australien ARDRG) implique des ressources conséquentes et qu'une telle adaptation consiste à créer un nouveau produit national qui va diverger très rapidement du système de départ pour des raisons liées aux différences de systèmes de financement des hôpitaux, de pratique de la médecine, d'organisation hospitalière, etc. Cela limite fortement les possibilités de collaboration et les synergies qui pourraient rendre cette solution acceptable sur le plan économique dans les petits pays.

L'étude de l'organisation mise en place en Allemagne a montré que le développement d'une solution nationale était relativement coûteux. Si des pays comme l'Allemagne, la France ou le Royaume-Uni peuvent, compte tenu de leur taille, financer des organismes et des compétences pour développer et maintenir des solutions nationales, c'est une solution trop coûteuse pour des pays de la taille de la Suisse ou de la Belgique, par exemple. Calculé par analogie avec ce qui se fait en Allemagne, le coût pour un hôpital d'une solution nationale en Suisse pourrait être dix fois plus élevé que la licence payée aujourd'hui à 3M et à APDRG Suisse pour l'exploitation des APDRG.

Les partenaires suisses en ont donc conclu qu'une adaptation des IRDRG, des ARDRG ou des GDRG, nécessitait une collaboration, soit avec une maison commerciale, soit avec un institut national. Pour des raisons de proximité et de langue, les partenaires suisses ont retenu, en août 2005, deux solutions qui ont fait l'objet d'une étude complémentaire :

- **adapter les GDRG** au contexte, aux données et à l'organisation du système de santé suisse **avec l'aide de l'InEK** (l'Institut de Casemix allemand), ou
- **adapter les IRDRG** au contexte, aux données et à l'organisation du système de santé suisse **en collaboration avec 3M**.

En août puis à nouveau en octobre, le comité de pilotage a conclu que les deux solutions retenues pour l'examen final ne diffèrent pas l'une de l'autre en termes de qualité.

Commentaires à la décision de choisir les German DRG

Le choix final entre les IRDRG et les GDRG s'est fait un peu comme on choisit un menu ou un vêtement, en fonction des goûts et des couleurs, sans aucune analyse de risques sérieuse et sans aucun sens des responsabilités. Cette décision est caractéristique de la manière de prendre des décisions dans le monde de la santé suisse par des partenaires qui se partagent tellement les responsabilités que plus personne n'est responsable de quoi que ce soit.

La Suisse n'est pas l'Allemagne en termes de taille, de gouvernance, de système de santé ni de système politique. La réussite du système allemand est liée à des conditions très précises qui font largement défaut à la Suisse(17). En particulier :

- un mécanisme permettant à une instance supérieure de trancher si le consensus entre partenaires est impossible à trouver ;
- un modèle de financement et un calendrier de mise en œuvre ;
- un investissement à la hauteur du résultat attendu
- un casemix office indépendant, lié fonctionnellement aux partenaires.

Conclusion

L'expérience du projet SwissDRG montre l'importance des conditions nationales en termes de système de financement sur le choix du groupeur. En effet, on peut tout à fait concevoir d'utiliser un produit standard, disponible pour un coût relativement bas sur le marché, si l'on utilise la classification des patients pour calculer un budget global, répartir un financement ou faire un financement partiel de l'hôpital au travers des DRG. En revanche, si, comme en Suisse ou en Allemagne, la volonté est de financer les hôpitaux en fonction des prestations effectuées et des patients accueillis avec un unique outil, il est alors évident qu'un produit standard ne peut suffire.

L'absence de nomenclature médicale et de définitions uniques sur le plan international, voire européen, rend difficile l'adoption de solutions nationales d'un pays vers un autre. La quantité d'adaptations nécessitée par le fait de choisir une solution d'un autre pays implique très rapidement qu'il n'y a plus qu'un lointain cousinage entre le système de base et le système définitif après quelques années.

Pour un pays comme la Suisse, qui ne peut investir 3 ou 4 millions d'euros par année exclusivement pour faire évoluer et maintenir un groupeur, la voie d'une solution nationale est problématique, à la fois en termes de compétences à rechercher pour constituer les équipes nécessaires et en termes de financement et de délais, ce qui rend le projet SwissDRG risqué au vu de la décision prise.

La voie d'une collaboration avec une entreprise commerciale n'aurait pas été sans risques, mais dans la mesure où la Suisse aurait été assurée de pouvoir acheter les sources, ce risque, tel que l'ont vécu les Australiens par exemple, aurait pu être maîtrisé. L'expérience suisse montre donc qu'au-delà des méthodes de sélection du groupeur communes aux différents pays, le choix se fait d'abord sur les conditions nationales que doivent remplir le système de classification et les possibilités du pays lui-même.

- (1) Paccaud F. et Schenker L. : «DRG, Perspectives d'utilisation», Masson, Lacassagne, 1989.
- (2) www.apdrqsuisse.ch
- (3) www.swissdrq.org
- (4) Hindle D. : «Implementing DRGs in Slovenia: why the Australian Variant was Selected», in *Australian Health Review*, Vol. 26 – N° 3, 2003.
- (5) Fischer W. : «DRG's, Kurzbeschreibungen und Beurteilung der Systeme», v 1.11 du 09.05.2000.
- (6) Palmer G, Reid B. : «Evaluation of the Performance of DRG and Similar Casemix Systems: Methodological Issues», in *Health Services Management Research*, 14, 71-81, 2001.
- (7) «Hospital Funding and Casemix», The Danish Ministry of Health, © Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 1999.
- (8) Wilke M. : «The DRG Challenge in Germany», in PCSE 2004, Budapest.
- (9) «Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRGs), Eine Einführung», Wissenschaftliches Institut des AOK, Août 2000.
- (10) «Acute Care Grouping Methodologies: From Diagnosis Related Groups To Case Mix Groups Redevelopment» *Background Paper for the Redevelopment of the Acute Care Grouping Methodology Using ICD-10-CA/CCI Classification Systems*, Canadian Institute for Health Information, Février 2004.
- (11) «New financial flows for NHS Hospitals», *English Policy, International Experience*, Office of Health Economics, London, Mars 2004.
- (12) www.fischer-zim.ch
- (13) J.-J. Chale et al. : DRG et soins intensifs (à paraître)
- (14) A. Marazzi et al. «Comparaisons de groupeurs et de règles de remboursement», mai 2005 (à paraître)
- (15) Rau F., Heimig, F. : «German Experiences with the Implementation of a DRG-System», Paris, 2005.
- (16) L. Schenker et al. : Rapport technique sur le choix du nouveau système de classification pour la Suisse, Lausanne, juin 2004, www.swissdrq.org
- (17) L. Schenker : «DRG et le financement des hôpitaux en Suisse – Quelques leçons à tirer de l'Allemagne», 2004, www.managedcareinfo.net.