QUESTION Xavier Ganioz **QA 3225.09**

Introduction critique face aux forfaits par cas/DRG

Question

L'introduction au niveau national du nouveau régime de financement hospitalier est prévue pour 2012. Selon le nouveau système, les prestations hospitalières seront financées en fonction de la prestation. En règle générale, l'on définira des forfaits. Ces forfaits se basent sur les diagnostics médicaux (DRG) et s'appuieront sur des structures uniformes au niveau national. Cette situation aura des répercussions sur le paysage hospitalier cantonal et régional ainsi que sur le système de la santé dans son ensemble. Différents cantons ont déjà introduit des systèmes de forfaits par cas/DRG et disposent de ce fait d'une certaine expérience en la matière. L'introduction de ce système a engendré des situations de conflits (canton de Zoug) et les expériences faites en Allemagne montrent que le financement par le biais des forfaits par cas/DRG engendre une forte pression sur les coûts des institutions du système de santé. Les forfaits par cas/DRG sont utilisés comme un outil pour réaliser des économies. Cela augmente la pression économique et accentue la tendance à vouloir renvoyer les patient-e-s plus rapidement à la maison. Dans ces conditions, l'on risque d'être confronté à une situation de prise en charge suboptimale et lacunaire des patient-e-s. Ces craintes sont également exprimées par la Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine dans sa prise de position n° 15, datée du 25 août 2008.

Questions au Conseil d'Etat :

1. Comment le Conseil d'Etat entend-il respecter le mandat constitutionnel qui consiste à assurer un système de santé s'étendant sur l'ensemble du territoire et qui soit accessible à tou-te-s ? Et notamment : comment le Conseil d'Etat prévoit-il d'empêcher le phénomène des retours prématurés à domicile après hospitalisation, entraînant ainsi le risque d'une remise en cause de la qualité des prestations de santé à la population ?
2. Que va faire le Conseil d'Etat pour assurer une prise en charge post-hospitalière de qualité (par ex. : institutions de réhabilitation, aide et soins à domicile) en cas de diminution des durées d'hospitalisation ?
3. Que compte faire le Conseil d'Etat pour empêcher les effets déformants de l'analyse comparative DRG (système du *benchmarking*) lors du changement impliquant l'introduction au niveau national de forfaits par cas/DRG uniformes ?
4. De quelle manière le Conseil d'Etat exerce-t-il une influence sur la fixation des prix ?
5. Comment le personnel est-il protégé du dumping salarial ? Et notamment : comment le système des forfaits par cas/DRG tient-il compte des salaires usuels du lieu et de la branche concernés ?

Le 11 mai 2009

Réponse du Conseil d'Etat

A. REMARQUES GÉNÉRALES

Les questions posées au Conseil d'Etat concernent le nouveau financement hospitalier introduit par une révision partielle de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal),

qui est entrée en vigueur au 1er janvier 2009. Cette révision, dont les effets se déploieront majoritairement à partir du 1er janvier 2012 en application des dispositions transitoires, prévoit l'introduction d'un nouveau système de financement hospitalier à la prestation basé sur le système des DRG.

Avant de répondre aux questions spécifiques du député Xavier Ganioz, le Conseil d'Etat estime indispensable d'expliquer, aussi clairement et brièvement que possible, en quoi consiste ce nouveau système de financement. Il souligne d'emblée qu'à ce jour, un grand nombre d'incertitudes sont encore liées à l'introduction de ce nouveau financement. Par ailleurs, les interprétations des cantons ne correspondent pas en tous points à celles faites notamment par santésuisse et les effets de la mise en place de ce système ne peuvent actuellement faire l'objet que d'une estimation.

a) Généralités

A terme, il faut le souligner, la révision de la LAMal conduit à un véritable changement de paradigme dans la relation canton et hôpitaux. Avec cette révision de la LAMal, le rôle et les tâches du canton vont changer. Actuellement, la plupart des cantons se portent garants du déficit de leurs hôpitaux, appliquant un « financement résiduel » ; d'une manière générale, les cantons assument les rôles de planificateur, d'investisseur et d'exploitant des hôpitaux. Désormais donc, cantons et assureurs vont cofinancer les hôpitaux par le biais du prix des prestations. Les cantons assumeront les rôles de régulateur, de mandant de prestations et, éventuellement, de propriétaire d'hôpital. Cette révision aura ainsi des effets importants sur le système de santé en Suisse.

Une meilleure maîtrise des coûts est attendue grâce à l'introduction du financement par forfaits liés au diagnostic (DRG : Diagnosis related group). Ce financement devrait inciter les établissements à encore mieux organiser la prise en charge des patients, ce qui va certainement raccourcir la durée de leur séjour. L'introduction des DRG est l'élément clé de cette révision, dont le succès dépendra de la manière de calculer les tarifs et du contrôle de qualité.

Une meilleure maîtrise des coûts n'est toutefois pas nécessairement synonyme de diminution des coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) pour les partenaires sociaux. La révision de la LAMal provoquera avant tout une redistribution des coûts entre cantons et assureurs-maladie. Une augmentation des coûts pour les cantons sera ainsi générée par le fait que ceux-ci devront également, dès le 1er janvier 2012, participer aux coûts des patients hospitalisés dans les cliniques privées inscrites sur la liste hospitalière.

S'agissant des coûts supportés par l'AOS (appelés coûts imputables), actuellement la part des frais d'exploitation résultant d'une surcapacité, les frais d'investissements, ainsi que les frais de formation universitaire et de recherche en sont exclus. La révision de la LAMal a retenu une nouvelle définition des coûts imputables et les investissements en font dorénavant partie ; ces coûts d'investissement devront donc être cofinancés par les pouvoirs publics et les assureurs.

En revanche, les prestations d'intérêt général ne font pas partie des coûts à charge de l'AOS. Ces prestations d'intérêt général, qui comprennent en particulier les coûts de recherche et de formation universitaire, ainsi que les coûts résultant du maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale, seront à 100% à charge du canton. Le canton veillera à ce que ces coûts ne servent pas de « fourre-tout » ; il s'agira donc de définir précisément ce qu'englobent ces coûts « engendrés par le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale ».

Il faut signaler par ailleurs l'introduction, par la même révision de la LAMal, du libre choix de l'hôpital au-delà des frontières cantonales. Cette mesure de libre choix de l'hôpital par convenance personnelle au niveau Suisse élargira l'offre aux patients, tout en générant un transfert de coûts de l'assurance privée vers le canton. Aujourd'hui, l'accès aux hôpitaux hors

canton est strictement limité. Le canton ne participe aux coûts qu'en cas de nécessité médicale, soit lorsqu'une prestation n'est pas disponible dans le canton ou en cas d'urgence. Sinon, les coûts des hospitalisations hors canton sont répartis entre l'AOS et le patient ou son assurance complémentaire. Avec la révision de la LAMal, le canton devra également participer aux coûts des hospitalisations hors canton décidées par le patient par commodité personnelle, ce jusqu'à concurrence du tarif applicable à cette prestation dans le canton de résidence du patient. Le patient (ou son assurance complémentaire) pourra donc être amené à assumer, dans certains cas, une participation aux coûts, notamment lors de traitements dans un établissement hospitalier pour des prestations ne figurant pas sur la liste hospitalière du canton de Fribourg ; le patient devra alors prendre en charge l'éventuelle différence entre tarif cantonal et tarif extra-cantonal.

b) Le financement hospitalier à la prestation

Selon l'article 49 al. 1 LAMal, la rémunération du traitement hospitalier, y compris le séjour à l'hôpital, se base sur des forfaits négociés entre les partenaires tarifaires, en règle générale des forfaits par cas ; les forfaits sont liés aux prestations et doivent se baser sur une méthode uniforme pour l'ensemble de la Suisse. L'article 59d al. 4 de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal) révisée exige en outre une différenciation du tarif selon la nature et l'intensité de la prestation.

L'article 49 al. 2 LAMal prévoit que les partenaires tarifaires (assureurs-maladies et hôpitaux) instituent, conjointement avec les cantons, une organisation compétente pour l'élaboration, le développement, l'adaptation et la maintenance des structures. Ainsi, la société anonyme SwissDRG a été créée. Elle a reçu le mandat d'introduire et développer une structure tarifaire homogène pour toute la Suisse. Cette société a institué un centre de compétence, le *case-mix* office (CMO).

Sur la base des expériences faites dans d'autres pays et en Suisse, le <u>système retenu pour les soins aigus</u> est un système type DRG mais spécifique pour la Suisse (SwissDRG), basé sur le système allemand (G-DRG).

Le principe des DRG est de classer toutes les hospitalisations d'un hôpital de soins aigus somatiques dans un nombre défini de groupes homogènes du point de vue clinique et du point de vue de la consommation de ressources. Les DRG ont notamment pour finalité la description de la clientèle et de la production hospitalière, la transparence, la comparaison entre les hôpitaux ou les unités de soins (*benchmarking*) et le paiement différencié de chaque hospitalisation. Le système attribue à chaque DRG un poids, appelé « cost-weight », en fonction des ressources qu'il nécessite. Les prestations deviennent ainsi comparables entre elles. Ainsi, selon une classification de DRG déjà ancienne utilisée en Suisse, une « intervention sur la colonne vertébrale et la moëlle épinière » (DRG n° 4) a un cost-weight de 1.761, alors qu'une « libération du tunnel carpien » (DRG n° 6), intervention beaucoup plus légère, a un cost-weight de 0.356.

L'introduction des SwissDRG est l'un des éléments clés de la révision LAMal, mais son succès est encore incertain. Il va dépendre du contrôle de qualité. En effet, les critères définissant chaque cas, dont la durée de séjour, sont clairement définis. Aussi, à l'exception de cas extrêmes dus à des complications par exemple, la rémunération restera-t-elle la même pour un séjour plus court ou plus long. Dès lors, les fournisseurs de prestations n'auront pas intérêt à garder le patient plus longtemps que nécessaire, car le prix payé par cas ne couvre que les coûts d'un séjour dont la durée moyenne est définie d'avance de manière standard pour chaque prestation.

Le risque existe donc que le patient soit libéré trop tôt pour des raisons économiques, ce qui peut avoir pour conséquence des réhospitalisations plus nombreuses et coûteuses, ou un transfert de charges financières vers les établissements de réadaptation voire les EMS,

auxquels les hôpitaux de soins aigus transmettraient des cas non encore suffisamment stabilisés. Dans le même ordre d'idée, le risque existe que certains établissements cherchent à sélectionner les cas les plus simples, afin d'éviter les cas plus compliqués qui déboucheraient sur un prolongement de la durée du séjour. Aussi, une attention toute particulière doit-elle être portée aux mesures d'accompagnement et d'encadrement, afin d'éviter ce genre de comportements.

Il faut constater que SwissDRG SA se concentre dans un premier temps sur les soins aigus et que, s'agissant du financement des soins non aigus, il appartient également à cette organisation de développer un système de forfaits par cas dans les domaines de la gériatrie, de la rééducation et de la psychiatrie.

Le développement d'une structure tarifaire liée aux prestations dans les domaines non somatiques aigus repose sur des expériences de projets cantonaux. Dans le domaine de la psychiatrie, une nouvelle tarification intitulée Psysuisse est aujourd'hui en phase de test dans plusieurs cantons, notamment à Fribourg au sein du Réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM). Le système des DRG n'est pas adéquat pour le financement des prestations psychiatriques, le diagnostic ne définissant pas le nombre de prestations ni la durée d'un séjour hospitalier. Aussi, la structure Psysuisse prend-elle en considération les différents modes de prises en charge psychiatriques (psychiatrie générale, de l'enfance et de l'adolescence, les addictions, la gérontopsychiatrie et la psychiatrie forensique) y compris les unités psychiatriques intégrées dans les hôpitaux de soins somatiques. Cette structure tarifaire nationale, qui instituerait une forme de rémunération tenant compte de manière différenciée des prestations sur la base d'une classification spécifique variant en fonction de l'intensité de la thérapie et de la gravité du cas, doit encore faire l'objet d'une validation par SwissDRG SA.

B. RÉPONSE AUX QUESTIONS

1. *Comment le Conseil d'Etat entend-il respecter le mandat constitutionnel qui consiste à assurer un système de santé s'étendant sur l'ensemble du territoire et qui soit accessible à tou-te-s ? Et notamment : comment le Conseil d'Etat prévoit-il d'empêcher le phénomène des retours prématurés à domicile après hospitalisation, entraînant ainsi le risque d'une remise en cause de la qualité des prestations de santé à la population ?*

L'introduction du nouveau financement hospitalier ne met pas en question la planification hospitalière fribourgeoise qui, parce qu'elle prend en compte des besoins de la population fribourgeoise, reste d'actualité. Par ailleurs, conformément à la LAMal révisée, le Conseil d'Etat devra attribuer aux hôpitaux cantonaux et hors canton des mandats de prestations nécessaires pour couvrir les besoins de la population fribourgeoise. Ces établissements seront inscrits sur la liste hospitalière du canton de Fribourg. Ainsi, le mandat constitutionnel consistant à assurer un système de santé s'étendant sur l'ensemble du territoire continuera d'être respecté.

Comme expliqué plus haut, la problématique des retours prématurés est prise très au sérieux au niveau Suisse. Aussi, le système de financement à la prestation SwissDRG contient-il des garde-fous pour éviter la sortie prématurée des patients mettant en péril la qualité de la prise en charge. Ainsi, pour ne pas inciter les établissements à sortir les patients prématurément, des règles strictes de regroupement des cas devront être prises. Il s'agira donc de définir à quelles conditions une réadmission ou un nouveau transfert constituent ou non un nouveau cas engendrant une nouvelle rémunération. Pour prévenir les possibilités de contournement du système, SwissDRG prévoit des règles définissant et ainsi délimitant un cas, ainsi que des règles pour le codage et la facturation des prestations fournies.

Au surplus, comme par le passé, des travaux et des études continueront d'être menés par des organes compétents, comme l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques ou la Fondation pour la sécurité des patients, ceci toujours dans le but de garantir et promouvoir la qualité.

Rappelons encore qu'un système de financement basé sur des DRG (AP-DRG) a déjà été introduit dans plusieurs cantons suisses et que la qualité de la santé ne s'y est pas détériorée.

En ce qui concerne les expériences faites en Allemagne, là encore il s'agit de relativiser. En effet, les modalités de l'application des DRG en Allemagne ne sont pas les mêmes que celles qui seront appliquées en Suisse et les conséquences de l'introduction ne seront pas identiques ; le système suisse tient du reste compte de l'expérience allemande, afin de ne pas répéter les mêmes erreurs. Par ailleurs, une étude menée conjointement par le « Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen » et du « Wissenschaftszentrum Berlin » montre que certaines évolutions, qu'on tend à imputer à l'introduction des DRG, comme par exemple la diminution de la durée moyenne de séjour, ont été amorcées bien avant leur introduction. Il semble que les « bloody exits », ces sorties d'hôpital prématurées, n'ont pas été constatées.

2. *Que va faire le Conseil d'Etat pour assurer une prise en charge post-hospitalière de qualité (par ex. institutions de réhabilitation, aide et soins à domicile) en cas de diminution des durées d'hospitalisation ?*

La planification hospitalière du 31 mars 2008 évalue le besoin en lits en tenant compte du fait que, dans un premier temps, l'augmentation de la population à venir sera compensée par une réduction de la durée moyenne de séjour. La planification hospitalière prévoit une offre de réhabilitation sur les différents sites de Meyriez, Billens et Châtel-Saint-Denis de l'hôpital fribourgeois, ainsi qu'à l'Hôpital intercantonal de la Broye, site d'Estavayer-le-Lac. Bien entendu, il est prévu que cette offre soit réévaluée régulièrement pour tenir compte de l'évolution des besoins. Une première évaluation sera faite dès que la planification hospitalière aura été définitivement concrétisée.

Au surplus, le Conseil d'Etat est conscient qu'un développement et un renforcement de l'aide et des soins à domicile seront probablement nécessaires pour encadrer le retour à domicile après une durée moyenne du séjour hospitalier vraisemblablement raccourcie. Il s'agira de trouver un juste équilibre avec le secteur hospitalier, afin d'éviter les "hospitalisations" à domicile. Ce type de prise en charge, qui n'est pas prévue par la loi sur l'aide et les soins à domicile, nécessiterait en effet un investissement plus lourd en personnel et en temps qui devra alors être comparé au coût de l'hospitalisation.

3. *Que compte faire le Conseil d'Etat pour empêcher les effets déformants de l'analyse comparative DRG (système du benchmarking) lors du changement impliquant l'introduction au niveau national de forfaits par cas/DRG uniformes ?*

L'introduction des DRG au niveau suisse n'aura pas automatiquement un effet déformant sur les analyses comparatives. Le système facilitera certainement la comparaison entre établissements hospitaliers et entre unités de soins. Il sera toutefois très important, dans ce contexte, qu'il soit tenu compte des particularités des établissements et des cantons.

Pour ce faire, la présentation d'une comptabilité analytique claire et détaillée permettant de comprendre la constitution des coûts et d'expliquer les différences, notamment dues aux normes salariales, aux loyers et au coût de la vie, sera capitale. Le Conseil d'Etat veillera à ce que les établissements hospitaliers mettent tout en œuvre pour fournir cette comptabilité analytique.

4. *De quelle manière le Conseil d'Etat exerce-t-il une influence sur la fixation des prix ?*

Actuellement, le canton de Fribourg n'intervient pas dans les négociations tarifaires entre les fournisseurs de prestations et santésuisse ; son intervention se limite à l'approbation des conventions tarifaires négociées entre les partenaires, respectivement à la fixation du tarif en cas d'échec des négociations (art. 46 al. 4 et 47 al. 1 LAMal).

Avec le nouveau financement hospitalier introduit par la révision LAMal, le canton n'assurera donc plus seulement le financement résiduel du déficit de l'établissement ; cantons et assureurs seront cofinanceurs des hôpitaux par le biais du prix des prestations. De plus, il s'agira pour le canton de définir les prestations d'intérêt général et plus particulièrement les coûts résultant du maintien des capacités hospitalières qu'il maintient pour des raisons de politique régionale et doit en conséquence financer seul. Ces éléments pourraient justifier la présence de représentants du canton dans le cadre des négociations tarifaires ; c'est pourquoi l'Etat évalue actuellement son futur rôle dans les négociations tarifaires.

5. *Comment le personnel est-il protégé du dumping salarial ? Et notamment : comment le système des forfaits par cas/DRG tient-il compte des salaires usuels du lieu et de la branche concernés ?*

A ce jour, la question de savoir si la valeur du point DRG doit être unique pour toute la Suisse ou différenciée par canton, voire par établissement, n'a pas encore été tranchée. Si une valeur unique du point DRG est finalement retenue, les prix des prestations seront identiques dans tous les établissements suisses.

Le Conseil d'Etat est conscient que le *benchmarking* exercera inévitablement une pression sur les coûts. Il reste très attentif à l'ensemble de cette problématique, fort complexe et encore en pleine évolution.

Fribourg, le 29 septembre 2009