

**Introduction des forfaits liés à la prestation:
Etat de la mise en œuvre et expériences dans les cantons ainsi qu'à l'étranger**

Rapport du Conseil fédéral

En réponse au postulat 09.3061 Goll Christine du 5 mars 2009. Système des montants forfaitaires en fonction du diagnostic. Expériences et état d'avancement de la mise en œuvre

Table des matières

Résumé	3
1 Situation initiale	3
1.1 Délai d'introduction.....	4
1.2 Relation avec d'autres éléments du nouveau système de financement.....	4
1.3 Compétence des partenaires tarifaires	4
1.4 Rôle de l'organisation destinée au maintien des structures tarifaires	4
1.5 Tâches des autorités d'approbation.....	4
1.6 Exigences formelles et matérielles	5
1.7 Dépôt de la première demande d'approbation.....	6
2 Etat d'avancement de la mise en œuvre	6
2.1 Documents manquants	6
2.2 Conséquences d'une demande incomplète sur l'approbation de la structure tarifaire par le Conseil fédéral	7
2.3 Prise en compte des coûts d'investissement dans les forfaits liés aux prestations.....	8
2.4 Incertitudes précédant la mise en œuvre du nouveau système	8
2.5 Recherche concomitante	9
3 Prise en compte des fournisseurs de prestation concernés	9
3.1 SwissDRG SA	9
3.2 Rôle des différents acteurs	9
3.3 Prise en compte du domaine des soins	10
4 Expériences dans d'autres pays	11
4.1 Allemagne	11
5 Expériences des cantons ayant déjà introduit le système DRG	12
5.1 Aperçu de la situation dans les cantons ayant introduit les DRG	12
5.2 Expériences réalisées dans le canton de Vaud.....	12
5.3 Expériences des assureurs, l'exemple de Helsana	13
5.4 Projet de l'Observatoire suisse de la santé.....	13
6 Conclusion	14

Résumé

Les Chambres fédérales ont adopté, le 21 décembre 2007, la révision de la LAMal concernant le domaine du financement hospitalier (RO 2008 2049) prévoyant que, d'ici à fin 2011, l'introduction des forfaits liés aux prestations basés sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse soit terminée. Ces forfaits permettront, dès 2012, de rémunérer les traitements hospitaliers (stationnaires) dans les hôpitaux.

Au vu de la complexité de la question, le délai imparti dans lequel les partenaires tarifaires doivent développer des structures tarifaires liées aux prestations, notamment dans le domaine des soins somatiques aigus, de la réadaptation et de la psychiatrie, et convenir des tarifs correspondants, est extrêmement court. Afin de disposer à temps des informations nécessaires au processus d'approbation, le Conseil fédéral a édicté des directives détaillées au niveau de l'ordonnance et, afin de respecter l'échéance ancrée dans la loi pour l'introduction des forfaits, a fixé des délais. Les documents que les partenaires tarifaires lui ont soumis sont incomplets et ne remplissent pas entièrement les exigences fixées. Les partenaires tarifaires ont donc obtenu un délai supplémentaire pour améliorer et compléter leurs dossiers à l'intention du Conseil fédéral.

Les forfaits liés aux prestations ont été introduits de longue date dans certains cantons ainsi que dans le système de l'assurance-accidents obligatoire. L'expérience a démontré que les structures tarifaires ainsi mises en place permettaient de mieux prendre en compte la réalité des coûts des prestations des hôpitaux que ne le feraient d'autres systèmes de rémunération comme, par exemple, les forfaits journaliers. La nouvelle orientation du système, ainsi que la transparence qui va découler de l'introduction des forfaits liés aux prestations basés sur des structures tarifaires uniformes, généreront certains changements, non seulement au sein des hôpitaux, mais également dans et entre les cantons.

L'introduction, à l'échelle nationale, des forfaits liés aux prestations reposant sur des structures uniformes, va favoriser la transparence. Cela aura pour conséquence que la pression économique à laquelle les hôpitaux sont soumis va augmenter. Les directions des hôpitaux comme les gouvernements cantonaux se verront confrontés à de nombreux défis, et le passage à ce système suscite questions et craintes. Le présent rapport du Conseil fédéral évoque les points sur lesquels il est possible actuellement de porter un jugement.

1 Situation initiale

Lors de la session d'hiver 2007, le Parlement a approuvé la révision de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) dans le domaine du financement hospitalier (RO 2008 2049). Parmi les changements majeurs, il convient de retenir le passage du financement de l'hôpital au financement des prestations fournies par l'hôpital, ainsi que l'introduction des forfaits liés aux prestations basés sur des structures tarifaires uniformes au niveau suisse. Ces forfaits sont en règle générale des forfaits par cas. Ces derniers devraient en particulier être appliqués dans le domaine des soins somatiques aigus. Dans d'autres domaines, comme la psychiatrie et la réadaptation, d'autres formes de lien à la prestation sont concevables. Les coûts d'investissement sont inclus dans le calcul des forfaits liés aux prestations. Les rémunérations seront prises en charge selon leur part respective par le canton de domicile de la personne assurée et l'assurance obligatoire des soins. La

part revenant au canton est de 55 % au moins. Les cantons ont jusqu'au 1er janvier 2017 pour parvenir à cette participation à la rémunération.

1.1 Délai d'introduction

Les dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007 prévoient, selon l'al. 1, que le processus d'introduction des forfaits liés aux prestations au sens de l'art. 49, al. 1, et l'application des règles de financement au sens de l'art. 49a, y compris les coûts d'investissement, devront être terminés le 31 décembre 2011 au plus tard.

1.2 Relation avec d'autres éléments du nouveau système de financement

Le respect, par les partenaires tarifaires, de l'échéance du 31 décembre 2011 est déterminant pour la mise en œuvre du nouveau système de financement hospitalier, car notamment une série d'autres délais sont directement liés à cette date: les planifications hospitalières cantonales doivent être adaptées aux nouvelles exigences dans un délai de trois ans à compter de la date fixée pour l'introduction des forfaits liés aux prestations; les cantons fixent leur part de rémunération avant la date fixée pour l'introduction des forfaits liés aux prestations; le libre choix de l'hôpital est étendu et mis en œuvre à la date d'introduction des forfaits liés aux prestations.

1.3 Compétence des partenaires tarifaires

Selon l'art. 46, al. 1, LAMal, les parties à une convention tarifaire sont un ou plusieurs fournisseurs de prestations, ou fédérations de fournisseurs de prestations, d'une part, et un ou plusieurs assureurs ou fédérations d'assureurs, d'autre part. Selon l'art. 46, al. 4, LAMal, les conventions tarifaires doivent être approuvées par le gouvernement cantonal compétent ou, si elles s'étendent à toute la Suisse, par le Conseil fédéral.

1.4 Rôle de l'organisation destinée au maintien des structures tarifaires

L'art. 49, al. 2, LAMal, prévoit que les partenaires tarifaires instituent, conjointement avec les cantons, une organisation compétente pour l'élaboration, le développement, l'adaptation et la maintenance des structures tarifaires uniformes pour chaque domaine (somatique aigu, psychiatrie, réadaptation, etc.). Les fédérations des partenaires tarifaires (santésuisse et H+ Les Hôpitaux de Suisse) ont, dans ce but, en partenariat avec la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et la Fédération des médecins suisses (FMH), fondé, le 18 janvier 2008, SwissDRG SA, une société anonyme d'utilité publique.

Les structures élaborées par cette organisation et leurs adaptations doivent être soumises par les partenaires tarifaires au Conseil fédéral pour approbation.

1.5 Tâches des autorités d'approbation

Etant donné que les forfaits au sens de l'art. 49, al. 1, LAMal, doivent reposer sur des structures uniformes pour l'ensemble du territoire suisse, l'autorité d'approbation compétente est le Conseil fédéral. Dans le cadre de l'examen de la convention tarifaire qui lui est soumise pour approbation, celui-ci doit donc notamment examiner si

les structures tarifaires sont conformes aux prescriptions légales et notamment, si elles satisfont aux principes d'économie et d'équité. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) en tant que département compétent en la matière prépare un projet de décision du Conseil fédéral à ce sujet. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) procède à cet examen pour le DFI. Dans ce cadre, l'examen va porter d'une part, sur la question de savoir si les structures tarifaires répondent aux exigences fixées à l'art. 46, al. 4, LAMal, et d'autre part, sur la question de savoir si les documents sont complets et s'ils répondent aux exigences fixées dans les art. 59d et 59e, de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal, RS 832.102), ainsi que dans les dispositions finales de la modification du 22 octobre 2008 de l'OAMal (RO 2008 5097).

Le nouveau système de financement concerne le plus gros bloc des coûts de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Jusqu'ici, aucune modification aussi conséquente d'un modèle tarifaire n'avait jamais été entreprise. La mise en œuvre appropriée d'un modèle tarifaire aussi étendu exige des modalités d'application. Etant donné que les modalités en question convenues par les partenaires tarifaires ont une influence sur les coûts, elles sont partie intégrante du modèle tarifaire, et doivent, en conséquence, être approuvées par le Conseil fédéral. Les partenaires tarifaires doivent également convenir de la rémunération effective des hôpitaux sous la forme de forfaits basés sur les structures uniformes au niveau suisse. Si, par structure tarifaire, il n'existe pas de rémunération unique pour l'ensemble de la Suisse, l'approbation est alors du ressort de l'autorité cantonale compétente.

Selon l'art. 14, al. 1, de la loi fédérale du 20 décembre 1985 concernant la surveillance des prix (LSPr ; RS 942.20), les autorités compétentes pour approuver les conventions tarifaires au sens de l'art. 46, al. 4, LAMal, prennent au préalable l'avis du Surveillant des prix. L'autorité d'approbation doit, dans sa décision, mentionner l'avis émis par le Surveillant des prix, et, dans la mesure où elle s'en écarte, motiver sa décision (art. 14, al. 2, LSPr).

1.6 Exigences formelles et matérielles

Conformément à l'art. 46, al. 4, LAMal, les partenaires tarifaires doivent soumettre au Conseil fédéral, pour approbation, la convention tarifaire qu'ils auront conclue dans le domaine hospitalier (stationnaire). Dans le cadre d'un système de type DRG (Diagnosis Related Groups) et lors de la première demande d'approbation d'une convention tarifaire nationale au sens de l'art. 59d OAMal et des dispositions finales de la modification du 22 octobre 2008 de l'OAMal, les éléments ci-après doivent être soumis à l'approbation du Conseil fédéral :

- la structure tarifaire uniforme ;
- les modalités d'application du tarif ;
- le manuel de codage ;
- un concept pour la révision du codage ;
- une proposition commune des partenaires tarifaires concernant les mesures d'accompagnement nécessaires dans le cadre de l'introduction des forfaits liés aux prestations, notamment les instruments destinés à la surveillance et à l'évolution des coûts et du volume des prestations (monitoring) ainsi que des mesures de correction.

Afin de permettre au Conseil fédéral de procéder à l'examen des éléments soumis à son approbation conformément aux art. 46, al. 4, et 49, al. 2, LAMal, les documents

ci-après doivent être joints à la demande d'approbation conformément à l'art. 59d OAMal :

- les bases et la méthode de calcul ;
- les instruments et les mécanismes destinés à garantir la qualité des prestations dans le cadre de l'application du tarif ;
- les estimations sur les effets de l'application du tarif sur le volume des prestations, ainsi que sur les coûts pour l'ensemble des domaines visés par l'art. 49, al. 1, de la loi, y compris les domaines concernés avant et après l'hospitalisation ;
- les documents supplémentaires sur les exigences à remplir par les hôpitaux pour pouvoir être retenus dans le cadre de l'élaboration de la structure tarifaire.

En outre, l'art. 49, al. 2, LAMal prévoit qu'une contribution destinée à financer l'organisation compétente pour l'élaboration, le développement, l'adaptation et la maintenance des structures tarifaires, peut être prélevée par cas facturé.

L'al. 3 des dispositions finales de la modification du 22 octobre 2008 de l'OAMal prévoit que les partenaires tarifaires doivent soumettre au Conseil fédéral, pour approbation, le montant de la contribution par cas au plus tard lors de la première demande d'approbation de la convention tarifaire selon l'art. 59d OAMal. Conformément à l'art. 59e, al. 1, OAMal, la demande doit être accompagnée d'un rapport d'activité de l'organisation et d'un budget justifiant le montant de la contribution.

1.7 Dépôt de la première demande d'approbation

L'al. 2 des dispositions finales de la modification du 22 octobre 2008 de l'OAMal précise que la première demande d'approbation de la convention tarifaire au sens de l'art. 59d OAMal, y compris les instruments convenus par les partenaires tarifaires destinés à la surveillance de l'évolution des coûts et du volume des prestations (monitoring), ainsi que les mesures de correction, doivent être soumis au Conseil fédéral au plus tard le 30 juin 2009.

2 Etat d'avancement de la mise en œuvre

La demande d'approbation de la convention tarifaire relative à la structure tarifaire de type DRG pour le domaine des soins somatiques aigus a été soumise au Conseil fédéral le 9 juillet 2009 ; cette demande concerne la version 0.2 de SwissDRG, qualifiée par les partenaires tarifaires de «version de travail» qu'il faut distinguer de la version d'introduction (1.0).

2.1 Documents manquants

La demande d'approbation du 9 juillet ne satisfaisait pas aux exigences de l'OAMal à cause de l'absence des bases de calcul utilisées pour l'élaboration de la structure tarifaire, d'une estimation des effets sur les coûts, d'une proposition relative à un monitoring sur l'évolution des coûts, incluant les mesures de correction nécessaires, et de l'absence d'un concept concret sur la garantie de la qualité des prestations. En ce qui concerne les autres domaines (psychiatrie, réadaptation, etc.), certains projets sont en cours. Toutefois, il n'existe pas de projet concerté au niveau national. SwissDRG SA n'est en effet impliquée directement dans aucun des projets, et s'est limitée à livrer au Conseil fédéral – simultanément à la demande d'approbation du 9 juillet 2009 – un rapport sur la situation et les perspectives de mise en œuvre dans

ces différents domaines. Selon ce rapport, le délai fixé dans la loi au 31 décembre 2011 ne pourra pas être respecté pour ces deux domaines.

Eu égard au fait que d'importants documents et informations manquaient dans la demande d'approbation, l'examen dont cette demande a fait l'objet n'a été que partielle. En tant qu'instance chargée de préparer le dossier à l'intention du DFI, l'OFSP s'est adressé le 31 juillet 2009 aux partenaires tarifaires et a exigé que la demande d'approbation du 9 juillet 2009 soit complétée. Lors d'une réunion qui s'est déroulée le 26 octobre 2009, l'OFSP a fixé aux partenaires tarifaires un délai échéant à la fin décembre 2009 pour compléter la demande d'approbation. Or, les informations transmises à l'OFSP le 19 novembre 2009 suite à cette dernière réunion se sont révélées insuffisantes pour satisfaire aux exigences de l'OAMal. Compte tenu de ces circonstances, l'OFSP a organisé le 11 décembre 2009 une première séance de « reporting » avec pour objectif de donner aux partenaires tarifaires et aux représentants de SwissDRG SA, la possibilité d'informer l'OFSP sur l'état des travaux ainsi que sur les questions ouvertes et, le cas échéant, de discuter des solutions possibles. Suite à cette séance, il est apparu qu'à l'exception de l'envoi d'une proposition d'estimation des effets de l'application du tarif sur les coûts, les exigences de l'OAMal concernant aussi bien les bases de calcul que le monitoring sur l'évolution des coûts et le concept concret sur la garantie de la qualité des prestations, ne pourraient pas être satisfaites jusqu'à la fin 2009.

2.2 Conséquences d'une demande incomplète sur l'approbation de la structure tarifaire par le Conseil fédéral

Avec l'al. 1 des dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007 imposant un délai au 31 décembre 2011 au plus tard pour terminer l'introduction des forfaits liés aux prestations au sens de l'art. 49, al. 1, ainsi que l'application des règles de financement au sens de l'art. 49a, y compris l'inclusion des coûts d'investissement, le temps mis à disposition des partenaires tarifaires et des autorités d'approbation est limité.

Au vu de la complexité de la question, l'autorité d'approbation doit disposer d'un temps suffisant pour examiner la demande au sein de l'administration. L'autorité d'approbation doit, comme déjà mentionné, examiner si la convention tarifaire est conforme à la loi et à l'équité, et si elle satisfait au principe d'économie. Elle doit par ailleurs s'assurer que les partenaires tarifaires disposent des instruments valables pour notamment surveiller l'évolution des coûts ainsi que la qualité, et prendre les mesures de correction nécessaires si la situation devait évoluer dans une mauvaise direction.

Le non-respect – par SwissDRG SA et les partenaires tarifaires – des exigences et délais fixés dans l'OAMal concernant la demande d'approbation de la convention tarifaire rend donc impossible le respect du délai prévu initialement par l'administration pour la décision d'approbation ou de non-approbation du Conseil fédéral, à savoir jusqu'à fin décembre 2009. Actuellement, l'objectif est que le Conseil fédéral puisse se prononcer au printemps 2010 sur la « version de travail » de la structure tarifaire applicable au domaine des soins somatiques aigus. Malgré le retard pris dans la procédure d'approbation, comme indiqué au point 2.1 ci-dessus, les exigences fixées dans l'OAMal, restent applicables. Par conséquent, le Conseil fédéral attend des partenaires tarifaires qu'ils complètent leur demande d'approbation du 9 juillet 2009 dans le sens indiqué par l'OFSP dans son courrier du 31 juillet 2009. La version de travail précitée représente le fondement de la version d'introduction de la structure

tarifaire qui devra être soumise ultérieurement et être elle aussi approuvée par le Conseil fédéral.

2.3 Prise en compte des coûts d'investissement dans les forfaits liés aux prestations

L'inclusion des coûts d'investissement dans la structure tarifaire est indispensable dans le cas d'un système de rémunération par cas lié aux prestations. Dans les documents soumis au Conseil fédéral par les partenaires tarifaires dans le cadre de la procédure d'approbation de la convention tarifaire SwissDRG 0.2 dans le domaine des soins somatiques aigus, il est fait référence à une décision du conseil d'administration de SwissDRG SA selon laquelle la version d'introduction de la structure tarifaire (version 1.0) ne prendrait pas en compte les coûts d'investissement. Le fait que la version de travail de la structure tarifaire soumise au Conseil fédéral n'intègre pas les coûts d'investissement génère une certaine distorsion du lien avec la prestation dans la structure tarifaire. Les partenaires tarifaires doivent impérativement, dans le cadre de l'autonomie tarifaire prévue dans la LAMal, tenir compte des coûts d'investissement dans les forfaits liés aux prestations. La clarification de cette question est une tâche qui incombe aux partenaires tarifaires. Cela vaut en particulier pour le « lien avec la prestation ». Cette exigence matérielle, à laquelle les partenaires tarifaires doivent satisfaire, reste valable dans le cadre de la procédure d'approbation après que les documents soumis auront été complétés comme indiqué précédemment.

2.4 Incertitudes précédant la mise en œuvre du nouveau système

Au deuxième semestre 2009, des débats ont été menés dans plusieurs cantons sur la question des investissements hospitaliers et repris dans la presse quotidienne. Il est probable que ces débats sont nés de l'annonce du passage au système de la rémunération forfaitaire liée aux prestations. Dans la perspective du passage définitif à la rémunération au moyen de forfaits liés aux prestations, tous les hôpitaux ont une incitation à s'équiper le mieux possible pour entrer dans le nouveau système hospitalier (DRG, libre choix de l'hôpital), qui sera, plus encore, soumis aux pressions d'ordre économique. En particulier, les cantons sont incités à préparer leurs établissements hospitaliers à évoluer dans un marché soumis aux règles de la concurrence, avec l'espoir d'éliminer les autres hôpitaux du marché, et en particulier, les hôpitaux des cantons voisins. C'est aux cantons également qu'il appartient, dans le cadre de la planification hospitalière et de l'octroi des mandats de prestations, de veiller à ce que les établissements ne soient pas suréquipés. Par ailleurs, la loi oblige les partenaires tarifaires, lors de la fixation des tarifs, à procéder à des analyses comparatives (benchmarking), notamment avec un établissement hospitalier travaillant avec la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse, tel que l'exige l'art. 49, al. 1, LAMal. Les hôpitaux et les cantons doivent ainsi être conscients qu'ils seront seuls à assumer les éventuels coûts d'agrandissement, si les assureurs – et le Surveillant des prix – se fondent, comme ils en ont le droit, sur une analyse comparative (benchmarking) intertemporelle (avant les travaux d'agrandissement) pour déterminer les tarifs. Ainsi, on peut clairement affirmer que la preuve comptable de coûts d'investissement ne saurait être assimilée à une rémunération directe. Comme nous l'avons indiqué précédemment, les partenaires tarifaires doivent avoir pris les mesures d'accompagnement nécessaires au moment de l'introduction des forfaits liés aux prestations, et doivent, notamment, disposer d'instruments de surveillance

de l'évolution des coûts et du volume de prestations et être en mesure de prendre les mesures de correction indiquées.

2.5 Recherche concomitante

Les médecins en particulier demandent que le processus soit accompagné d'une recherche dans le but de repérer à temps les incitations négatives éventuelles et d'être ainsi en mesure de prendre rapidement des mesures préventives et de faire en sorte que le changement de système génère le moins d'effets pervers possibles. Cette recherche devrait être mise en œuvre au plus tard un an avant l'introduction du système SwissDRG, afin de pouvoir procéder à une comparaison « avant – après ».

Le Conseil fédéral est conscient du fait que des mesures concrètes doivent être prévues dans le cadre de l'introduction des forfaits liés aux prestations, notamment afin de garantir la qualité des soins et de la prise en charge. C'est la raison pour laquelle il a obligé les partenaires tarifaires, comme nous l'avons relevé plus haut, dans le cadre du processus d'approbation de la convention tarifaire, à lui soumettre une proposition commune portant sur les mesures d'accompagnement nécessaires lors de l'introduction des forfaits liés aux prestations. Il a exigé en outre des partenaires tarifaires qu'ils conviennent des instruments et des mécanismes destinés à garantir la qualité des prestations dans le cadre de l'application du tarif. Par ailleurs, il est prévu de soumettre à une analyse, au sens de l'art. 32 OAMal, les effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Un mandat a été attribué pour procéder à une étude conceptuelle et de faisabilité. Dans ce contexte, les préoccupations avancées par les partisans de la recherche concomitante seront prises en compte.

3 Prise en compte des fournisseurs de prestation concernés

L'art. 49, al. 2, LAMal, prévoit la mise en place d'une organisation pour le développement, l'adaptation et la maintenance des structures tarifaires uniformes sur lesquels doivent se baser les forfaits liés aux prestations.

3.1 SwissDRG SA

La société anonyme SwissDRG représente, depuis le 18 janvier 2008, date de sa création, l'organisation visée à l'art. 49, al. 2, LAMal. Selon ses statuts, le champ d'activités de cette organisation s'étend non seulement au domaine des soins somatiques aigus à l'hôpital, mais également aux domaines de la psychiatrie, de la réadaptation et des maisons de naissance. Le développement d'un système de rémunération lié aux prestations basé sur un système de classification des patients de type DRG (Diagnosis Related Groups) représente une voie possible pour répondre aux exigences de la loi. Selon les domaines concernés, en particulier pour les cas relevant de la psychiatrie ou de la réadaptation, le développement et la mise en œuvre d'autres systèmes sont imaginables, à condition toutefois que l'exigence du lien entre la rémunération et la prestation soit également respectée.

3.2 Rôle des différents acteurs

Au nombre des actionnaires de SwissDRG SA figurent aussi bien des représentants des cantons (CDS), des assureurs (santésuisse) que des fournisseurs de prestations (H+ Les hôpitaux de Suisse, FMH). Par le biais de leur fédération respective, aussi

bien les hôpitaux que les médecins sont représentés au sein de SwissDRG SA. A ce sujet, il convient cependant de préciser que dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, seuls les hôpitaux et les maisons de naissance, respectivement leur fédération, sont reconnus, à côté des assureurs-maladie, comme partenaires tarifaires selon la LAMal pour les domaines visés à l'art. 49, al. 1, LAMal. La responsabilité de soumettre pour approbation au Conseil fédéral les structures tarifaires uniformes élaborées par SwissDRG SA incombe d'ailleurs, conformément à l'art. 49, al. 2, LAMal, aux partenaires tarifaires précités. A l'heure actuelle, la question de savoir comment les maisons de naissance, respectivement leur association, pourront être représentées au sein de l'organisation est toutefois encore ouverte et doit être réglée entre les partenaires concernés au sein de SwissDRG SA.

S'agissant du rôle des cantons, qui ne sont pas reconnus en tant que partenaires tarifaires au sens de la LAMal (art. 46, al. 1), la loi prévoit uniquement leur participation, conjointement avec les partenaires tarifaires, à l'institution de l'organisation visée à l'art. 49, al. 2, LAMal, à savoir, dans le cas concret, SwissDRG SA.

En ce qui concerne le personnel soignant, l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) a participé en tant qu'observateur au projet SwissDRG d'avril 2004 à décembre 2007, date de la dissolution de l'Association SwissDRG. Depuis le début 2008, soit depuis la date de création de la société anonyme SwissDRG SA, l'ASI, qui ne dispose pas du statut d'actionnaire et n'est pas représentée au sein des organes décisionnels, continue cependant à entretenir des contacts et à coopérer avec cette organisation. Dans ce cadre, l'ASI, associée à l'Association Suisse des Directrices et Directeurs des Services Infirmiers (ASDSI), a publié en octobre 2009 un rapport présentant les premiers résultats d'une recherche sur la prise en compte des soins infirmiers dans le système SwissDRG. Le rapport de recherche donne des recommandations par rapport à la qualité des données, l'opérationnalisation de la charge en soins et l'intégration d'indicateurs de soins dans le système SwissDRG. Le développement d'un modèle visant à prendre en compte et à représenter les soins infirmiers de manière appropriée dans les DRG constitue la prochaine étape du projet mené par les associations représentant les intérêts du personnel soignant.

Les associations du domaine des soins ont déposé une pétition le 1^{er} décembre 2009 dans laquelle elles exigent des mesures d'accompagnement lors de l'introduction du financement hospitalier. Dans sa réponse du 4 décembre 2009, le chef du DFI a fait référence aux nombreuses mesures déjà prévues et s'est exprimé en défaveur d'une intervention supplémentaire de la part de la Confédération.

Le DFI et l'OFSP ne sont pas associés à l'élaboration de la structure tarifaire, cette tâche relevant en principe de la responsabilité des partenaires tarifaires. En raison de l'importance et de l'ampleur de la transformation du tarif, les partenaires tarifaires sont tenus de rendre compte régulièrement de la situation à l'OFSP.

3.3 Prise en compte du domaine des soins

Dans le cadre des travaux en cours relatifs à la structure tarifaire SwissDRG pour le domaine des soins somatiques aigus, la prise en compte appropriée, transparente et conforme aux règles applicables en économie d'entreprise des différentes composantes de coûts déterminantes pour l'élaboration de la structure tarifaire est l'affaire des partenaires tarifaires précités, respectivement de l'organisation SwissDRG SA. Le Conseil fédéral vérifie, dans le cadre de la procédure d'approbation, si la structure tarifaire est conforme aux exigences légales. L'exigence du lien avec la prestation dans les forfaits doit permettre d'améliorer la transparence, l'efficacité et la qualité.

La question de savoir avec quelle dotation en personnel médical et infirmier les prestations doivent être fournies et quelles priorités doivent être fixées en la matière relèvent avant tout des directions des hôpitaux.

4 Expériences dans d'autres pays

Le système des DRG existe de longue date dans certains pays européens. Dans les pays qui disposent d'un système de santé étatique, ce système a permis d'améliorer l'allocation des ressources aux différents hôpitaux, respectivement à leurs divisions. Toutefois, le budget que ces pays allouent aux hôpitaux est plus ou moins bloqué, de sorte que l'expérience que nous apportent ces pays ne peut pas être appliquée telle quelle à la Suisse.

Il existe des projets pilotes de systèmes de rémunération liés aux prestations dans les domaines de la réadaptation et de la psychiatrie, de même que dans le secteur ambulatoire. Toutefois, ces systèmes de rémunération ne sont pas appliqués à large échelle dans les domaines cités.

4.1 Allemagne

Dans le cadre de son projet de réforme de la santé 2000, le Bundesrat allemand a adopté le 22 décembre 1999 une réglementation prévoyant la rémunération par forfaits sur la base du système des DRG pour les traitements hospitaliers. Suite à cette réforme, les organismes autonomes (l'Associations faïtière des assureurs-maladie, l'Association des assureurs-maladie privés et la Société allemande des hôpitaux) ont été contraints, de par la loi, de développer pour l'Allemagne un système de DRG et de le mettre en œuvre. Le 10 mai 2001, l'Institut allemand pour la rémunération hospitalière (InEK GmbH) a été créé par les organismes autonomes en vue de la mise en œuvre, du développement et de la maintenance du système des DRG. L'InEK a développé un système de DRG propre à l'Allemagne (G-DRGs ou German DRGs), se fondant sur le système australien (ARDRG ou Australian refined DRG). Pour l'année 2003, les hôpitaux concernés étaient encore libres de passer au nouveau système de rémunération. Le système n'est devenu obligatoire qu'à compter du 1^{er} janvier 2004. La loi prévoyait une phase dite de convergence de 2005 à fin 2006 permettant une adaptation par étape du « taux de base » spécifique à chaque hôpital (*Basisfallwert*) au « taux de base » applicable à l'ensemble de chaque « Land ». En automne 2004, la phase de convergence a toutefois été prolongée jusqu'en 2009, et à nouveau prorogée, en 2008, jusqu'à 2010. Pour la suite, une convergence des différents « taux de base » appliqués dans les « Länder » vers un « taux de base » uniforme, respectivement une fixation dans le cadre d'un corridor déterminé, est prévue par étapes.

Le système sur lequel travaille actuellement SwissDRG SA pour la Suisse se base sur le système mis en place en Allemagne, qui se fonde lui-même sur le système australien. Le système allemand est conçu sur le modèle de la rémunération hospitalière liée aux prestations, à l'instar du système prévu pour notre pays. L'expérience allemande est donc particulièrement adaptée pour servir de modèle à la Suisse.

Bien que le concept de recherche concomitante soit inscrit dans la loi, aucun résultat correspondant n'a encore été rendu public. L'OFSP a mandaté un rapport d'experts en lien avec l'approbation de la structure tarifaire par le Conseil fédéral. Le rapport attendu doit se prononcer sur l'avancement du processus d'introduction de systèmes de type DRG et sur les différentes expériences tirées de leur mise en œuvre, ainsi

que sur les effets sur la politique de la santé et économiques qui en découlent (dans la mesure où il est possible de se déterminer sur ces éléments). Dans ce contexte, l'accent sera mis sur le système allemand. Les résultats devraient être disponibles au cours du premier trimestre 2010.

5 Expériences des cantons ayant déjà introduit le système DRG

5.1 Aperçu de la situation dans les cantons ayant introduit les DRG

En ce qui concerne les hôpitaux de soins aigus, seuls quelques rares cantons (Bâle-Ville, Bâle-Campagne, Lucerne, Soleure) connaissent encore, dans le domaine de la LAMal, un système axés principalement sur des forfaits journaliers. Les cantons de Berne, Genève, Neuchâtel, Nidwald, Obwald, Schwyz, Tessin, Uri, Valais, Vaud, Zoug utilisent déjà actuellement, pour certains depuis plusieurs années, un système de rémunération des hôpitaux basé sur un système de classification de type DRG, en l'occurrence le système APDRG (All Patients Diagnoses Related Groups). Dans le domaine de l'assurance-accidents, le système APDRG a déjà été introduit dans la majorité des cantons.

5.2 Expériences réalisées dans le canton de Vaud

En 2002, le canton de Vaud a introduit le système de classification APDRG. Les rapports ayant été publiés par la suite se sont limités à donner une définition exacte de la patientèle des hôpitaux. Il a été en outre examiné si, grâce aux données d'hospitalisation regroupées selon leur diagnostic, la compensation des risques entre assureurs pouvait être affinée, et l'on s'est interrogé sur les effets consécutifs à l'utilisation de ces données. Dans ce contexte, les travaux cités ci-dessous sont connus :

- Alberto Holly et al. ont publié en novembre 2003, dans le cadre du programme national de recherche 45 « Problèmes de l'Etat social » une étude intitulée « Compensation des risques fondée sur l'état de santé des assurés en Suisse : Une exploration utilisant l'information médicale fournie par une hospitalisation antérieure », qui porte sur l'utilisation de données récoltées par les hôpitaux appliquant le système des APDRG, en rapport avec la compensation des risques. Cette étude arrive à la conclusion que les données d'hospitalisation regroupées selon leur diagnostic provenant des établissements travaillant avec les APDRG, peuvent servir à affiner la compensation des risques entre les assureurs.
- Luc Schenker, chargé de cours à l'Institut d'Economie et Management de la Santé de l'Université de Lausanne, ancien directeur des finances du CHUV et Président de l'Association APDRG Suisse, a publié en 2005 une étude dans laquelle il a jeté un éclairage sur les effets de l'introduction des APDRG dans le canton de Vaud et la compensation des risques (« Financement des hôpitaux par APDRG et compensation des risques entre assureurs » [http://www.apdrqsuisse.ch/public/fr/compensation_des_risques_f.pdf]).

Bien que ces études se concentrent sur l'utilisation du système des APDRG en relation avec la compensation des risques entre les assureurs, elles permettent clairement de constater que les APDRG reproduisent de façon adéquate les prestations fournies dans les hôpitaux et correspondent bien mieux à la réalité des coûts que d'autres systèmes de rémunération, tels que le forfait journalier. Cette amélioration au niveau de la transparence remplit l'un des objectifs visés par l'introduction du sys-

tème des DRG.

5.3 Expériences des assureurs, l'exemple de Helsana

L'assureur-maladie Helsana s'est penché sur la question des effets d'une restructuration des tarifs et a fait les constatations suivantes dans une étude non-publiée, en langue allemande, sur les leçons à tirer du passage au système des APDRG, datée du 10 juillet 2009 :

- Le subventionnement croisé entre les cas d'hospitalisation diminue avec les APDRG. Il n'est pas possible de savoir d'avance, sur la base de considérations théoriques, quels sont les assureurs qui profitent de la situation, pour autant que ce soit le cas. Seule l'expérience permettra de répondre à cette question.
- Le passage au système de facturation par APDRG a un impact plus important sur les hôpitaux universitaires, et probablement aussi sur la prise en charge centralisée niveau 2, que sur les établissements des autres catégories.
- Il n'est pas possible de savoir si la structure tarifaire en place avant le changement de système aura un effet sur le passage aux APDRG.
- Le passage au système des APDRG engendre des prestations plus élevées pour les assureurs avec des collectifs de personnes plus âgées. En outre, tout dépend des catégories définies par l'OFS. L'écart par rapport à la branche diminue en particulier dans le cas du passage des hôpitaux universitaires au nouveau système. Les versements de la compensation des risques qui n'inclut que les critères âge et sexe n'ont toutefois pas été pris en compte dans ce calcul.
- Aucun changement n'a été observé sur la durée des séjours hospitaliers avec l'introduction des APDRG.
- La comparaison de la durée des séjours hospitaliers avec l'indice dit du case mix (ICM) laisse présager que les coûts pour les femmes entre 20 et 40 ans et les patients âgés de plus de 75 ans seront en moyenne inférieurs, après l'introduction des APDRG.

Sur la base de ce qui précède, le Conseil fédéral est d'avis que, globalement, la rémunération des hôpitaux par le biais de l'assurance obligatoire des soins est mieux adaptée aux risques après l'introduction des APDRG.

5.4 Projet de l'Observatoire suisse de la santé

En 2009, l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) a mis sur pied un projet intitulé « Typologie des structures tarifaires des hôpitaux de soins aigus de Suisse, 2001-2008 » visant à évaluer les effets de l'introduction des forfaits par cas sur le recours aux soins hospitaliers, en particulier sur la durée d'hospitalisation et les réhospitalisations, en tenant compte des cas de comorbidité.

En juin 2009, un mandat a été confié afin de relever les différentes structures tarifaires appliquées par les hôpitaux de soins aigus et d'établir une typologie des structures de facturation, dans le but de documenter les structures tarifaires appliquées à l'heure actuelle. Les personnes chargées du mandat avaient en particulier pour tâche de :

- Relever les structures tarifaires des hôpitaux de soins aigus entre 2001 et 2008.

- Réaliser une typologie des structures tarifaires des hôpitaux, en tenant compte des conventions intercantionales et des différentes formes d'assurance des patients.
- Publier les résultats sous la forme d'un chapitre d'un rapport de l'Obsan, et synthétiser les résultats sous la forme d'un tableau.
- Documenter les travaux et transférer le savoir-faire à l'Obsan.

Le mandat a été clos depuis. Les résultats qui en découlent sont intégrés aux analyses que mène l'Obsan. La fin du projet est prévue pour juillet 2010.

6 Conclusion

Le niveau actuel d'introduction des forfaits liés aux prestations et l'expérience qui en découle à la fin 2009 sont les suivants :

- Les partenaires tarifaires sont chargés d'élaborer la structure tarifaire. L'administration dépend de l'information que lui donnent les partenaires tarifaires, étant donné qu'elle ne participe pas elle-même aux travaux d'élaboration de la structure tarifaire, et n'exerce pas non plus de fonction d'observateur dans ce processus.
- Des délais supplémentaires ont dû être octroyés, car les documents soumis au Conseil fédéral début juillet 2009 étaient incomplets. En conséquence, l'examen par l'administration a pris du retard. Toutefois, on peut partir de l'idée que la procédure d'approbation pourra se dérouler de manière correcte malgré les retards enregistrés.
- La question de l'inclusion encore en suspens des coûts d'investissement a créé un certain état d'inquiétude. Celui-ci est tout à fait compréhensible au regard de la pression économique croissante.
- Réalité des coûts et transparence prennent de l'ampleur. En outre, les prestations des hôpitaux peuvent être comparées – ce qui n'était pas le cas lorsque la tarification n'était pas uniformisée –, et cette comparaison conduit à des chiffres pertinents. Selon l'éventail des prestations offertes par l'hôpital, les changements sont plus ou moins importants. La pression économique s'accroît. C'est à la direction de l'hôpital de gérer ces changements, et d'en répondre auprès du propriétaire de l'établissement.
- Aucune statistique permettant d'évaluer les effets sur les patients de l'introduction du système AP-DRG dans les cantons, n'est disponible. Les recherches menées sur ce point, ainsi que sur les répercussions de ce système sur le personnel hospitalier, ne sont pas publiques. Les études conduites dans le canton de Vaud et par Helsana montrent que la contribution des assureurs a tendance à augmenter pour certains groupes de patients, et à baisser pour d'autres.
- L'Obsan élabore les bases de travail qui permettront, par l'utilisation d'indicateurs, de suivre ultérieurement les effets de l'introduction à l'échelle nationale des forfaits liés aux prestations. En outre, l'OFSP a attribué un mandat pour la réalisation d'une étude conceptuelle et de faisabilité consacrée à l'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement des hôpitaux. Les actions initiées par certains acteurs de la santé concernant la recherche concomitante sur l'introduction des DRG, seront aussi prises en compte dans ce cadre, et placées dans un contexte global.