

DRG et financement des hôpitaux en Suisse

Quelques leçons à tirer de l'Allemagne

Quelles leçons peut-on tirer de l'expérience allemande entre 2002 et 2005 dans la mise en oeuvre des DRG pour le financement des hôpitaux ? Le propos n'est pas d'aborder les questions techniques en relation avec le projet SwissDRG, mais de contribuer à la réflexion générale sur le financement par DRG des hôpitaux en Suisse.

1^{re} leçon - La politique avant les outils ou "ne pas mettre la charrue avant les bœufs"

En Allemagne la décision de financer les hôpitaux par DRG a précédé le choix d'un grouper et des modalités de mise en oeuvre des DRG. La modification de la loi sur le financement des hôpitaux loi a fondé toute la démarche DRG dès 2002.

En Suisse, depuis le rejet de la 2^e révision de la LAMal par le Parlement, les travaux sur les DRG n'ont plus de cadre de référence puisque aucune décision sur le système de financement des hôpitaux n'a été prise

Presque tous les pays européens qui nous entourent utilisent un système DRG pour le financement des hôpitaux, mais pratiquement chaque pays a fait ses propres choix en matière de mode de financement des hôpitaux, à savoir que les DRG sont utilisés dans certains pays pour calculer une part du budget global des hôpitaux, alors qu'en Allemagne, il est prévu que l'hospitalisation soit, à terme, exclusivement financée par DRG. Le niveau de qualité et de précision recherché ne sera pas le même selon les objectifs assignés aux DRG.

Aujourd'hui, le grand problème de SwissDRG est de devoir choisir un grouper et de réaliser son helvétisation en devant supputer le type d'utilisation des DRG qui sera fait dès 2008.

2^e leçon – Beaucoup de pilotes, mais personne dans le cockpit ou "qui va décider ?"

Si l'Allemagne avait laissé les partenaires prendre une décision concernant les DRG et leur mise en oeuvre, il est probable qu'elle n'aurait pas encore de système opérationnel aujourd'hui.

L'Allemagne a choisi une voie qui préserve la participation des partenaires mais qui comporte un mécanisme permettant, à un moment donné, une prise de décision, à savoir : si le consensus entre les partenaires n'est pas possible, le gouvernement fédéral tranche en dernier ressort. C'est ce qui s'est passé pour le choix du groupeur DRG.

Le grand risque pour la Suisse est l'enlisement du projet SwissDRG en raison de l'opposition de tel ou tel partenaire à telle ou telle décision et l'absence d'implication de la Confédération dans ce projet.

3^e leçon – Un cadre explicite indispensable à la mise en œuvre

Avant même de mettre en œuvre les DRG, les Allemands ont pris une décision claire et précise sur le cadre général du modèle de financement par DRG (phases de convergences, par exemple) et sur le calendrier de mise en œuvre. L'expérience allemande montre que, dans ce cas, il est plus facile d'être souple dans la mise en œuvre, de laisser suffisamment de temps aux acteurs pour s'habituer, se former et prendre les décisions de réorganisation qui s'imposent. Ainsi, les phases de convergence prévues jusqu'en 2007, ont été prolongées jusqu'en 2009, mais les caractéristiques du système ont été fixées dès 2004.

Le grand avantage de ce qui s'est passé en Allemagne est que les partenaires ne reviennent pas sans cesse sur l'objectif à atteindre, mais concentrent leurs efforts sur les résultats à obtenir. A l'inverse, on peut citer la décision récente prise par *santésuisse* de bloquer toute nouvelle convention tarifaire en APDRG alors que près du tiers des hôpitaux suisses utilisent aujourd'hui les APDRG et qu'un autre tiers sont prêts à se lancer.

4^e leçon – Un investissement à la hauteur du résultat attendu

Le saut est immense si l'on compare l'évolution des DRG en Allemagne avant 2002 avec la situation d'aujourd'hui. Le gouvernement allemand et ses partenaires ont engagé les moyens nécessaires pour réussir le projet de financement des hôpitaux par DRG, à la fois en ce qui concerne les compétences et l'importance des moyens.

Afin de constituer rapidement une banque de données nationale suffisante et fiable, les partenaires ont rétribué les hôpitaux qui ont accepté de fournir les données nécessaires, alors qu'en Suisse on ne dispose toujours pas d'une base de données suffisante.

Autre exemple : un case-mix office allemand, l'InEK, a été créé pour assumer le projet et un financement adéquat a été accordé (€ 3,5 millions par an).

En Suisse, on peut avoir de grandes inquiétudes dans la mesure où les partenaires actuels du projet SwissDRG n'ont pas conscience des coûts que pourrait représenter un système identique à celui mis en place par l'Allemagne et le risque est grand d'implanter une solution au rabais qui sera mal acceptée par les professionnels (médecins, soignants et hôpitaux) et qui pourrait également être rejetée par les cantons et les assureurs. Investir trop peu, c'est jeter l'argent par les fenêtres, parce que l'absence de résultats coûte toujours trop cher.

5^e leçon – Un case-mix office indépendant, lié fonctionnellement aux partenaires

Contrairement aux décisions prises en Suisse, s'agissant de la maintenance de TarMed par exemple, les Allemands ont très clairement distingué le rôle du case-mix office de celui des partenaires. Le case-mix office remplit ses fonctions en toute indépendance dans le cadre d'une mission générale (aucun membre du case-mix office n'est en même temps employé de l'association des assureurs ou de l'association des hôpitaux) et, en cas de désaccord entre les partenaires, le case-mix office peut se tourner vers le Ministère de la santé, qui tranchera.

L'organisation du projet SwissDRG va dans le sens contraire et si ce type d'organisation – basé sur des représentants des partenaires au niveau opérationnel - était maintenu dans la phase de mise en œuvre, il y aurait un fort risque que le projet s'enlise ou donne des résultats décevants.

Luc Schenker
Mai 2005