

T2A : EXPÉRIENCES EUROPÉENNES

« CONFERENCE ON EUROPEAN CASEMIX-BASED
HOSPITAL PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEMS »

Colloque co-organisé par
la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS)
et la Mission Tarification à l'activité

Jeudi 10 et vendredi 11 février 2005

**Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille
Salle Pierre Laroque**

Le Directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, Jean CASTEX, devait ouvrir ce colloque. En raison d'un agenda extrêmement chargé, il se trouve dans l'impossibilité de le faire et le regrette. Il a chargé Martine AOUSTIN d'accueillir en son nom les participants et de lancer les travaux de ces deux journées.

INTRODUCTION AUX DEBATS

Martine AOUSTIN

Directeur Opérationnel de la Mission Tarification à l'Activité

Il appartient aux administrations de santé et aux institutions partenaires de décider de l'utilisation la plus performante des moyens qu'un pays est susceptible de mobiliser pour son système de santé. Elles rendent compte aux citoyens du bien-fondé de cette utilisation.

Un système tarifaire est un élément capital de l'allocation des ressources. C'est un outil au service de la gouvernance, mais aussi de la gestion d'un réseau d'offre.

Depuis 2003, la France s'est résolument engagée dans la mise en place de la réforme de son système d'allocation de ressources hospitalières, la Tarification à l'Activité (T2A). Considérée comme un aspect essentiel de la modernisation de l'offre hospitalière, celle-ci vise à rendre plus rationnel, plus équitable et plus transparent le mode de financement des hôpitaux publics et privés. Elle doit permettre de faciliter l'allocation des ressources, la régulation des dépenses de santé, et améliorer la coopération entre les établissements. Quatre grands objectifs lui ont été fixés :

- une plus grande médicalisation de la mise en œuvre du financement ;
- une meilleure équité de traitement des établissements ;
- une plus grande responsabilisation des acteurs ;
- un développement des outils de pilotage médico-économiques (contrôle de gestion).

Depuis deux ans, la Mission Tarification à l'Activité et les services de la DHOS, soutenus activement par l'ensemble des acteurs du système hospitalier français, n'ont pas ménagé leurs efforts pour assurer une mise en œuvre efficace et rapide de la T2A. Aujourd'hui, elle est devenue une réalité.

Dans le secteur public, une première phase transitoire a consisté, en 2004, à ajuster les budgets des établissements en tenant compte de leur activité mesurée par le PMSI. En 2005, une nouvelle mesure budgétaire entérinera la mise en place du nouveau système. Le secteur privé commercial a connu, en 2004, une phase de tests de facturation basés sur des cas d'hospitalisation réels. Des comités régionaux, sous la responsabilité des ARH et en collaboration avec l'Assurance Maladie et les fédérations d'établissements privés, ont supervisé ces tests. Le 1er mars 2005, la mise en place de la réforme devrait être effective.

L'évaluation des impacts et les ajustements nécessaires ont amené le Ministre à mettre en place deux structures. Le Comité d'Evaluation de la mise en œuvre de la réforme des établissements de santé, sous la direction du Directeur de la Haute Autorité de la Santé, est chargé d'évaluer l'impact et les conséquences de la mise en œuvre de la réforme sur le système de santé (offre de soins, efficacité économique, accès aux soins). La Mission d'Audit et d'Accompagnement de la mise en œuvre de la réforme analyse les difficultés

rencontrées par les établissements de santé. Elle fait à la Mission T2A des propositions visant à favoriser, ajuster, moduler l'adaptation aux conditions nouvelles de financement.

Tous les pays qui ont constitué historiquement la Communauté Européenne (à quelques exceptions près) et un grand nombre de nouveaux entrants font, ou feront bientôt, appel au système de la T2A pour tout ou partie du financement de leurs hôpitaux. Leur expérience a été source d'enseignement pour la mise en place de la solution française. Afin d'appréhender encore mieux l'étendue des solutions adoptées, des détails à régler pour que la réforme prenne sa pleine mesure, il a paru essentiel de partager les réflexions et de prendre en compte l'expérience des pays voisins de la France. En effet, malgré de grandes différences entre les systèmes de santé, les systèmes de tarification à l'activité mis en place ici et là présentent d'importantes caractéristiques communes et tous les pays sont confrontés sensiblement aux mêmes problèmes, défis et interrogations que la France concernant :

- les modalités de construction des tarifs ;
- la prise en compte des charges particulières inégalement supportées par les hôpitaux ;
- les modalités de remboursement des dispositifs médicaux ou des médicaments coûteux ;
- les modalités de transition d'un système à l'autre ;
- les modalités de contrôle, de régulation et de planification hospitalière ;
- les changements induits des méthodes de gestion et des pratiques médicales au sein des établissements hospitaliers.

La Mission T2A a noué des contacts partout en Europe afin de recueillir des informations fruits de l'expérience de nos voisins et d'en tirer les leçons. Ce colloque a pour but de présenter à un grand nombre d'acteurs du secteur hospitalier, de la santé en général, certaines de ces expériences, relatées par des experts provenant d'Allemagne, du Royaume-Uni, de Suède, d'Italie, de Suisse, de Belgique, du Portugal. Un point sera également fait quant à la situation aux USA.

Ce colloque a deux objectifs majeurs : d'une part, apporter des éléments de réponse aux nombreuses questions que se posent les acteurs et les responsables du système hospitalier ; d'autre part, fournir des éléments de réflexion aux gestionnaires hospitaliers, aux praticiens des hôpitaux pour qui la réforme représente une profonde remise en cause de la manière d'administrer l'hôpital.

Pour atteindre ces objectifs, il a fallu faire des choix. En ce qui concerne les pays retenus, priorité a été donnée à ceux disposant d'un système de santé comparable au nôtre, d'un certain recul par rapport à la T2A, ou se trouvant à un stade similaire de transition vers un nouveau système. Plutôt que de broser à grands traits les caractéristiques de chaque système, au risque de rester dans les généralités, certains aspects particuliers et techniques seront privilégiés afin d'en tirer des leçons opérationnelles applicables au cas français. L'accent sera mis sur les avancées et les progrès, sans oublier les points d'achoppement et les difficultés. Les interventions laisseront une grande place à l'interactivité, tant lors des séances comme en tables rondes.

La Mission T2A souhaite que ces échanges apportent à tous les acteurs l'information qui pourrait manquer à leur réflexion ainsi qu'une mise en perspective indispensable à tous des problèmes posés.

RETOUR SUR L'EXPERIENCE AMERICAINE

Thomas D'AUNNO

Professeur de Management de la Santé et de Théorie des Organisations à l'INSEAD

Le système de santé américain repose, davantage que dans d'autres pays, sur des paiements privés. Cependant, les paiements publics représentaient 5.7MM\$ il y a de cela quelques années. Les financements gouvernementaux proviennent principalement de Medicare, un système d'assurance public introduit en 1966, le gouvernement fédéral américain ayant réalisé qu'un grand nombre de personnes âgées étaient dans l'incapacité de financer leurs soins hospitaliers. En conséquence, Medicare fut créé et est financé par une combinaison de cotisations des employeurs et des salariés. Les caractéristiques initiales du système encourageaient la dépense hospitalière puisque plus les hôpitaux dépensaient et plus leurs revenus augmentaient, et qu'il n'existait aucune incitation à la limitation des dépenses. En réponse à ceci, le Congrès américain a décidé la mise en place d'un nouveau système de contrôle des coûts. Le système de financement prospectif Medicare était né.

Les hôpitaux sont payés selon le diagnostic de chaque patient en particulier. Les patients sont classés dans 23 catégories majeures de diagnostic et environ 500 sous-catégories appelées « Diagnostic Related Groups » (DRG). La formule de tarification des hôpitaux calcule le montant moyen de ressources consommées pour le traitement du patient moyen pour chaque diagnostic particulier. Les moyennes sont recalculées chaque année et les tarifs ajustés. La formule prend également en compte la situation sociale et organisationnelle propre à chaque hôpital. Des ajustements sont réalisés selon que l'hôpital est ou n'est pas localisé dans une zone rurale ou urbaine, selon qu'il s'agit d'un hôpital universitaire ou général, etc.

Il existe de nombreuses façons d'apprécier dans quelle mesure le système a bien fonctionné. La durée moyenne de séjour a fortement décru pendant les quelques premières années qui ont suivi la réforme. Toutefois, une question intéressante a été soulevée : l'agence gouvernementale en charge du financement a-t-elle économisé de l'argent grâce à la réforme ? Une période de transition de quatre ans a été allouée aux hôpitaux pour leur permettre de réduire leurs coûts et de tirer parti de leur efficacité. Ceux-ci ont ainsi pu réaliser en moyenne environ 14% de taux de profit durant ces quatre premières années. Les hôpitaux ont pu conserver les excédents ainsi dégagés. Comme ils se sont avérés plus efficaces que quiconque eût imaginé, ils en ont donc été financièrement récompensés via des marges de profit confortables. En France, la question est de savoir si le gouvernement sera en mesure d'établir un niveau de paiement qui ne soit pas aussi généreux...

L'indice de casemix, c'est-à-dire la sévérité moyenne des patients traités suivant leur code diagnostic, a augmenté de 36% au fil de temps. Pourquoi les hôpitaux ont-ils soigné des patients plus sévèrement atteints que par le passé ? Cela signifie-t-il qu'ils ont mieux su tenir à l'écart de l'hôpital les patients les moins malades ? Cela signifie-t-il que les gestionnaires hospitaliers ont trouvé moyen pour rendre les patients plus malades afin d'en tirer davantage d'argent ? La question posant problème, le Congrès a voté une nouvelle loi appelée loi de neutralité budgétaire (« budget neutrality law »).

Les admissions en hospitalisation complète ont fortement diminué dans les quelques années ayant suivi la mise en place de la réforme. A l'inverse, l'hospitalisation ambulatoire a augmenté dans une forte proportion durant les dix premières années.

Quels ont été les résultats financiers des hôpitaux ? Les hôpitaux ruraux ont été les moins performants. Les hôpitaux urbains ont fait mieux, et les hôpitaux universitaires mieux encore. Les hôpitaux qui prenaient en charge un pourcentage élevé de patients pauvres ont également obtenu de bons résultats car ils ont été en mesure de faire du lobbying auprès du Congrès pour obtenir de meilleurs financements.

Concernant la qualité des soins, la plupart des nombreuses études qui ont été publiées sur le sujet sont hélas plutôt biaisées car elles utilisent le taux de mortalité comme indicateur de qualité, ce qui constitue une mesure grossière de la qualité des soins. Toutefois, quelques études plus sophistiquées tendent à montrer que la réforme n'a pas eu d'impact négatif.

PRESENTATION DU CAS ALLEMAND

Ferdinand RAU

*Directeur de la Division des Affaires Economiques Hospitalières
au Ministère Allemand de la Santé et de la Sécurité Sociale*

Présentation rapide du système de soins allemand

Le système de soins allemand est basé sur trois principes: solidarité, prestations en nature et auto-administration.

Tous les résidents en Allemagne ont droit d'accès à tous soins de santé quels que soient leur âge, leur genre ou leur revenu. Les services de santé sont principalement financés via le système d'assurance santé statutaire (SHI) financé par des cotisations assises sur les salaires de ses membres (le taux de cotisation avoisine actuellement 14.2%). L'adhésion est obligatoire pour les salariés dont le revenu brut n'excède pas 3900€ par mois. Le SHI couvre à peu près 90% de la population, tandis que 9% environ cotisent à des programmes d'assurance privés ou spécifiques (fonctionnaires et professions libérales). Le principe de prestations en nature ne s'applique qu'aux assurés du SHI.

Le concept d'auto-administration implique que tandis que le cadre de la mise en œuvre des DRG est établi par l'Etat fédéral, les corps auto-administrés sont impliqués dans la négociation des détails concernant le financement à l'activité. De façon générale, le gouvernement fédéral établit le cadre réglementaire du système de soins : les règles de fourniture des services sociaux et de leur financement sont régulées au niveau fédéral. Mais chacun des 16 Länder de la République Fédérale d'Allemagne est responsable de l'entretien des infrastructures hospitalières au moyen de plans hospitaliers.

Quelques indicateurs chiffrés relatifs au secteur hospitalier allemand ont été fournis. D'une part, le nombre de séjours a augmenté de 20% au cours des dix dernières années. D'autre part, le nombre de lits disponibles a diminué de 18% sur la même période. La durée moyenne de séjour a substantiellement décru pour atteindre 8 jours en 2003 pour les soins aigus.

Les objectifs et le cadre de la mise en œuvre des DRG en Allemagne

La mise en œuvre des DRG vise à :

- une plus grande transparence et efficience du secteur hospitalier ;
- améliorer la performance du système de remboursement ;
- une meilleure allocation des ressources financières ;
- une optimisation des structures opérationnelles et organisationnelles ;
- une réduction du taux de croissance de la dépense hospitalière dans le futur.

Comme indiqué plus haut, les corps auto-administrés sont responsables de la mise en œuvre et du développement du système DRG. Une institution qui incorpore la Fédération allemande des hôpitaux et les fonds d'assurance santé privés a été créée sous le nom d'Institut Allemand pour le Système de Tarification Hospitalier Prospectif (INEK, ou Institut DRG) et constitue le cœur de la structure organisationnelle. Il est intéressant de noter que, si les deux parties au projet ont des intérêts opposés, elles doivent cependant s'entendre sur chaque détail concernant le financement au casemix. En cas de conflit, le Ministère de la

Santé résoudrait le problème en réglant les détails sur lesquelles les deux parties sont incapables de parvenir à un accord. L'Institut DRG est financé par un prélèvement réglementaire de 85 cents par cas d'hospitalisation complète (sur lesquels il ne perçoit que 26 cents, la différence étant assignée aux hôpitaux impliqués dans le système). Il coopère étroitement avec l'Institut Allemand pour la Documentation et l'Information Médicale (DIMDI).

Il a été décidé d'adopter une approche innovante pour la mise en œuvre de la réforme : une introduction progressive qui peut être décrite comme une spirale d'apprentissage permettant aux acteurs impliqués d'ajuster la réglementation sur la base de l'expérience acquise. L'introduction du système de paiement basé sur les DRG devait nécessairement s'opérer graduellement. Le nouveau système a été testé en 2003 par les hôpitaux ayant volontairement opté pour une conversion précoce aux DRG. Depuis 2004, tous les hôpitaux généraux sont contraints par la loi de faire état de leur activité sous la forme de DRG (à l'exception des unités de psychiatrie et de médecine psychosomatique).

Quelles conclusions ont été tirées de l'expérience de 2003 ? Le nombre d'hôpitaux s'étant portés volontaires pour expérimenter le nouveau système a cru tout au long de l'année pour atteindre un total proche de 50% des hôpitaux généraux. Un grand nombre d'entre eux ont annoncé leur participation prochaine à la fin de l'année, lorsqu'il a été annoncé que les budgets des hôpitaux qui refuseraient de rejoindre volontairement le système seraient gelés. L'effectif a cru depuis pour atteindre un total de 1700 établissements (soit environ 92% de tous les hôpitaux facturant au DRG). Jusqu'à présent, les hôpitaux n'ont pas enregistré de pertes. Les structures organisationnelles et opérationnelles ont été optimisées. Les hôpitaux ont été en mesure de mettre en place des trajectoires de soins cliniques. La coopération entre les gestionnaires et les personnels médicaux s'est améliorée.

*Frank HEIMIG
Directeur de l'Institut Allemand pour
le Système de Tarification Hospitalier Prospectif (INEK)*

Qui dirige le système allemand de DRG (German-DRG ou D-DRG) ? Il n'est pas facile de répondre à une telle question. Le gouvernement fédéral est malin : la responsabilité de la mise en œuvre du nouveau système a été déléguée au corps auto-gérés si bien que, si le système échoue, le gouvernement fédéral ne pourra en être tenu responsable. Une leçon que tout gouvernement devrait retenir... L'Institut Allemand pour le Système de Tarification Hospitalier Prospectif (INEK), en tant qu'institution en charge de la mise en œuvre de la réforme, apparaît ainsi comme le bouc émissaire de l'autogestion...

L'Institut est la propriété des hôpitaux et des fonds d'assurance santé. Il a pour objet l'adaptation de la classification, le calcul des poids relatifs des DRG et la création des paiements additionnels. La tâche qui est assignée à cette institution est donc (heureusement) plutôt claire.

Le gouvernement allemand a décidé en 2000 que les corps auto-gérés devraient introduire un système de tarification par cas à taux fixe basé sur un système de classification des patients reconnu internationalement. Ces derniers ont opté pour la classification australienne appelée « Australian Refined DRG system 4.1 ». Un premier calcul du système de poids relatifs des DRG allemands a été opéré durant la première année de mise en œuvre. Un manuel de calcul a alors été publié. Un nouveau catalogue de DRG est publié chaque année. Le nombre de DRG a augmenté par rapport à celui de la version australienne initiale

pour atteindre 824 en 2004 et 878 en 2005, tandis que 71 prestations additionnelles sujettes à remboursement étaient incluses dans le système.

Comme il a déjà été dit, le nouveau système DRG appliqué aux hôpitaux a été introduit pas à pas. La règle de base applicable à la mise en place d'un tel système est de prendre en compte les erreurs faites l'année précédente – une approche qu'il vaut mieux adopter rapidement. Bien sûr, cela implique que vous admettiez commettre des erreurs, ce qui est plus facile à faire quand vous êtes une institution politiquement indépendante. Les problèmes rencontrés étant très similaires d'un pays à l'autre, cette conférence constitue pour les participants un moyen d'apprendre de nos expériences et problèmes respectifs afin de dresser nos propres objectifs pour l'avenir.

Au total, les données de 3 millions de cas provenant de 148 hôpitaux étaient disponibles pour les calculs. Les hôpitaux étaient dans l'obligation légale de fournir des données de mobilité et de performance (telles que l'âge, le sexe, le diagnostic, les procédures, la date d'admission) à l'Institut DRG.

Pour assurer le succès de la mise en œuvre de la réforme, les professionnels de santé doivent être impliqués dans le processus. Un élément clé est de créer un dialogue structuré. Il est fait appel aux sociétés médicales pour qu'elles soumettent des propositions à l'Institut DRG. Celui-ci a reçu au fil de l'année 2004 près de 1400 propositions individuelles relatives à la classification DRG, dont 35% ont été retenues et introduites dans le catalogue 2005 des DRG.

Des adaptations ont été apportées au système pour prendre en compte les charges additionnelles, cas extrêmes (« outliers ») et traitements multiples. Les hôpitaux ont ainsi négocié un remboursement de certains coûts additionnels sous certaines conditions. Le calcul de ces charges additionnelles a représenté une question politique majeure en Allemagne. L'Assurance Santé Statutaire y était clairement opposée. Au sein des remboursements de soins de santé, et particulièrement dans un système de paiement prospectif, on appelle « outliers » des patients dont la prise en charge requiert un séjour particulièrement long ou dont le séjour génère des coûts particulièrement élevés. Des changements de la base de remboursement pour les cas extrêmes hauts ont été discutés. S'agissant des traitements multiples, il convient de garder en mémoire le caractère unidimensionnel des DRG. Toutefois, un certain nombre de patients sont traités pour plus d'une maladie. Par conséquent, des DRG de traitement multiple ont été introduits dans le système de classification.

Il émerge de cette réforme des gagnants et des perdants. Les hôpitaux universitaires et les plus grands hôpitaux (ceux dont l'indice de casemix est supérieur à 1.3 et qui traitent donc les cas les plus sévères) ont bénéficié des changements imposés au système. Les plus petits hôpitaux ont enregistré certaines pertes.

Discussion avec la salle

Un participant fait observer que contrairement à la France les hôpitaux allemands sont pour la plupart gérés selon des critères propres aux établissements privés. Ainsi, les managers exercent un contrôle sur la production des soins. Il est à noter que les hôpitaux situés en Allemagne de l'Est ont récemment été privatisés.

Frank HEIMIG insiste sur le fait que les médecins sont devenus beaucoup plus conscients des facteurs économiques. Une nouvelle race de professionnels de santé a émergé: les directeurs médicaux et les contrôleurs médicaux. Beaucoup de médecins disposent d'une expertise allant au-delà de la médecine (un nombre croissant de médecins dispose d'un second diplôme en économie). Le système G-DRG n'a pas seulement promu la transparence, il a aussi apporté de nombreux changements dans la gestion et la structure financière des hôpitaux.

Thomas D'AUNNO ajoute que la situation américaine est très similaire à la situation allemande. De nombreux médecins et gestionnaires d'hôpitaux retournent à l'école pour se former et améliorer leurs compétences en gestion.

Une seconde question concerne le financement de l'innovation aux Etats-Unis.

Thomas D'AUNNO répond que les hôpitaux sont fortement encouragés à se montrer innovants. Les capacités technologiques ont été développées et mises en œuvre pour fournir des soins sur la base d'hospitalisations ambulatoires de courte durée. Beaucoup d'hôpitaux utilisent les profits dégagés grâce au système de financement pour développer leurs infrastructures (centres d'hospitalisation ambulatoire et de chirurgie de jour).

Un participant s'interroge sur les raisons qui ont conduit les autorités allemandes à s'inspirer du modèle de DRG Australien. Il se demande, par ailleurs, si la décision de procéder désormais à une allocation des ressources selon un mode prospectif ne relève pas non pas tant d'une volonté de réduire les coûts (dont chacun sait qu'ils sont en augmentation structurellement) mais vise plutôt à développer de nouvelles formes de financement.

Ferdinand RAU indique que l'Assurance Santé Statutaire avait une préférence pour le système AP-DRG américain. La préférence de l'Association Allemande des Hôpitaux allait à la classification française. Comme ils ne parvenaient pas à un consensus, les corps auto-administrés ont opté à la dernière minute pour la système australien AR-DRG. Cette décision a été rendue d'autant plus facile qu'en fait aucune des parties impliquées ne disposait d'une connaissance approfondie du système australien. Pour ce qui est de la seconde question, les autorités espèrent promouvoir avec l'introduction des DRG davantage d'efficacité et de transparence. Le montant total d'argent distribué n'a pas réellement changé.

Un participant note que l'introduction d'un système de tarification à l'activité permet d'améliorer les relations entre les praticiens et les managers. Il demande quels sont les changements qui ont effectivement permis, tant en Allemagne qu'aux Etats-Unis, de renforcer la collaboration entre les différents acteurs du système de santé.

Ferdinand RAU signale qu'en Allemagne les docteurs sont employés et rémunérés par les hôpitaux, ce qui facilite la coopération.

Thomas D'AUNNO énonce qu'aux Etats-Unis, la plupart des médecins ont une pratique libérale. Si cela rend leur coopération avec les managers plus difficile d'un certain côté, d'un autre côté le système de tarification au DRG n'a pas affecté leur revenu et ne constitue donc en aucune façon une source de conflit.

Guy DURANT rappelle que les réformes engagées font courir un risque de sélection des cas. Elles peuvent inciter les hôpitaux à rejeter les patients pour lesquels les risques de pertes financières sont trop importants.

Il semblerait, selon Thomas D'AUNNO, que de tels comportements aient pu être démontrés. L'hôpital universitaire de Chicago avait ainsi décidé qu'il n'admettrait plus de patient de traumatologie, la traumatologie étant vue comme une activité déficitaire. Une loi a dû être

votée dans de nombreux Etats pour empêcher les hôpitaux de rejeter certaines catégories de patients.

Marie-Christine CLOSON s'étonne que, contrairement à la Belgique, la mise en place aux Etats-Unis d'un système de remboursement à la pathologie n'ait pas entraîné une hausse du nombre d'admissions.

Brigitte DORMONT fait observer que le cas des pays européens diffère largement de celui des Etats-Unis. En effet, l'on assiste dans les pays européens à une transition d'un système de remboursement à l'acte selon un mode rétrospectif à un système de remboursement à l'acte dans une vision prospective. Or, ce système a toujours existé aux Etats-Unis, ce qui explique en partie le fait que le nombre d'admissions n'ait pas augmenté dans ce pays. La plupart des pays européens sont actuellement dans une phase intermédiaire, un budget global étant attribué aux hôpitaux pour l'ensemble des cas traités. Se pose aujourd'hui la question d'introduire un budget prospectif identique à celui des Etats-Unis. Risque-t-on d'assister à une dérive du nombre d'admission en Europe ? Brigitte DORMONT propose d'inverser la problématique. Les pays scandinaves ont introduit le paiement par pathologies pour encadrer les pénuries budgétaires. Le remboursement à l'acte permet de déverrouiller une contrainte quantitative tout en permettant aux hôpitaux de gagner en efficacité.

Une participante s'interroge quant aux montants qui ont été investis en Allemagne pour mettre en place l'Institut Allemand pour le Système de Tarification Hospitalier Prospectif. L'expérience est-elle globalement concluante ?

Frank HEIMIG signale que l'Institut DRG compte 25 personnes. Ses coûts sont estimés à 3.3M€ par an. L'Institut a été créé en 2001 mais il convient de garder en tête que les discussions relatives aux DRG ont débuté bien des années plus tôt. Aujourd'hui, le catalogue de DRG est tenu pour responsable de tous les problèmes qui surviennent mais il n'est guère à la source que de 25% d'entre eux. Beaucoup de temps a été perdu et des questions importantes (par exemple celle des paiements additionnels) n'ont pas été traitées de ce fait.

Ferdinand RAU rappelle que l'Institut se trouve aujourd'hui pris entre des intérêts opposés, et que son développement s'en trouve ralenti. Il devrait être autorisé à prendre toutes les décisions qu'il juge appropriées.

Un participant note que l'Institut dispose d'une base de donnée conséquente (alimentée par les informations fournies par plus de 148 établissements hospitaliers). Ces données sont-elles mises à la disposition des hôpitaux ou à tout autre institut qui souhaiterait réaliser des études sur le sujet ?

Frank HEIMIG indique que les données hospitalières individuelles ne sont pas disponibles pour des questions de confidentialité. Seuls les coûts moyens et leur distribution ainsi que le profil clinique de chaque DRG calculé sont publiés.

PRESENTATION DU CAS BELGE

Marie-Christine CLOSON

Professeur en Economie de la Santé à l'université Catholique de Louvain

Les nouvelles orientations du financement des hôpitaux en Belgique

Confrontée à une croissance importante de ses dépenses de santé, la Belgique (comme la plupart des autres pays européens) a introduit un ensemble de réformes visant à renforcer l'efficacité dans la production de soins de santé. Décision fut prise de remplacer l'ancien système de financement, basé sur le remboursement des actes réalisés, au profit d'un type de financement prospectif.

Le développement d'indicateurs de besoins et de performance

Il a été jugé nécessaire de développer des indicateurs de besoins et de performance tant au niveau de l'utilisation des ressources que de la qualité et des résultats des soins. L'encadrement des dépenses ne se fera plus de manière exclusivement comptable, mais s'appuiera sur une régulation médicale centrée sur le produit hospitalier. Or, la Belgique dispose de sources d'informations très détaillées pour évaluer les besoins et l'utilisation des ressources. Le RCM (Résumé Clinique Minimum) reprend l'ensemble des actes et des médicaments que le patient a reçu pendant son séjour hospitalier. Ces informations permettent de décrire la structure des pathologies traitées dans les établissements hospitaliers, les séjours étant réunis à l'aide du logiciel APR-DRG (All Patients Refined Diagnosis Related Groups) en groupes de patients homogènes d'un point de vue médical. L'objectif de cette banque de données exceptionnelle est de comparer, par pathologie dans tous les hôpitaux de Belgique, l'utilisation des ressources, de développer des outils d'évaluation de cette utilisation et de la qualité des soins. Ces données peuvent être utilisées par le Ministère de la Santé Publique (afin de répartir équitablement les ressources entre les différents hôpitaux), mais également par les gestionnaires d'établissements et les médecins afin d'évaluer leur performance.

Les risques liés au système de tarification à la pathologie

Chacun sait que la mise en place d'un système de tarification à la pathologie vise à renforcer l'efficacité dans la prise en charge des patients compte tenu de leurs maladies. De nombreux risques toutefois se font jour, parmi lesquels :

- la sélection directe ou indirecte des patients ;
- la baisse de la qualité des soins ;
- la croissance du nombre d'admissions ;
- le déplacement des dépenses (de l'inpatient à l'outpatient).

Pour éliminer le risque de sélection, il est nécessaire d'évaluer les facteurs qui ont un impact positif sur les dépenses. Les hôpitaux doivent également développer des systèmes de contrôle et de gestion (comptabilité analytique et benchmarking) qui leur permettent d'évaluer leur efficacité. Il est par ailleurs nécessaire, pour contrecarrer des effets pervers, de prévoir un suivi des réformes.

La variabilité au sein des APR-DRG

Les APR-DRG expliquent un pourcentage important de la variance des dépenses par patient. Il subsiste toutefois une importante variabilité au sein de certains APR-DRG. Les études mettent en évidence de grands écarts d'utilisation entre les différents établissements. Certains hôpitaux consomment trois fois plus de ressources que d'autres et cela pour soigner une même pathologie. Quelles pourraient être les causes de ces variations :

- un différentiel d'efficience ?
- une prise en compte insuffisante de certains facteurs ayant un impact sur la consommation des ressources (âge, sévérité, spécialisation de l'hôpital et facteurs sociaux) - car ce sont ces facteurs qui accroissent le risque de sélection ?
- des différences dans les pratiques médicales (la médecine n'étant pas une science standardisée) ? Dans ce cas, les hôpitaux doivent confronter entre eux leurs pratiques afin d'adopter celles qui aboutissent aux meilleurs résultats.

Il est donc primordial de mettre en place des solutions adéquates compte tenu de ces différentes sources de variations, tant au niveau de la tutelle que de la gestion des hôpitaux. Il est également nécessaire d'évaluer le degré de précision du budget estimé. Ainsi, s'il est aisé d'établir le budget prévisionnel d'une maternité, il est plus difficile d'évaluer avec précision le budget d'une structure plus petite spécialisée dans le traitement des cancers du fait de la variance importante des coûts des pathologies traitées. De surcroît, si la précision peut s'avérer assez fine au niveau du budget global d'un hôpital, elle est souvent faible lorsqu'on considère les types de services ou de pathologies.

Dans l'ancien système de financement à l'acte, les risques étaient supportés par les financeurs. Avec le système de financement en fonction des pathologies, ce risque est transféré aux hôpitaux. La question qui se pose est celle de savoir comment minimiser les risques de sélection et de baisse de la qualité des soins. Les études ont montré que la solution consiste à instaurer un partage des risques entre les financeurs et les hôpitaux.

Analyses de diverses réformes en Belgique

Le système belge est quelque peu « hybride ». Le financement des soins hospitaliers se divise en effet en deux parties. D'une part les actes médicaux et les médicaments payés à l'acte et de l'autre, les journées d'hospitalisation (couvrant les soins infirmiers et l'hôtellerie) remboursées selon un prix de journée fixé par le Ministère de la Santé Publique. Différentes réformes ont été engagées :

- le financement prospectif des journées d'hospitalisation en fonction des pathologies ;
- le financement des dépenses pharmaceutiques en fonction des pathologies ;
- le développement d'outils d'évaluation de l'efficience et de la qualité des soins.

Le financement prospectif des journées d'hospitalisation en fonction des pathologies

Les hôpitaux qui ont, compte tenu de la structure des pathologies, de l'âge et du facteur gériatrique, connaissent une durée de séjour moyenne supérieure à celle observée sur l'échantillon de l'ensemble des patients belges, ont vu leur budget «prix de journée» diminuer au regard des hôpitaux à durée de séjour inférieure. De surcroît, le budget «prix de journée» augmente ou diminue si l'hôpital a un pourcentage d'hospitalisation de jour supérieur ou inférieur à la moyenne nationale compte tenu du type d'intervention pratiqué. Cette réforme a eu pour conséquence de diminuer la durée moyenne de séjour. Elle s'est également accompagnée d'une hausse importante des admissions (contrairement aux Etats-Unis) liée à la sévérité des cas. Cette réforme a provoqué certains effets pervers, car elle ne prend pas en compte les facteurs sociaux, lesquels ont un impact important sur la durée de

séjour. En effet, les patients socialement défavorisés sont réputés bénéficier d'une durée moyenne de séjour supérieur à la moyenne. Plus généralement, des facteurs comme le taux d'isolement, la qualité des logements ou le niveau des revenus ont une influence sur la durée de séjour. Les hôpitaux qui concentrent le plus de cas socialement défavorisés sont pénalisés. Là réside l'injustice de ce type de système. Certains établissements peuvent se permettre de sélectionner les patients, d'autres peuvent se spécialiser uniquement dans les pathologies rentables (fermeture des services de gériatrie). Une réforme qui ne prendrait pas en compte ces facteurs provoquerait indéniablement des transferts de financement injustifiés entre hôpitaux. C'est pour cette raison que le Ministère a proposé d'intégrer (à partir de 2006) l'impact des facteurs sociaux dans le financement des journées d'hospitalisation.

Le financement des dépenses pharmaceutiques en fonction des pathologies

Il a été proposé dans un premier temps de forfaitiser l'antibioprophylaxie sur la base de guides de bonnes pratiques. Des propositions ont été formulées pour l'ensemble des médicaments. Il a été mis en évidence d'énormes écarts entre établissements quant à leur consommation. Une liste de médicaments (médicaments rares et coûteux), qu'il convenait de maintenir en dehors des budgets, a été établie. Un financement spécifique pour les outliers a également été prévu. En effet, les 5% des séjours « outliers » expliquent 17% de la consommation en médicaments. Des budgets spécifiques ont aussi été élaborés pour prendre en compte les nouveaux médicaments.

Le développement d'outils d'évaluation de l'efficience et de la qualité des soins

Les hôpitaux se doivent de développer une véritable comptabilité analytique et de se doter d'outils spécifiques. Les hôpitaux disposent aujourd'hui de trois types de logiciels qui leur permettent d'analyser les écarts, par pathologie traitée, entre les dépenses et les budgets alloués. Marie-Christine CLOSON présente un logiciel qui calcule les écarts entre les différents établissements en matière de consommation de médicaments. Il est désormais possible de s'assurer que les éventuelles surconsommations sont liées à une politique globale de l'établissement (la consommation de l'ensemble des patients est alors systématiquement supérieure à la moyenne) ou si elles sont le fait de cas exceptionnels. Cet outil permet également une évaluation qualitative des pratiques, au travers d'une démarche de benchmarking.

En guise de conclusion, il faut rappeler que l'objectif premier des réformes doit d'être le maintien de la qualité des soins. Les outils décrits précédemment (APR-DRG) permettent d'accroître la transparence. Ils doivent toutefois être utilisés intelligemment. Si la forfaitisation améliore l'efficience, il n'en demeure pas moins indispensable de prendre en compte l'ensemble des critères ayant un impact sur l'utilisation des ressources (les facteurs sociaux) afin d'éviter l'instauration d'une médecine à deux vitesses.

Discussion avec la salle

Jean François NOURY, ATIH, porte un intérêt tout particulier à la question des facteurs sociaux. Il tient à faire observer qu'il est extrêmement difficile en France d'obtenir, de la part des médecins, un codage des conditions de précarité.

Marie-Christine CLOSON précise qu'il n'est pas demandé aux patients de décliner leurs conditions sociales. En fait, il est assez facile de caractériser les hôpitaux qui accueillent le

plus de patients socialement défavorisés. Ces informations sont obtenues, de façon anonyme, auprès des mutuelles. En effet, les cotisations sont évaluées en fonction des revenus. Ces informations sont indispensables, car ce sont ces patients qui courent davantage le risque d'être écartés du système hospitalier.

Un participant souhaite connaître le rythme de modification du système de classification utilisé en Belgique.

Marie-Christine CLOSON explique que la Belgique a adopté (et adapté), faute de moyens, la classification américaine. Il n'existe toujours pas, à ce jour, de système de classification européen.

Le débat s'engage autour de la question des outliers. Les définitions varient d'un pays à l'autre. Marie-Christine CLOSON rappelle que de nombreuses études ont été publiées sur le sujet. La question qui se pose est de pouvoir identifier les outliers et d'en déterminer les causes : s'agit-il d'inefficience ? Là réside toute la difficulté. Quoi qu'il en soit, les hôpitaux doivent être rémunérés en conséquence. Si un établissement affiche un pourcentage d'outliers anormal, il est toujours possible d'étudier de manière plus approfondie le phénomène sur le terrain. Il ne faut pas oublier que chaque patient est unique. Or, il n'est pas toujours souhaitable de prendre en compte la spécificité des cas, au risque de revenir à un système de financement à l'acte.

Frédéric BOUSQUET, Haute Autorité de Santé, insiste sur la nécessité de mettre en place une politique de qualité des soins. La Belgique a-t-elle mis en place une telle politique ? Quels sont les outils de mesure de la performance des établissements qui ont été développés à cet effet ?

Marie-Christine CLOSON est persuadée qu'à partir du moment où les hôpitaux sont contraints d'améliorer leur efficience, des moyens substantiels doivent être débloqués pour valoriser la qualité des soins. Les deux politiques doivent être menées de front. Il s'agit là encore d'un vœu.

Un participant s'interroge quant au financement de la recherche en Belgique.

Marie-Christine CLOSON indique que les hôpitaux universitaires bénéficient d'une enveloppe budgétaire spécifique. Ce financement s'élève à 7% du budget global des hôpitaux.

De nombreux outils ont été développés en Belgique. Un participant souhaite savoir quel est le retour des hôpitaux sur ces outils. S'en servent-ils ?

Marie-Christine CLOSON fait remarquer que les hôpitaux se servent uniquement de ce qui leur est utile. Une fois les budgets établis en fonction de la durée de séjour, les établissements n'ont pas hésité à utiliser l'ensemble des systèmes d'informations qui étaient disponibles. Un hôpital a besoin d'outils de pilotage. Or ceux-ci doivent être utilisés intelligemment. Un gestionnaire n'a aucun intérêt à concentrer ses efforts sur un APR-DRG qui concerne un nombre limité de patients. S'il doit engager des actions, c'est prioritairement au niveau des APR-DRG qui intègrent un grand nombre de patients ou de dépenses.

Un participant s'interroge quant à la mise en place d'une politique de contrôle de la qualité du codage.

Marie-Christine CLOSON précise que des experts ont été nommés par le Ministère de la Santé Publique. Ils effectuent des audits, aléatoirement, sur le terrain. Les moyens déployés n'en demeurent pas moins insuffisants en la matière.

PRESENTATION DU CAS BRITANNIQUE

Bob DREDGE

*Ancien Directeur du Projet « Payment by Results »
au Ministère de la Santé britannique*

La dépense total du Service de Santé britannique (« National Health Service » ou NHS) s'élève à quelques 64 milliards de Livres. Le gouvernement s'est engagé à un accroissement de 7.3% en termes réels de la dépense de santé en 2004. Cette augmentation sera principalement financée par la taxation directe. Ainsi qu'il l'a été expliqué au public Britannique, des impôts plus élevés permettront d'atteindre un meilleur niveau de soins. Le NHS emploie environ un million de personne (ce qui en fait le second employeur au monde après l'armée chinoise...) et ses effectifs croissent à un rythme soutenu de 50 000 personnes par an. La Grande-Bretagne est devenue massivement importatrice de professionnels de santé d'Europe et du reste du monde. Le nombre de lits de soins aigus est de 140 000, le taux d'occupation des lits étant supérieur à 90%.

La réforme en cours du NHS, commissionnée par le Trésor (et non, de manière étonnante, par le Ministère de la Santé), est sans précédent. Elle est introduite en des temps de forte augmentation des coûts. Le nouveau système est donc perçu comme un instrument d'encadrement des coûts, mais c'est plutôt le contraire. L'une des lignes directrices du nouveau système consiste dans la dévolution de davantage de pouvoirs et de responsabilités aux hôpitaux. Il offre également au NHS la possibilité d'évoluer de la position de fournisseur monopolistique de services de santé vers une plus grande diversité de tâches. Le gouvernement souhaite ouvrir le marché et encourage activement le secteur non-public. Le système de soins restera financé par la taxation directe mais sans considération de qui fournit le service. La réforme promet aussi un choix plus large pour les patients, les contribuables étant habilités à réagir de la même manière que tout consommateur privé.

Le nouveau système de financement est basé sur le paiement aux résultats (« Payment by Results »). Ses objectifs en sont :

- faciliter le choix du patient ;
- promouvoir une distribution équitable des ressources financières ;
- récompenser l'efficacité, accroître la transparence et la régularité ;
- soutenir une planification et une distribution des soins efficaces.

Avec le paiement aux résultats, les fournisseurs de soins seront payés pour le travail qu'ils réalisent effectivement. Ceci est très similaire en principe au système prospectif basé sur les tarifs utilisé aux Etats-Unis depuis 1983. Un tarif standard sera établi par le Ministère de la Santé pour chaque HRG (la version britannique des DRG). Les politiciens pensent que la compétition par les prix est un problème mais feront tout pour l'éviter. Les tarifs seront révisés chaque année pour prendre en compte les résultats futurs. Le financement aux résultats est clairement prévu pour inciter les Trusts à gérer leurs coûts. L'objectif n'est à l'évidence pas d'évoluer vers un système de remboursement basé sur le coût par cas. Des autorisations portant sur les coûts et les volumes seront développées, des niveaux d'activité planifiés étant convenus entre fournisseurs de soins et autorités. Ces accords permettront un partage des risques.

La mise en œuvre du paiement aux résultats s'opérera en trois étapes :

- 2003-2005 : les tarifs sont introduits de manière limitée en utilisant de manière croissante les autorisation coût-volume pour 15 HRG en 2003 et 48 HRG en 2004 ;
- 2005-2008 : la proportion des dépenses couvertes par le paiement aux résultats atteindre environ 30% des revenus hospitaliers en 2005 et 60% en 2006 ;
- à partir de 2008 : un déploiement national de la tarification par HRG sera opéré pour pratiquement toute l'activité hospitalière.

Six questions clé ont été identifiées. La première est la structure tarifaire. Un débat doit évoqué qui porte sur la question de savoir si les tarifs pour les activités électives et non-électives doivent être combinés ou séparés. En moyenne, l'activité élective est 10% plus coûteuse que l'activité non élective pour un même HRG.

En ce qui concerne la mesure de l'activité, un passage aux périodes d'Episodes de soins consultatifs (« Finished Consultative Episode » ou FCE) est prévu. Un patient peut générer un nombre élevé de FCE et induire par conséquent une inflation comptable. Dans le nouveau système, chaque période de soins constituera un élément de l'épisode complet de soins subi par le patient pendant son séjour à l'hôpital.

Le champ que doivent couvrir les tarifs constitue un autre enjeu clé. L'intention est d'appliquer les tarifs à l'essentiel des activités couvertes par les accords coûts-volume des trusts et des autorités. Bien entendu, certaines activités seront exclues du système comme les spécialités rares (transplantations d'organes multiples, grands brûlés, etc.), les pratiques médicales pour lesquelles la classification HRG n'est pas à jour et les activités pour lesquels les données de coût ne sont pas disponibles. La santé mentale, les soins communautaires, la chimiothérapie seront probablement exclus. Les médicaments très coûteux seront remboursés en sus du tarif. Les dispositifs très coûteux et les prothèses seront également exclus.

Un tarif pour la prise en charge ambulatoire sera développé et utilisé pour la conduite de certaines politiques ou la réalisation de certains objectifs. Les visites initiales de patients semblent plus coûteuses en ressources que les visites de suivi. L'objectif du Ministère de la Santé est d'éviter les visites de suivi inutiles. Le tarif pour la première consultation sera en conséquence surpondéré d'un facteur de l'ordre de 20% et les visites suivantes seront de la sorte volontairement sous-payées.

Certains problèmes ont été rencontrés s'agissant de recherche et développement. Les hôpitaux reçoivent un paiement supplémentaire (5MM£ par an). Il existe un problème lié au fait que l'on soupçonne les hôpitaux universitaires d'opérer des subventions croisées entre leurs activités de soins (qui devraient être couvertes par les tarifs HRG seulement) et leurs activités de recherche et enseignement.

Les modalités de la transition constituent également un enjeu clé. Les hôpitaux évoluent d'un système de remboursement des coûts à un système dans lequel ils seront payés, en 2008, suivant un tarif national. Pour minimiser toute instabilité potentielle des organisations du NHS, une période de transition de 4 ans a été suggérée. L'évolution vers les tarifs devrait intervenir en 4 étapes et les gains d'efficacité maximaux attendus sur la période sont de l'ordre de 8%. Des propositions individualisées seront faites aux établissements qui n'auront pas réussi à atteindre cet objectif. Les disparités géographiques de coûts devront être prises en compte.

Il y a déjà de nombreuses leçons à retirer de la réforme du paiement aux résultats. Bien sûr, des ressources techniques adéquates doivent être développées. Des règles claires doivent être établies. Il faut garder en mémoire que les accords contractuels sont insuffisants : le système apparaît d'autant plus fort que des milliers d'intérêts déterminés y sont mêlés.

Discussion avec la salle

Un participant demande davantage d'informations sur le système de classification des patients britannique.

Bob DREDGE estime que le système de classification des patients britannique est au mieux « supportable ». Les informations démographiques et médicales de base sont collectées. Mais il n'a jusqu'à présent été fait qu'une utilisation réduite de cette information par les gestionnaires. Les hôpitaux investissent aujourd'hui non dans de nouveaux systèmes puisque ceux-ci existent déjà mais afin d'améliorer l'utilisation qui en est faite. Des améliorations devraient être apportées tant au codage qu'à la comptabilité hospitalière. Les hôpitaux ne disposent d'aucun système adéquat d'affectation individuelle des coûts par patient car ils n'en avaient jusqu'à présent pas besoin. Des règles rigoureuses ont été diffusées s'agissant de la collecte des données de coûts de référence. Ces règles ne sont pas imposées. Des standards d'affectation des coûts et des audits de ces standards seront mandatés.

Thomas D'AUNNO a l'impression que le Royaume-Uni développe en ce moment le programme de systèmes d'information médicale le plus important au monde. Des milliards de Livres vont être dépensées pour développer et mettre en place de nouveaux systèmes d'information. Le problème est de savoir dans quelle mesure ces nouveaux systèmes seront perturbants à un moment où les gestionnaires auront besoin d'une information plus abondante et de meilleure qualité afin de s'adapter au nouveau système de financement.

Bob DREDGE indique que 6.2MM£ seront dépensés pour construire un système d'information intégré au NHS. Ce programme perturbera-t-il le système britannique ? Beaucoup de changements s'opèrent en ce moment, effectivement. Certains fonctionneront parce qu'ils sont bons, d'autres fonctionneront parce que les gestionnaires et médecins pensent qu'ils sont bons. Le système traverse tant de changements radicaux qu'il sera impossible de distinguer les causes d'échec ou de succès. Le Ministère de la Santé a été critiqué car beaucoup pensent qu'il essaie de trop faire à la fois.

Jean-Marie RODRIGUES remarque que beaucoup d'activités seront exclues de la classification HRG. Ces activités seront-elles réintroduites dans un futur proche ? Sont-elles exclues temporairement ?

Bob DREDGE répond que la plupart de ces activités seront incluses, en temps voulu, dans la nouvelle classification HRG. Toutefois, il existera toujours une liste évolutive d'exclusions.

Un participant rappelle que beaucoup d'efforts ont été faits pour mesurer la performance hospitalière via des indicateurs de qualité. Dans sa présentation, Bob DREDGE n'a pas fait mention de liens possibles entre les questions de mesure de la qualité dans le cadre du système de paiement aux résultats.

Bob DREDGE indique que certains indicateurs de qualité et de résultats plutôt frustes ont été développés mais qu'il reste encore beaucoup à faire.

Un participant rappelle que le système allemand a été développé sur la base d'un dialogue structuré continu des diverses parties prenantes. Le Royaume-Uni ne semble pas avoir la même approche.

Bob DREDGE répond que si un dialogue structuré n'a pas encore été mis au point, le Ministère de la Santé souhaite mettre en place quelque chose d'approchant afin de donner à d'autres acteurs la possibilité d'influencer la définition des HRG.

TABLE RONDE DES TECHNICIENS

Jean-Marie RODRIGUES

*Professeur d'Economie de la Santé et d'information Médicale
à l'Université Jean Monnet de Saint Etienne*

Ferdinand RAU

*Directeur de la Division des Affaires Economiques Hospitalières
au Ministère Allemand de la santé et de la Sécurité Sociale*

Marie-Christine CLOSON

Professeur en Economie de la Santé à l'université Catholique de Louvain

Bob DREDGE

*Ancien Directeur du Projet Payment by Results
au Ministère de la Santé britannique*

Paolo TEDESCHI

Professeur à l'Université de Bocconi

Céu MATEUS

*Professeur à l'Ecole Nationale de la Santé Publique de Lisbonne
et Présidente de l'Association Internationale des Systèmes de Classification des Patients*

Hervé GUILLAIN

Médecin associé à la Direction des Finances du CHU de Lausanne

Rikard LINDKVIST

*Directeur du Département du Casemix
au Ministère de la Santé et de la Protection Sociale Suédoise*

Frank HEIMIG

*Directeur de l'Institut Allemand
pour le Système de Tarification Hospitalier Prospectif (INEK)*

Les débats qui animeront cette première table ronde s'articuleront autour de trois thèmes : les outils (le système de classification), les expériences et les projets.

Les systèmes de classification

Jean-Marie RODRIGUES fait remarquer que les pays européens ont opté pour des stratégies différentes. Si certains ont « copié » le système américain en l'adaptant peu ou prou à leur contexte national, d'autres ont développé un système spécifique.

Céu MATEUS rappelle que le système de DRG américain a été introduit au Portugal en 1984. Les noms des DRG ont été traduits en portugais, mais le logiciel utilisé est américain. Il avait été entendu à l'époque que le développement d'un système spécifique serait par trop onéreux. Certains hôpitaux regrettent ce choix, partant du principe que le logiciel utilisé n'est pas représentatif des cas portugais. Céu MATEUS demeure persuadée, au regard des résultats obtenus, que la solution choisie était judicieuse.

L'Italie, comme l'indique Paolo TEDESCHI, a également porté son choix sur le système américain. La décision fut prise dans l'urgence, l'objectif des autorités politiques étant de provoquer une onde de choc sur le système de santé italien. Force est de constater que ce choix était le seul possible, le système de comptabilité analytique des hôpitaux étant à un stade de développement encore trop peu avancé. Toutefois, les médecins ont quelque peu « mal digéré » le fait que le gouvernement leur impose un système de classement américain, certains craignant qu'il ne soit pas représentatif de la réalité clinique au sein des hôpitaux italiens.

Marie-Christine CLOSON tient à préciser que quel que soit le système adopté, les décideurs n'échapperont pas aux critiques du monde médical. On peut toutefois regretter qu'un système n'ait pas été développé au niveau européen.

Hervé GUILLAIN rappelle que, concernant la Suisse, les premières discussions ont porté sur le choix d'une classification en matière de diagnostics et d'interventions. En 1998, la classification CIM-10 a été adoptée (diagnostics). S'agissant des interventions, le choix s'est porté sur la classification américaine ICD-9-CM (volume 3).

Rikard LINDKVIST rappelle qu'a été créé un système de classification propre aux pays nordiques appelé NordDRG, qui concerne la Suède, la Finlande, la Norvège, l'Islande et le Danemark. La première version de ce système était basé sur le groupeur de la société 3M. Les pays qui utilisent le logiciel américain ont rencontré de nombreux problèmes, le principal résidant dans l'utilisation de tables de conversion pour la traduction de la classification ICD-9-CM. La première version du groupeur NordDRG a été mise en place en 1996. Le nouveau système dérive de la même logique que la classification HCFA-DRG version 12.0. Le système de casemix visait à faciliter la collaboration entre les pays nordiques, mais également à permettre les comparaisons statistiques en matière de services de santé. Lors de l'élaboration d'un tel projet, il convient de garder en tête que son succès repose sur sa capacité à développer un « dialogue structuré ». Les discussions sont ouvertes et les professionnels de santé peuvent facilement contacter le département du casemix. Quelques soient leurs suggestions, toutes sont bienvenues, et le système est amendé pour les prendre en compte lorsqu'elles sont jugées pertinentes. Pour créer un tel système, la seule possibilité est de se reposer sur l'expertise, que celle-ci soit médicale, économique ou technique. Son développement repose sur les individus.

Frank HEIMIG signale que l'Allemagne n'avait pas d'autre choix que de développer son propre système. Les autorités ont en fait promis aux professionnels de santé qu'ils adopteraient un système adapté aux spécificités allemandes. Ils ont opté pour le système australien des « Australian Refined DRG » principalement pour des raisons financières. Un premier calcul du système de poids relatifs des G-DRG a été conduit durant la première année de mise en œuvre à l'issue duquel un tiers des DRG australiens a été abandonné tandis qu'un second tiers subissait des modifications.

Ferdinand RAU ajoute que copier un système permet aux développeurs de consacrer davantage de temps à la construction des infrastructures nécessaires à l'adaptation du système au contexte local. Par ailleurs, il convient de rappeler que, pour réussir, le système doit rencontrer un haut niveau d'adhésion auprès de ses utilisateurs. L'adaptation du système est, partant, indispensable.

Bob DREDGE rappelle que l'utilisation des systèmes de casemix n'a jamais été mandatée par le Ministère de la Santé britannique. La décision de développer un système de classification national a été influencée par le fait que les pratiques cliniques diffèrent fortement selon les pays, particulièrement en ce qui concerne le Royaume-Uni par rapport aux Etats-Unis. La question était totalement politique. La décision du gouvernement conservateur d'évoluer vers un NHS relevant d'une philosophie de marché a soulevé bien

des interrogations depuis de nombreuses années. Le seul fait d'utiliser le modèle américain de classification au casemix aurait été interprété comme une preuve d'une évolution vers une privatisation – une américanisation – du système. Cela aurait suscité l'ire du corps médical au-delà du raisonnable. L'Office du Casemix a impliqué de manière significative les cliniciens dans la conception et le développement des HRG britanniques.

Les expériences de tarification à l'activité

Jean-Marie RODRIGUES s'adresse aux pays qui ont mis en place le nouveau système depuis plus de dix ans, les adeptes précoces du système. Quels étaient les objectifs sous-jacents aux divers projets ? Quel en est le bilan ?

Paolo TEDESCHI indique que les autorités italiennes avaient pour objectif principal de contrôler la croissance des coûts hospitaliers. Les réformes engagées visaient à établir un système de financement prospectif. Il s'agissait non seulement de mettre en concurrence les hôpitaux, qu'ils soient publics ou privés, mais également de responsabiliser les établissements et les médecins à propos des dépenses qu'ils occasionnent. Quels ont été les résultats de ces réformes ? Certains estiment qu'elles n'ont eu aucun effet et que le système n'a pas évolué. Ils s'appuient sur l'observation que les coûts d'hospitalisation n'ont pas été maîtrisés. Cependant, des signes positifs sont observables également. La durée moyenne des séjours hospitaliers a baissé progressivement. La complexité des cas a quant à elle progressé. L'introduction de la T2A avait été présentée comme un moyen de changer le système de financement. La réforme a, au final, profondément bouleversé l'organisation des hôpitaux. Il est encore trop tôt pour établir un véritable bilan des réformes. La véritable question qui se pose est de savoir si la T2A constitue uniquement une méthode de rémunération ou si elle est également amenée à devenir un mode de gestion des hôpitaux.

Rikard LINDKVIST admet qu'au début des années 90, lorsque le système a été introduit dans le comté de Stockholm, les attentes étaient trop élevées. On pourrait même dire qu'elles étaient irréalistes. Beaucoup ont donc été globalement déçus. Le projet avait deux objectifs : accroître la productivité et la augmenter la transparence. Bien que le premier de ces objectifs n'ait pas été atteint, l'introduction du système DRG a néanmoins entraîné un choc culturel dans le système de santé suédois. Désormais, les économistes et les médecins parlent un langage commun.

Céu MATEUS rappelle que l'objectif poursuivi par les réformateurs était de contrôler la croissance des coûts hospitaliers, en développant un système qui se voulait la réplique du modèle américain. La réforme a échoué. En effet, le Portugal ne disposait pas de données précises en matière de coûts et les tarifs appliqués ne reflétaient pas la réalité médicale du pays. Le système de DRG a été élaboré par étapes, progressivement, sur une période de 10 ans. Il s'est heurté à l'opposition des hôpitaux, mais a souffert également du manque de soutien des pouvoirs publics qui se sont quelque peu désintéressés du projet. Les DRG ont été utilisés, dans un premier temps, comme outils de gestion ou de benchmarking. Les médecins et les administrateurs hospitaliers ont alors appris à collaborer, ce qui est un effet particulièrement positif de la réforme. Un nouveau mode de paiement a pu être effectivement mis en place. Le système de financement des hôpitaux a gagné en transparence et en clarté, les hôpitaux connaissent désormais les critères utilisés pour établir leur budget. L'objectif final de la réforme, introduire un système de paiement prospectif pur, n'a pas été atteint. Le déficit du système de santé est tel que des budgets exceptionnels doivent être régulièrement débloqués.

Marie-Christine CLOSON constate que les différents pays européens ici représentés ont vécu des expériences similaires. Les systèmes de régulation comptable ont été progressivement remplacés par des méthodes de régulation médicale. L'objectif de la réforme, en Belgique, était de remplacer le système de paiement à l'acte, lequel favorisait la

surproduction. Quelle que soit la nature des réformes engagées, celles-ci ne peuvent pas avoir la réduction des coûts pour seul objectif. Leur champ d'action doit être plus large.

Hervé GUILLAIN rappelle que les DRG ont été introduits, dans certains cantons suisses, en 2002. Les objectifs poursuivis peuvent être résumés en trois points : transparence, efficience et concurrence. Les hôpitaux suisses sont aujourd'hui financés par l'Etat et par les assurances maladies. Le financement de l'Etat devrait s'aligner sur un modèle du type « casemix adjusted ». Les assureurs recevront, pour chacun de leurs assurés, une facture « à l'américaine ». La réforme a-t-elle été couronnée de succès ? Il est à noter que la Suisse a su dépasser l'échelon cantonal, pour développer un projet véritablement national, ce qui est encourageant pour l'avenir et démonstratif de l'intérêt pour le système.

Jean-Marie RODRIGUES se tourne vers l'intervenant britannique. Quels sont les objectifs poursuivis par la réforme dans son pays qui l'adopte aujourd'hui ? Quels problèmes critiques seront soulevés ?

Bob DREDGE indique que les objectifs poursuivis au Royaume-Uni sont politiquement clairs : il s'agit d'inscrire le financement du NHS dans un système de remboursement de type tarifaire. Le développement du nouveau système rencontre une forte opposition. Certaines personnes ne veulent pas, en raison de leurs intérêts particuliers, être impliqués dans un système transparent et feront tout pour ruiner sa crédibilité. Il est à craindre que la Ministère de la Santé ne cherche à en faire trop et trop vite.

Les perspectives d'avenir de la tarification à l'activité

Jean-Marie RODRIGUES soulève la question de l'avenir du système.

Souligne qu'il y a eu une croissance continue de l'utilisation des DRG en Suède. Le système DRG n'est plus une question politique d'importance et est désormais qualifiable de simple instrument. La qualité des données (données médicales et de coût) constitue l'enjeu le plus important.

Céu MATEUS indique qu'une nouvelle version, plus sophistiquée, des AP-DRG sera adoptée. Le cadre légal et juridique des hôpitaux publics a été réformé. Le Portugal dispose aujourd'hui de 35 établissements « para-publics », dont le financement repose intégralement sur le système des DRG. Qu'en est-il du futur du projet ? Son développement dépend en grande partie des choix politiques qui seront faits au cours des prochaines années. Quoi qu'il en soit, les DRG sont aujourd'hui entrés dans les mœurs.

Frank HEIMIG souligne que le gouvernement a imposé un contour très strict au développement du système allemand de DRG. La transition vers un système de paiement prospectif sera totale en 2009. Qu'advient-il ensuite ? Frank HEIMIG pense que le système évoluera vers un « système à prix maximum ». Mais il existe encore d'importantes menaces à prendre en compte. Le gouvernement a décidé que les données médicales seront accessibles à l'Association Allemande des Hôpitaux ainsi qu'aux compagnies d'assurance. On craint en effet que cette information fasse l'objet d'utilisations détournées, notamment lors de la négociation des tarifs. La transparence est une chose, mais divulguer des données médicales confidentielles est une autre histoire.

Discussion avec la salle

Gérard DE POUVOURVILLE ne partage pas le point de vue exprimé par Frank HEIMIG. Il pense, au contraire, que l'information doit être partagée avec le plus grand nombre et cela pour des raisons de pluralisme d'expertise. La France a adopté une tout autre philosophie que l'Allemagne.

Frank HEIMIG rappelle que les données hospitalières sont déjà publiques. Il pense toutefois que la masse des données collectées, à savoir les données de chaque patient, ne devrait pas être rendue disponible. La seule justification de la collecte de telle données était de développer le système DRG, de toute manière. La divulguer ne fera qu'altérer l'équilibre des pouvoirs entre les médias et le public. Le contexte institutionnel français est assez différent : les données sont collectées par l'Etat qui est également le payeur.

PRESENTATION DU CAS ITALIEN

Paolo TEDESCHI
Professeur à l'Université de Bocconi

Le processus d'introduction de la tarification à l'activité en Italie

Il est impossible d'isoler de son contexte la mise en place, en Italie, du système de tarification à l'activité. En effet, le système de santé italien a connu plusieurs phases de réformes importantes ces dix dernières années.

Le Service National de Santé assure une couverture universelle à l'ensemble de la population italienne. Service intégré, il est financé par la fiscalité générale. Les responsabilités sont réparties à différents niveaux : national, régional (les régions ont une certaine autonomie législative et administrative) et local.

Les années 90 ont été marquées par une évolution sensible du système de santé italien, diverses réformes ayant été menées simultanément. L'accent fut mis sur l'autonomie des régions, le système sanitaire étant décentralisé à ce niveau. La réforme a également réduit le nombre d'USL (unità sanitarie locali), unités locales d'administration de la santé, transformées en agences autonomes.

Les années 90 ont également été caractérisées par l'introduction du concept de management dans le domaine de la santé. Les hôpitaux ont été réorganisés et des pôles de gestion ont été intégrés aux structures. Un nouveau système de gouvernance a été mis en place, les anciens conseils d'administration étant remplacés par un triumvirat de directeurs (directeur général, directeur médical et directeur administratif), lesquels sont nommés par les élus régionaux.

La réforme avait également pour objectif d'accroître la concurrence dans le secteur hospitalier, notamment entre les hôpitaux privés et publics. Ce principe de compétition a essuyé certaines critiques. En effet, il a été noté (une fois la réforme engagée) que les hôpitaux publics disposaient de moyens inférieurs à ceux de leurs concurrents de la sphère privée. Aussi les statuts de certains établissements ont-ils été révisés. Le « Politecnico » de Milan a récemment été transformé en une fondation de droit public.

Une nouvelle étape a été franchie avec la mise en place des principes du « fédéralisme fiscal ». La responsabilité financière est désormais transférée aux régions et le financement des dépenses de santé est désormais assuré par les impôts régionaux. Ainsi, l'ancien système basé sur le principe d'une redistribution d'un budget au niveau national vers les régions a été aboli. Si elles ont gagné en autonomie, les régions n'en demeurent pas moins responsables des éventuels déficits du système hospitalier, déficits comblés par la mise en place éventuelle de nouveaux impôts.

Le secteur hospitalier est donc composé d'établissements privés et publics. Si certaines structures sont gérées par les USL, ce secteur dispose également d'une centaine d'hôpitaux indépendants (similaires aux « trusts » anglais) et d'un réseau de polycliniques universitaires (similaires aux CHU français). Certains établissements privés sont accrédités par le système sanitaire national.

Dans le classement de l'OMS des systèmes de santé dans le monde, l'Italie occupe le second rang. Ce classement est pourtant bien surprenant car force est de constater toutefois que le système sanitaire Italien rencontre certaines difficultés :

- un faible niveau d'intégration entre les différents niveaux de soins ;
- une qualité des soins souvent décriée ;
- des déficits financiers importants ;
- une certaine rigidité des soins hospitaliers (qui ne s'adaptent pas aux nouvelles exigences des malades) ;
- un manque de régulation de la compétition entre établissements privés et publics ;
- une articulation insuffisante entre le secteur social et le secteur sanitaire.

S'agissant du système de financement des hôpitaux, les régions reçoivent une enveloppe budgétaire de l'Etat (bien que les ressources soient récoltées au niveau régional). Les USL sont financées au niveau régional, en fonction de la taille de la population (système de financement par capitation). La plupart des grands hôpitaux sont aujourd'hui indépendants. Les plus petites structures sont gérées par les USL. La tarification à l'activité fut introduite en 1995, remplaçant l'ancien système basé sur la durée de séjour à l'hôpital. Le nouveau système de tarification demeure partiel. En effet, les régions continuent à imposer des plafonds aux établissements, que ceux-ci soient privés ou publics.

Quels sont les objectifs poursuivis par la tarification à l'activité en Italie ? Il s'agit pour les autorités italiennes de contrôler la croissance des coûts hospitaliers, de responsabiliser les établissements (les acteurs locaux) et de promouvoir l'hospitalisation de jour ainsi que les soins ambulatoires.

Le système de tarification adopté couvre aussi bien les coûts d'hospitalisation que les prestations ambulatoires, sans oublier les honoraires des médecins, la psychiatrie ou les dépenses pharmaceutiques. Dans une première phase de la réforme, il avait été envisagé d'imposer un niveau tarifaire unique. Dans la réalité, il est permis aux régions de réguler ces tarifs à la baisse (ou à la hausse). Par conséquent, la concurrence entre les régions pour s'attirer les patients est grande. Contrairement à la France, l'Italie n'hésite pas à exploiter les inégalités entre régions. D'ailleurs, il est à noter que si certaines régions du Nord (la Lombardie par exemple) utilisent pleinement le nouveau système de tarification, les régions plus pauvres du Sud y parviennent difficilement.

Le système de classification des pathologies repose sur la codification internationale des maladies. La nomenclature développée (intitulée « Regroupement Homogène des Diagnostics ») est composée de 492 éléments, l'objectif visé étant de regrouper les patients qui présentent un profil comparable en termes d'utilisation des ressources et de durée de séjour à l'hôpital. Les tarifs ont été calculés, dans une première phase, sur la base d'un échantillon de 9 établissements (hôpitaux qui bénéficiaient d'un système de comptabilité analytique développé). Ces tarifs furent progressivement révisés, des échantillons régionaux servant dorénavant de base aux calculs. Le système de classification intègre les informations figurant sur les fiches d'admission des patients. Il est dorénavant possible d'associer à chaque hospitalisation un DRG unique (y compris en cas de diagnostic multiple).

Il est à noter que les modalités de remboursement de certains soins spécifiques n'ont pas été affectées par la mise en place de ce nouveau système de tarification. Il s'agit des soins ambulatoires externes, pour lesquels le système de paiement à l'acte est ainsi maintenu, et des soins de longue durée, pour lesquels le principe de « prix de journée » s'applique toujours. Un paiement au forfait est également prévu pour certains produits (médicaments coûteux ou prothèses).

Il a été constaté que le système de tarification à l'activité n'incitait pas les établissements à améliorer la qualité des soins ou à développer la recherche. C'est pour cette raison que les tarifs sont régulièrement ajustés au niveau régional. Ainsi, une augmentation de 8% des tarifs (par DRG) est prévue pour assurer le financement de la recherche et de l'enseignement. Bien souvent, les salaires des personnels des hôpitaux universitaires sont couverts, selon le cas, par la région ou par le Ministère de l'Education.

En guise de conclusion, Paolo TEDESCHI présente quelques éléments statistiques. La mise en place du système de tarification à l'activité a conduit à :

- une stagnation, à partir de 1998, du nombre d'admission (ce nombre ayant fortement augmenté entre 1995 et 1998) ;
- la croissance du nombre d'hospitalisation de jour ;
- la baisse progressive de la durée des séjours à l'hôpital ;
- une croissance contrôlée des dépenses hospitalières (les dépenses n'ont pas été toutefois réduites) ;
- une réduction du nombre de lits ordinaires dans les hôpitaux publics et une hausse du nombre de lits d'hospitalisation de jour dans les établissements privés ;
- une augmentation sensible de la complexité moyenne des cas traités, le taux de mortalité n'ayant toutefois subi aucun impact ni positif ni négatif.

Plus généralement, l'introduction du nouveau système de tarification a modifié l'organisation interne des hôpitaux. Ainsi, à titre d'exemple, une partie des honoraires des médecins dépend des objectifs définis au travers du système de classement associé aux DRG. Une nouvelle forme de gestion des hôpitaux est née.

Andrea DONATINI
Directeur du Département d'Economie
à l'Agence Sanitaire Régionale d'Emilie-Romagne

Andrea DONATINI travaille pour l'Agence Sanitaire Régionale d'Emilie-Romagne (un centre de recherches financé par la région) et une Unité de Santé Locale de Parme. Sa présentation se concentrera sur la région d'Emilie-Romagne, l'une des régions (avec la Lombardie et la Toscane) qui a fait l'utilisation si ce n'est la meilleure, en tout cas la plus sophistiquée du système DRG.

Bref aperçu du système de soins d'Emilie-Romagne

Avec une population de 4 millions d'habitants, l'Emilie-Romagne se situe au Nord de l'Italie. La proportion de personnes âgées (21%) est plus élevée que dans le reste du pays. La dépense de santé par tête est parmi les plus élevées d'Italie, tandis que le nombre de lits se situe dans la moyenne nationale. La dépense publique en soins hospitaliers s'élève à 2.4MM€. Onze Unités de Santé Locales (USL) sont en charge de la fourniture de soins de santé à tous les résidents de chaque zone. 33 hôpitaux publics sont gérés directement par les USL. Les soins hospitaliers sont également le fait de 5 trusts (hôpitaux de recherche et d'enseignement) et 42 hôpitaux privés le plus souvent spécialisés. Moins de 25% des lits sont la propriété d'hôpitaux privés, tandis que plus de la moitié d'entre eux sont la propriété du réseau des USL.

Le système DRG a été mis en application en 1997. Les données disponibles montrent que le taux d'hospitalisation a augmenté durant les premières années de mise en œuvre du

système, après quoi il a plutôt décru. Le taux d'hospitalisation de jour, en revanche, a fortement augmenté sur toute la période.

Le système de paiement hospitalier d'Emilie-Romagne

Le système DRG couvre à la fois les admissions en hospitalisation ordinaire et de jour. Contrairement au système allemand, le calcul des tarifs ne repose pas sur une méthodologie sophistiquée d'affectation des coûts. En fait, quand le système a été initialement introduit, les hôpitaux n'étaient pas en position de maîtriser ce que certains pourraient appeler un système de comptabilité analytique mature. Les tarifs ont donc été adoptés quasiment sur la base de la valeur faciale de la matrice du Maryland et transposés au système italien. Les tarifs nationaux initialement publiés en 1997 ont donc par la suite simplement été améliorés et actualisés chaque année par l'application d'un pourcentage donné. Les tarifs régionaux sont publiés en décembre.

Les tarifs sont divisés en deux groupes (groupes A et B) afin de prendre en compte deux niveaux de complexité et de technicité. Les hôpitaux universitaires ou hautement spécialisés font partie du premier de ces groupes. Les hôpitaux gérés par les USL et les structures privées (à l'exception de celles qui réalisent des opérations de chirurgie cardiaque) appartiennent au second groupe. L'écart entre les tarifs appliqués aux deux groupes varie de 20 à 80%. Un tarif spécifique est appliqué aux cas extrêmes : lorsqu'un séjour dure plus longtemps qu'une certaine limite, il se voit crédité (en addition au tarif DRG) d'un tarif quotidien multiplié par la durée de séjour excédentaire. Il faut signaler que les tarifs DRG incluent les visites de diagnostic et de bilan pré- et post-séjour.

Les hôpitaux sont en général rémunérés sur la base des DRG suivant les tarifs déterminés à l'échelon national. Toutefois, un accord contractuel (valant environ 140M€ pour 100 000 personnes) est usuellement conclu annuellement entre les USL et les trusts qui prévoit un plafond de dépenses couvrant les tarifs facturés par les hôpitaux universitaires pour les soins fournis aux résidents de la zone de l'USL. Un accord est également signé tous les trois ans entre l'Autorité Régionale de Santé et tous les fournisseurs de soins privés. Si la dépense devait excéder les limites fixées par l'accord, les tarifs seraient progressivement réduits (de 20 jusqu'à 100%).

Différents instruments de financement ont été introduits pour dépasser les limites inhérentes aux DRG. La région a ainsi reconnu les problèmes associés à un système de financement hospitalier basé sur les DRG, par exemple lorsqu'il s'agit de prendre en compte le coût des patients admis dans les services de traumatologie ou de grands brûlés. Ainsi, les deux unités régionales de soins aux grands brûlés reçoivent, en addition aux tarifs, 1700€ par journée d'hospitalisation. La région fournit également un financement additionnel de 6% aux hôpitaux universitaires pour couvrir les coûts extraordinaires associés à la recherche et à l'enseignement. Un tarif ad hoc est appliqué aux transplantations d'organes qui va de 40000€ pour une greffe de rein à 100000€ pour une transplantation multiple. Un fond régional spécial a été créé pour la gestion des banques d'organes et pour la coordination des activités de transplantation. Enfin, un paiement additionnel aux tarifs couvre les coûts des prothèses.

Le système DRG a été mis en œuvre pour promouvoir l'efficacité. Son objet est d'encourager le transfert d'admissions ordinaire vers l'hôpital de jour, et le transfert d'admissions en hôpital de jour vers le secteur ambulatoire. Les tarifs de 27 DRG de faible complexité médicale ont par conséquent été fortement réduits. Il a été remarqué que les cas médicaux associés (diabète ou problèmes de dos par exemple) pouvaient être traités à domicile ou sur une base ambulatoire. Une réduction similaire a été appliquée à 7 DRG chirurgicaux de faible complexité qui peuvent aisément être réalisés sur la base d'une hospitalisation de jour ou ambulatoire.

Il existe deux approches du contrôle de l'activité hospitalière. Les USL réalisent une série de contrôles et de validations. La pertinence de l'organisation des séjours hospitaliers fait désormais l'objet d'une évaluation. Un instrument spécifique a été élaboré (en collaboration avec le Jefferson Medical College de Philadelphie) pour accompagner le choix d'une organisation appropriée des soins et sera prochainement mis à disposition de tous les hôpitaux gérés par les USL. Le système DRG peut être utilisé de multiples façons. Il peut bien sûr être utilisé pour rémunérer les hôpitaux mais aussi pour réguler l'organisation de l'activité, mettre en œuvre des politiques spécifiques et pour réaliser des études épidémiologiques.

Cependant certains problèmes restent encore à résoudre aujourd'hui, notamment le déficit d'analyses des coûts matures et le besoin pressant de mettre à jour les tarifs.

Discussion avec la salle

Guy DURAND note que les tarifs sont révisés annuellement en Emilie Romagne. Qu'en est-il dans les autres régions ? Le système des DRG permettant de réduire les coûts, les autorités publiques ne seront-elles pas incitées à réviser à la baisse ces tarifs ?

Paolo TEDESCHI précise que la politique d'adaptation des tarifs varie d'une région à l'autre. Ainsi, à titre d'exemple, les tarifs ont été révisés 4 fois depuis 1997 en Lombardie. Il est à noter que les régions du Sud quant à elles n'ont jamais révisé leurs tarifs. Monsieur HEIMIG a indiqué lors de sa présentation que le gouvernement allemand avait su se montrer particulièrement astucieux en créant l'Institut Allemand pour le Système de Tarification Hospitalier Prospectif car ce serait cet institut qui serait tenu responsable en cas d'échec du système. Le gouvernement italien a quant à lui reporté l'entière responsabilité de la réforme sur les régions. S'agissant d'une éventuelle baisse des tarifs, Paolo TEDESCHI indique qu'effectivement l'objectif étant de réduire les coûts d'hospitalisation, notamment en jouant sur les tarifs des « interventions ordinaires » qui peuvent être transférées au secteur ambulatoire ou au système de soins primaires.

Andrea DONATINI ajoute que la région Emilie-Romagne n'a pas pour intention en soi la diminution des tarifs – si elle l'a fait pour certains d'entre eux en effet, c'était en vue de promouvoir de nouvelles formes d'organisation des soins.

Gérard VIENS, professeur à l'ESSEC, a compris que les DRG intégraient des visites permettant d'établir un diagnostic de pré-intervention. Comment s'assurer que ces actes, qui peuvent être réalisés dans une autre structure, ne sont pas comptabilisés deux fois ? Plus généralement, comment sont résolus les problèmes liés au « chaînage » des séjours ? Le « chaînage », pur rappel, permet de regrouper les informations portant sur un patient pris en charge en deux endroits différents (deux établissements hospitaliers) ou d'un patient pris en charge dans un même établissement lors de plusieurs séjours successifs.

Andrea DONATINI répond que, concernant le transfert d'un patient d'un hôpital à un autre, le problème est souvent laissé à l'appréciation des USL, qui ont donc été amenées à développer des services du contentieux. Ces questions, comme celle des admissions répétées par exemple, sont une source d'inquiétudes continues. D'un point de vue plus technique, le système fait usage d'un « identifiant patient unique » (dont l'utilisation est au contraire interdite pour l'heure en France).

Gérard DE POUVOURVILLE s'interroge quant au délai moyen nécessaire pour produire l'information utile à la facturation.

Paolo TEDESCHI indique que le circuit est particulièrement complexe. Les données sur les consommations pharmaceutiques sont transmises au niveau national avec un retard de trois mois. S'agissant des diagnostics réalisés (laboratoires ou autres), le retard est évalué à neuf mois. Ces retards ont une incidence non négligeable sur les procédures de contrôle.

Andrea DONATINI rappelle que les hôpitaux envoient leurs données d'activité à la région qui réalise les contrôles de qualité du codage. La procédure prend un total de trois à quatre mois. Le délai monte à 8 mois pour les patients qui choisissent de recevoir un traitement dans une autre région.

Un participant, s'adressant à Paolo TEDESCHI, demande dans quelle mesure l'introduction de la tarification pour l'activité en Lombardie a permis de développer des nouveaux modes de gestion.

Paolo TEDESCHI fait observer que la Lombardie constitue un cas particulier. La région s'est engagée dans un nouveau modèle de gestion des services de santé selon une logique de « quasi-marché ». Il a été décidé, afin de renforcer la concurrence entre les secteurs privés et publics, de concentrer l'ensemble des hôpitaux publics dans des structures indépendantes. L'organisation des établissements (privés ou publics) a été profondément bouleversée. Il a été demandé aux pôles de gestion intégrés dans les nouvelles structures d'établir des budgets prévisionnels de l'activité. De surcroît, il a été convenu qu'une partie de la rémunération des médecins serait désormais liée aux objectifs établis pour l'établissement dont ils dépendent.

Gérard VIENS a cru comprendre que les hôpitaux universitaires de la région d'Emile Romagne se voyaient attribuer un « sur-tarif » estimé à 6%. Sur quelle base a été calculé ce pourcentage ? Est-il homogène au niveau national ?

Andrea DONATINI indique que cette politique a été décidée au niveau national. Le taux de financement dont bénéficient les hôpitaux universitaires est donc homogène de par l'Italie.

PRESENTATION DU CAS PORTUGAIS

Céu MATEUS

*Professeur à l'Ecole Nationale de la Santé Publique de Lisbonne
et Présidente de l'Association Internationale des Systèmes de Classification des Patients*

Le Portugal dispose de 92 hôpitaux. Le nombre de lits pour 1000 habitants est de 2.7 mais de nombreux établissements sont en cours de construction et ce chiffre devrait donc augmenter à l'avenir. Le vieillissement de la population devrait entraîner une hausse importante des dépenses de santé. Si le système de santé repose sur un Service National de Santé, les dépenses privées en santé ont fortement augmenté pour atteindre 40% des dépenses totales. Les hôpitaux publics sont la propriété de l'Etat. Les médecins, ainsi que les infirmiers, sont fonctionnaires. Le secteur hospitalier privé est fortement développé. Les médicaments représentent environ 25% des dépenses du Service National de Santé (contre 16% aux Etats-Unis). Il est à noter que les médicaments sont plus onéreux au Portugal que dans les autres pays européens.

Les DRG ont été introduits au niveau national en 1984. Le choix des autorités a porté sur le système de classification américain. L'utilisation des DRG à des fins de financement a été décidée et mise en œuvre en 1987. La codification est de la responsabilité des médecins, lesquels sont formés par le Ministère de la Santé. Un système hospitalier d'information basé sur les DRG a été développé. Une base de donnée nationale a été créée en 1990. Le système de paiement basé sur les DRG pour les tiers payeurs a été introduit en 1990. Des rapports sont publiés annuellement, permettant aux hôpitaux de se comparer les uns aux autres. Depuis 1996, les hôpitaux du Service National sont financés partiellement sur la base des DRG. L'article 25 du statut du Service National de Santé stipule que les tarifs des soins fournis dans le cadre du SNS sont établis en prenant en compte l'ensemble des coûts réels observés ainsi que le nécessaire équilibre du budget de l'Etat.

Les coûts des hôpitaux par DRG sont pris en considération sur la base de l'échelle de cost-weights de l'Etat américain du Maryland. Ces cost-weights ont simplement été adaptés au contexte national afin d'inclure les salaires des médecins et des infirmiers. Un point de base national est publié tous les deux ans environ. Ce point de base permet de déterminer le tarif applicable à chaque DRG en le multipliant par le poids de ce DRG dans l'échelle des cost-weights. Les composantes de coût couvertes par les tarifs sont liées au traitement de chaque pathologie (blocs opératoires, laboratoires, pharmacie, unité de soins intensifs et autres) et au séjour (hébergement).

Les objectifs du système de financement hospitalier à l'activité sont de financer les hôpitaux en fonction de leur production (en termes quantitatifs et qualitatifs) et de promouvoir l'efficacité. Le système repose sur un budget global prospectif, un tarif par DRG spécifique à chaque groupe d'hôpitaux et des ajustements pour les « outliers ».

Les conséquences sur les hôpitaux de la mise en place de ce système varient d'un établissement à l'autre. Il a toutefois été possible grâce à la part de financement liée au case-mix de réallouer les ressources. Les DRG ont aussi permis d'évaluer la performance des hôpitaux, d'apprécier la qualité des soins et ont facilité la réalisation d'études de benchmarking. De surcroît, il est aujourd'hui convenu qu'ils constituent un outil de paiement objectif. Les budgets alloués ont nettement augmenté au fil des ans. La valeur de l'indice de case-mix a augmenté tandis que la durée moyenne des séjours a baissé. Les listes d'attente ont été réduites.

Les hôpitaux du SNS (à l'exception des établissements psychiatriques) sont désormais inclus dans le système. Une base de donnée uniforme a été développée et est disponible à destination de l'ensemble des hôpitaux. Si l'accueil réservé à la réforme par les médecins et les personnels administratifs des hôpitaux fut au départ des plus mitigés, il semble que le système est désormais bien toléré. La qualité des données est assurée par un programme national d'inspection de la codification. Des DRG spécifiques ont été récemment développés pour la chirurgie ambulatoire.

Mais il faut rappeler que quel que soit le système, celui-ci doit être développé pour améliorer la situation des malades. La recherche du profit ne doit pas guider les décisions.

Discussion avec la salle

Jean-François NOURY, ATIH, note que l'utilisation DRG a permis de développer des techniques d'évaluation de la qualité des soins. Cette utilisation a-t-elle été l'occasion d'imposer une évaluation de cette qualité au travers d'outils spécifiques ? Les DRG incorporent-ils des critères de qualité ? Si oui, lesquels ?

Céu MATEUS indique que les groupes d'indicateurs fournis par les DRG permettent d'effectuer des estimations de la qualité : le taux de mortalité par DRG, les complications obstétriques et chirurgicales et le nombre de réadmissions. Des informations statistiques sont fournies aux hôpitaux. Un plan National de Santé est en cours de discussion.

Guy DURANT a compris que la classification DRG est un paramètre utilisé pour l'élaboration d'un budget global. Le Portugal envisage-t-il d'évoluer vers un véritable système de tarification à la pathologie ?

Céu MATEUS explique que le système constitue en fait un mélange des deux modèles. 25% du budget des hôpitaux est fondé sur un système de tarification à la pathologie. Le système ne devrait pas évoluer dans un futur prévisible.

Claude MARESCAUX, DHOS, s'interroge sur le financement des unités psychiatriques.

Céu MATEUS répond que le budget est calculé en fonction du nombre de cas traités.

PRESENTATION DU CAS SUISSE

Hervé GUILLAIN

Médecin associé à la Direction des Finances du CHU de Lausanne

Une première étude a été réalisée en 1984 par l'Université de Lausanne sur les perspectives d'utilisation des DRG en Suisse. Le canton de Vaud est au demeurant le « centre de gravité » de l'ensemble des recherches et projets qui ont été développés sur ce sujet en Suisse.

Une première tentative d'introduire les DRG à l'échelon national a été engagée autour de 1995. Or, tout projet national ne peut réussir qu'avec l'assentiment des cantons, des assureurs, de l'association des hôpitaux, de l'association des médecins et de la Confédération. Aucun accord n'a pu être trouvé à cette époque. Il a donc été décidé d'introduire le système au niveau local.

La classification américaine des interventions a été adoptée en 1998 et une version du grouper AP-DRG de 3M a été adaptée à la CIM 10. Une échelle de « cost weights » a été élaborée et introduite pour le financement des hôpitaux des cantons de Zürich et de Vaud. Le grouper présentant quelques inconvénients, le groupe AP-DRG Suisse a développé pour certains cas des « Swiss Payment Groups » (SPG). Dans le système AP-DRG actuel, il s'agit des décès et des transferts dans un autre hôpital le premier jour, des insertions de défibrillateur et certain cas de transplantation.

S'agissant du calcul des cost-weights, pour que le système soit efficace, il faut avant tout classer le patient dans le bon DRG et lui attribuer les bons coûts. Les cost-weights sont calculés en fonction du coût moyen de toutes les hospitalisations et du coût moyen des hospitalisations d'un AP-DRG. Les établissements doivent donc disposer d'un codage de qualité ainsi que d'une comptabilité analytique d'exploitation. Il est à noter qu'un premier contrôle du codage avait été effectué dans le canton de Vaud en 1997 pour des raisons épidémiologiques. Des outils de comptabilité analytique ont été développés afin de distinguer les coûts liés à la recherche et à l'enseignement des coûts liés aux soins hospitaliers ou ambulatoires.

Une fois les cost-weights calculés, il convient de distinguer les « outliers » (patients dont la durée de séjour est supérieure à la normale) des « inliers » (patients normaux). Une première question se pose alors : les cas normaux doivent-ils être déterminées en fonction de la durée de séjour ou des coûts qu'ils génèrent ? La durée de séjour est utilisée dans la pratique, l'information sur les coûts des patients ne pouvant être obtenue qu'avec un an de retard. Se pose alors la question de la méthode permettant de distinguer entre « inliers » et « outliers ». Le CHU de Lausanne s'est inspiré de la méthode L3/H3 développée en Australie. Les séjours dont la durée est inférieure à la durée moyenne des séjours divisée par 3, correspondent à des « outliers bas ». Les séjours dont la durée est supérieure à la durée moyenne des séjours multipliée par 2.4, correspondent à des « outliers hauts ».

S'agissant du remboursement, trois problèmes se posent :

- le remboursement des hôpitaux universitaires ;
- le remboursement des outliers ;
- la surveillance de la qualité et du codage.

L'exemple du CHU de Lausanne est particulièrement parlant. Il a été démontré que les activités de soins, de formation, de recherche et de développement sont intimement liées, avec un effet multiplicateur sur les coûts. A l'heure actuelle, la valeur estimée du financement de l'établissement est supérieure de 30% à celle des hôpitaux généraux. Cet écart pourrait être en partie dû à des lacunes dans la classification. De nombreuses études ont été menées en matière de financement des « outliers » et des formules spécifiques de remboursement ont été développées à cet effet.

Discussion avec la salle

Roland CASH a noté que l'activité des hôpitaux universitaires entraînait un surcoût estimé à 32%. Ce surcoût peut s'expliquer, pour moitié, par des problèmes de classification. Comment expliquer l'autre moitié ?

Hervé GUILLAIN indique que des études sont en cours, les assureurs exerçant une certaine pression sur l'établissement. L'exercice reste encore extrêmement difficile, chacun peut en convenir.

Le Docteur LEMAN, CHU de Montpellier, souhaite savoir si les assureurs soutiennent les projets développés sur les classifications.

Hervé GUILLAIN juge pour le moins décevante l'attitude des assureurs. Ils subissent le système plus qu'ils ne le promeuvent.

S'agissant des spécificités des hôpitaux universitaires, Marie-Christine CLOSON fait remarquer que le système des APR-DRG prévoit 4 niveaux de sévérité. Pour les cas les plus simples, les coûts ne devraient pas différer d'un établissement à l'autre. En revanche, des différences notables sont observables dans les niveaux de sévérité les plus élevés. En fait, les sur-financements devraient être attribués en fonction du degré de spécialisation. Il n'y a aucune raison pour qu'ils soient accordés en fonction du caractère universitaire. S'agissant des « outliers », Marie-Christine CLOSON estime que la méthode qui consiste à privilégier la durée de séjour n'est pas judicieuse. Il serait préférable de se baser sur les coûts, même si ces informations sont disponibles avec un an de retard. En effet, les hôpitaux qui traitent intensivement leurs patients risquent d'être fortement pénalisés.

Un participant souhaite revenir sur le cas italien. Il semble, les diverses interventions en témoignent, que ce soit le seul pays d'Europe qui ait réussi à baisser les prix. Les autorités ont exercé une pression à la productivité. Malgré cela la qualité des soins a été améliorée.

Paolo TEDESCHI rappelle que la responsabilité du système de santé en Italie a été transférée aux régions. Celles-ci avaient tout intérêt à imposer des politiques restrictives sur les coûts car la seule arme dont ils disposent pour combler les déficits est l'arme fiscale.

Un participant estime qu'il y a lieu de s'intéresser à la recherche d'économies internes dans la gestion des établissements. Cette question n'est que trop rarement posée.

Joëlle DUBOIS s'interroge sur les procédures développées pour vérifier la fiabilité du codage.

Hervé GUILLAIN indique que les contrats qui lient les fournisseurs de soins et les assureurs prévoient une révision du codage.

Un participant demande à Hervé GUILLAIN de décrire le système d'assurance en Suisse. Celui-ci enregistre-t-il des déficits ? Il s'interroge également quant au financement des médecins universitaires.

Hervé GUILLAIN signale que si les assurances n'enregistrent pas de déficits, les cotisations augmentent de 5% par année environ. S'agissant du paiement des médecins universitaires, les politiques varient selon les cantons.

PRESENTATION DU CAS SUEDOIS

*Rikard LINDKVIST
Directeur du Département du Casemix
au Ministère de la Santé et de la Protection Sociale Suédoise*

Rikard LINDKVIST souhaite donner ici un aperçu du système DRG suédois. Le système suédois se caractérise par un degré important de décentralisation. Il est de ce point de vue et dans une certaine mesure comparable au système suisse. Le pays est divisé en 20 comtés placés sous la houlette d'un conseil de comté. Celui-ci a non seulement le pouvoir de prélever l'impôt mais aussi celui de fournir et de financer les services de santé, et dispose d'assemblées politiques élues. Les soins de santé sont financés via un système d'enveloppes et la plupart des hôpitaux sont publics.

Les questions à l'ordre du jour sur l'agenda politique sont en matière de santé la réduction des coûts, la prise en compte du patient, l'efficacité productive et les listes d'attente. Beaucoup de pays se trouvent confrontés aux mêmes problèmes, les besoins de santé croissant continuellement alors que les ressources sont quasi-fixes. Le système de soins suédois a cumulé les déficits au cours des années passées. La principale raison tient aux importantes réductions d'impôts qui ont été consenties.

L'extension de l'utilisation des DRG et des autres systèmes de classification varie suivant la région et le conseil de comté considérés. Les DRG ont commencé à être utilisés comme système de paiement pour les soins d'hospitalisation aigus en 1991. Les DRG sont le système de classification le plus utilisé en Suède en ce qui concerne les soins somatiques de courte durée.

De nombreuses leçons peuvent être tirées de l'expérience suédoise. Parmi celles-ci, on peut par exemple observer que les DRG ne résolvent pas l'ensemble des problèmes d'un système de soins. Des mécanismes de contrôles des coûts doivent être prévus. De plus, les DRG n'ont pas seulement induit des gains de productivité (à ne pas confondre avec des gains d'efficacité) mais ont également fourni un langage commun permettant de combler le fossé entre les gestionnaires et les médecins.

En Suède, le consensus veut que la tarification à la pathologie est le seul moyen d'améliorer à la fois les systèmes de soins et de casemix. La tarification à la pathologie utilise une approche de type bottom-up qui calcule les coûts effectifs pour chaque service fourni aux patients. Beaucoup d'hôpitaux disposant d'un système de calcul des coûts par cas jugent celui-ci inestimable pour la planification et la gestion stratégiques et opérationnelles, mais également en tant qu'instrument de contrôle de la qualité.

Environ 50% des Conseils de Comté ont élaboré des projets de calcul des coûts par cas. Il faut garder en tête que les systèmes de calcul des coûts par cas ne sont pas obligatoires en Suède. Les données de coût par cas sont collectées auprès de certains hôpitaux (représentant 30% des cas d'hospitalisation complète annuels en Suède) pour alimenter une base de données nationale. Des systèmes de tarification par cas similaires sont en cours d'élaboration pour la psychiatrie, les soins ambulatoires et les soins primaires.

Une attention particulière doit être portée à la qualité des données collectées : elle se porte en particulier sur la qualité du codage des diagnostics et des procédures ainsi que sur les données de coût elles-mêmes. L'éventail de définitions utilisées est aussi un problème.

Qu'est-ce qu'une admission ? Qu'un séjour en hospitalisation complète ? Qu'un séjour en hospitalisation ambulatoire ?

Le système DRG est fait pour durer. Il résiste à l'épreuve du temps. Un système qui combine les questions économiques et médicales est « trop bon pour être abandonné ». Les DRG sont un outil de première importance. Mais il faut garder en tête que ce n'est qu'un instrument. A l'avenir, l'accent devra être mis sur le développement d'un algorithme de groupage pour les soins psychiatriques et ambulatoires.

Per HANSSON

Directeur du Département du Casemix au Conseil de Comté de Stockholm

Per Hansson est le directeur du Département du Casemix au Conseil de Comté de Stockholm. Le Département est responsable du système de tarification par cas et de la maintenance du système DRG.

Le Comté de Stockholm est situé sur la côte Est de la Suède à une latitude médiane. Son système de santé emploie 4000 personnes. Les soins hospitaliers sont fournis par 7 hôpitaux principaux, 4 hôpitaux publics généraux, 5 hôpitaux mineurs, 2 hôpitaux universitaires et un hôpital privé. Le système DRG (HCFA-DRG) a été mis en place en 1992. Il a été étendu à tous les soins d'hospitalisation complète en 1993 et aux soins d'hospitalisation de jour et ambulatoire en 1994. Un système de tarification prospective fait maison a été développé pour les soins ambulatoires au cours de la même année. La version nordique des DRG (NordDRG) a été adoptée à compter de 1997.

Une fois le système DRG effectivement mis en place, la production hospitalière a crû au-delà de toutes les attentes. Les hôpitaux se sont en effet concentrés sur la maximisation de leurs revenus au lieu de contrôler leurs coûts. Les coûts ont donc augmenté et des mesures ont dû être prises.

La première étape a consisté à diminuer les tarifs de remboursement. L'étape suivante a consisté à introduire des plafonds de production. Afin d'encourager encore l'efficacité en termes de coûts, il a été décidé que les tarifs DRG seraient calculés sur la base des coûts de l'hôpital le plus efficace. Par conséquent, les déficits des hôpitaux universitaires ont cru très fortement. En 2002, il a été décidé que des tarifs différents seraient dorénavant appliqués selon la catégorie de l'établissement. Pour encourager le contrôle des coûts, la part des DRG dans le remboursement a été abaissée à 50%. 50% du remboursement des hôpitaux est désormais basé sur un niveau convenu de production. Par ailleurs, des remboursements sur la base d'indicateurs de qualité ont été introduits.

Les tarifs DRG varient de 3100 à 3500 euros. Le plus bas tarif s'applique à l'hôpital privé du comté, les plus élevés aux hôpitaux universitaires.

Les objectifs du système de remboursement sont de :

- réaliser un équilibre entre le contrôle des coûts et les incitations à la production ;
- définir des limites de production et de revenu flexibles ;
- améliorer la qualité des données ;
- conduire des audits annuels de la qualité du codage.

Le futur du modèle de tarification est d'évoluer vers :

- 30% de remboursements sur la base des DRG ;
- 60% de remboursements convenus sur la base de niveaux d'activité ;
- 10% de remboursements sur la base de la qualité des soins.

Il ne fait pas de doute que de nombreux problèmes resteront à résoudre. Le système va devoir mieux prendre en compte les différences entre les hôpitaux ruraux et urbains ou entre hôpitaux universitaires et non-universitaires. Les systèmes de comptabilité analytique et la gestion des coûts doivent être améliorés. Les financements destinés aux activités de recherche et développement, à l'enseignement ou aux urgences devront être plus clairement délimités. Les procédures de codage doivent également être améliorées, et des règles de codage nationales ou régionales doivent être développées. Des codeurs professionnels pourraient être embauchés par les hôpitaux pour garantir la fiabilité du codage.

Quelles leçons peuvent être tirées de l'expérience du Comté de Stockholm ? Les incitations financières sont efficaces (et même parfois trop). Le financement des hôpitaux sur la base des DRG ne saurait être que partiel : ainsi, la décision prise en 1991 d'imposer un système de financement au DRG « pur » était clairement une erreur.

Discussion avec la salle

Jean-François NOURY, ATIH, insiste sur la qualité du codage. Les médecins sont-ils les mieux placés pour assurer le travail de récolte des données ? Il s'agit là d'une question fondamentale, notamment en France où la pénurie de médecins crée certaines inquiétudes.

Per HANSSON indique que ces questions sont sujet à débat en Suède. Historiquement, le codage était réalisé par les cliniciens. Des formations sont de manière croissante recommandées pour les secrétaires médicales, bien que tous les codes finalement enregistrés doivent être approuvés par le médecin responsable du patient.

Frédéric BOUSQUET, Haute Autorité de Santé, note qu'une partie du financement des établissements sera basée sur la qualité des soins. Quelle procédure a été adoptée ? Quels types d'indicateurs sont utilisés ?

Rikard LINDKVIST souligne que les hôpitaux sont rémunérés en fonction de la qualité des données collectées et non pour la qualité des soins en tant que telle.

Jean-Marie RODRIGUES estime pour sa part que le fait de proposer qu'une partie du financement soit basée sur la qualité ne saurait être scandaleux. Il a publié récemment un article dans lequel il préconisait de lier une partie du financement à la note attribuée aux hôpitaux.

Joëlle DUBOIS s'interroge sur les mesures qui sont prises si la qualité des informations fournies par les hôpitaux est mauvaise. Elle a par ailleurs noté qu'une attention toute particulière était portée sur la qualité des définitions relatives au codage. Les recherches engagées sur ce thème ont-elles abouti à l'élaboration de définitions non ambiguës des différents type d'hospitalisation ?

Per HANSSON est convaincu que la qualité des données est un enjeu majeur. Les hôpitaux ne devraient pas se concentrer en premier lieu sur les coûts. Ils doivent avant tout se concentrer sur le patient. Une étude récemment publiée montrait que le taux de décès suite

à une hospitalisation pour un diagnostic initial de défaillance cardiaque variait fortement d'un hôpital à l'autre. L'hôpital qui présentait le taux de mortalité le plus bas a été donné en exemple. Par la suite, les pratiques des hôpitaux se sont améliorées dans l'ensemble des établissements, qui aujourd'hui obtiennent tous les mêmes taux de mortalité. Concernant la seconde question, Per HANSSON pense qu'il est impossible de développer des définitions inattaquables. Cependant, il existe toujours une marge d'amélioration. Par exemple, la définition des soins ambulatoires dans le système DRG est si vague qu'elle peut inclure n'importe quelle procédure, tant chirurgicale que médicale.

Une participante rappelle que les systèmes prospectifs de paiement par DRG ont été introduits dans les pays scandinaves afin de réduire les files d'attente. Il n'est donc pas surprenant que la première expérience menée à Stockholm ait conduit à une hausse importante de l'activité, donc des coûts hospitaliers. Des mécanismes de verrouillage des coûts ont donc été introduits. Or ne faudrait-il pas évaluer au préalable l'évolution des coûts dans l'ensemble du secteur des soins (hospitaliers ou ambulatoires) ou dans les autres comtés avant d'imposer de tels mécanismes ?

Pour Per HANSSON, la véritable question est « combien devrions-nous dépenser pour la santé ? ». Il est d'autant plus difficile de répondre à une telle question que la population vieillit et que les besoins en soins s'accroissent.

Une participante fait remarquer que les tarifs liés aux DRG ont été calculés, tout du moins dans le comté de Stockholm, en prenant pour référence l'hôpital le plus « efficient ». Or, le nombre d'établissements étant particulièrement peu élevé (les 7 hôpitaux dont dispose le Comté sont de surcroît difficilement comparables), il semble pour le moins étonnant qu'il ait été possible de définir des statistiques représentatives.

Per HANSSON répond qu'il n'est besoin que de 100 cas par DRG pour évaluer leur coût relatif (« *cost weight* »).

Pour Rikard LINDKVIST, il n'y a pas de raison de penser qu'un acte simple devrait être rémunéré différemment d'un hôpital à l'autre d'une même zone géographique.

TABLE RONDE DES GESTIONNAIRES

Michel CREMADEZ

*Professeur en Stratégie et Organisation à HEC
et Consultant en Management Hospitalier*

Karsten HONSEL

*Responsable du Département Comptabilité et Finance,
Vice directeur Administratif et Agent agréé des Horst-Schmidt Kliniken*

Guy DURANT

*Administrateur général des Cliniques Universitaires Saint Luc de Bruxelles
et Président de l'Association Belge des Hôpitaux*

Paul FORDEN

Directeur exécutif de l'Hôpital Universitaire de Norfolk & Norwich

Salomé ESTEVENS

*Directeur de la Planification et du Contrôle de gestion
à la Maternité Alfredo da Costa de Lisbonne*

Olafr STEINUM

*Spécialiste des systèmes de classification
auprès du Conseil National de la Santé et de la Protection Sociale Suédois*

Michel CREMADEZ rappelle au préalable qu'il avait semblé indispensable aux organisateurs de ce colloque de donner la parole aux gestionnaires hospitaliers. Les débats s'articuleront autour de trois thématiques : les changements observés dans les établissements, les programmes d'accompagnement nécessaires et les politiques développées pendant les phases de transition en matière de conduite du changement.

Changements induits dans les établissements par la mise en place de la tarification à l'activité

Michel CREMADEZ s'adresse à Messieurs HONSEL et FORDEN et leur demande quels sont, du fait de la mise en place du système de classification des patients, les changements qu'ils ont pu, en tant qu'administrateurs, observer.

Paul FORDEN rappelle que les DRG n'ont pas été mis en place seulement pour le plaisir de mettre en place des DRG. Le système subit actuellement des changements. Contrairement à d'autres pays, le Royaume-Uni délivre et finance 95% des soins via le secteur public. La réforme appelle davantage de choix et de diversité dans la fourniture de services. Quels sont les changements qui se produisent dans le secteur de la santé ? Les hôpitaux ont réalisé qu'ils devaient comprendre ce qu'ils produisaient et devaient améliorer la qualité de leur codage. Le codage est en effet essentiel non seulement pour la stabilité financière de l'institution mais aussi pour mesurer la qualité et l'efficacité des soins qu'il délivre. La relation entre gestionnaires et cliniciens est également en train d'évoluer.

Karsten HONSEL explique que le système allemand se trouve actuellement dans une phase de convergence. Pendant cette phase, le taux de base propre à chaque hôpital applicable aux tarifs évoluera progressivement vers un taux de base moyen. Les taux des grands

hôpitaux sont 10% plus élevés que le taux moyen. La phase de convergence implique donc des réductions de coûts pour certains hôpitaux. Les hôpitaux entrent maintenant dans une période particulièrement difficile puisqu'ils doivent diminuer leurs coûts tout en se battant pour maintenir la qualité des soins. Le premier impact de l'introduction du système DRG a été une décade de la durée moyenne de séjour de 8.5 à 7 jours. Des services médicaux ont été fermés, le nombre de lits a été diminué et le personnel médical (infirmier notamment) réduit.

Salomé ESTEVENS indique que la maternité Dr Alfredo da Costa est un hôpital public. La direction en a été changée en 2003 (or, il est connu que la direction d'un établissement influence les changements qui s'y opèrent). Dans le système DRG portugais, les courts séjours sont moins rémunérateurs que la chirurgie ambulatoire. Ainsi, la maternité a décidé en 2004 de transférer certains services d'hospitalisation vers l'ambulatoire. La qualité des données est une question clé et des audits internes ont été réalisés. Quels changements ont été opérés à un niveau plus stratégique ? L'établissement conçoit son activité d'une manière différente et prévoit dans les prochaines années de traiter davantage de patients souffrant de pathologies plus lourdes, donc d'un poids plus important dans la classification. Les méthodes de planification stratégique ont été améliorées. Des changements organisationnels se sont également produits et les relations entre gestionnaires et médecins se sont améliorées.

Guy DURANT rappelle au préalable que les DRG ne sont pas appliqués « à la lettre » en Belgique. Le financement repose en grande partie sur l'admission, ce qui a induit des changements dans la gestion des séjours des malades hospitalisés, parmi lesquels la maximisation du nombre d'admission, la réduction des durées des séjours et le développement de l'hospitalisation de jour. Certains docteurs continuent à croire qu'ils se doivent de maximiser le taux d'occupation des unités de soins. Il n'est pas toujours facile de changer les mentalités.

Programmes d'accompagnement de la mise en place d'un système de tarification à la pathologie dans les hôpitaux

Michel CREMADEZ aborde la seconde thématique concernant les programmes d'accompagnement qui doivent être mis en œuvre par les autorités concernées.

Paul FORDEN est convaincu que, pour que le programme réussisse, les gens doivent être motivés. La communication est la clé. Il faut s'assurer que tout le monde comprend pourquoi le système est modifié. Le meilleur moyen d'y parvenir est de mettre en évidence les défauts du système en place.

Karsten HONSEL indique que les cliniques Horst-Schmidt ont développé deux projets. Le premier s'adressait aux corps administratifs tandis que le second visait à permettre aux médecins de se familiariser avec le nouveau système. Au cours des premières années, le codage sera réalisé par les médecins, ce qui les aidera à appréhender les changements qui ont été apportés au système.

Salomé ESTEVENS rappelle que les DRG ont été mis en place au Portugal dès 1990. Le rôle de la formation et de la communication est fondamental lors de l'introduction d'un système de classification. Mais le gouvernement doit aussi expliquer comment les budgets des hôpitaux sont calculés. Si les autorités souhaitent produire des incitations, elles se doivent d'expliquer au préalable quelles sont ces incitations. Les gestionnaires passent 80% de leur temps à fournir des informations au Ministère de la Santé mais ne reçoivent que bien peu de renseignements en retour...

Guy DURANT insiste également sur la nécessité de renforcer la communication. Des séances d'information ont été organisées et proposées aux médecins. La mise en place d'un

nouveau système nécessite un accompagnement important, service par service. Les hôpitaux ont investi en outils de codification des pathologies, le choix de l'hôpital ayant porté sur l'embauche de « codificateurs professionnels ». Les financeurs doivent s'assurer de la fiabilité des informations et GUY DURANT demeure persuadé que des sanctions doivent être prévues en cas de dossiers frauduleux - des sanctions réalistes et applicables.

Stratégies développées par les établissements suite à la mise en place de la tarification à l'activité

Michel CREMADEZ aborde le troisième thème, invitant les participants à cette table ronde à présenter les stratégies qu'ils ont développées en matière de conduite du changement.

Paul FORDEN indique que les acteurs clés ont été réunis au sein d'une équipe projet spécifique afin d'envisager les implications de la réforme pour l'hôpital. Plus important encore, ils ont développé une stratégie de communication. Ils ont par exemple expliqué au personnel que si la mise en place du système était réussie et si les coûts étaient réduits, les marges financières ainsi dégagées permettraient à l'hôpital d'investir dans de nouvelles structures.

Karsten HONSEL explique que les principaux objectifs poursuivis par son établissement sont de renforcer le secteur ambulatoire (par le développement de traitements médicaux innovants) et de faire évoluer l'organisation de l'hôpital en regroupant des services et en nommant des « gestionnaires par pathologie » (« *case managers* »).

Salomé ESTEVENS souligne qu'il est toujours difficile d'imposer des changements au sein d'une organisation. Pour qu'ils soient acceptés, des objectifs clairs doivent être définis. Les acteurs doivent être convaincus que ces objectifs sont justes et atteignables. Et ces objectifs doivent être cohérents, réalistes et partagés par tous les acteurs impliqués.

Guy DURANT privilégie la gestion par projet. Plus de 26 projets ont été développés au niveau de l'établissement, parmi lesquels : un projet sur la réallocation des lits (les lits ne sont désormais plus la propriété d'un service ou d'un médecin), un projet d'amélioration du RCM et un projet d'amélioration des tableaux de bord. Les groupes de travail incorporent des représentants de l'ensemble des métiers qui composent l'hôpital (médecins, infirmières et administratifs).

Michel CREMADEZ donne la parole à Olafr STEINUM qui souhaitait intervenir en dernier.

Olafr STEINUM insiste sur la qualité et le codage des données. Les codes développés peuvent être utilisés pour la réalisation d'études statistiques, pour la planification régionale et étatique, pour la recherche et le contrôle de la qualité et, bien sûr, pour le financement. Les médecins peuvent être chargés du codage : ils peuvent alors se reposer sur la connaissance qu'ils ont de leurs patients. Des codeurs professionnels, à l'inverse, s'appuieront sur les registres médicaux, ce qui est une approche différente. Il faut garder en tête que le diagnostic peut varier d'un médecin à l'autre.

Une étude a été récemment conduite, un même cas médical étant soumis à 100 médecins. Les résultats en sont particulièrement parlants : le patient pouvait être affecté à 9 sortes de DRG différents suivant le médecin interrogé. Les règles et standards de codage doivent être clairement définis. Les codeurs doivent recevoir une formation appropriée et s'appuyer sur des normes éthiques. Des cours de codage et de classification ont été développés en Suède. Seuls sont admis à suivre la formation des étudiants ayant un minimum de cinq années d'expérience dans le secteur hospitalier.

D'après l'expérience suédoise, on peut recommander que le codage des données cliniques soit opéré par des codeurs formés qui s'appuient sur une documentation de qualité résultant

des dossiers des médecins. Le travail est alors dual : le médecin établit le diagnostic, et le codeur le transforme en codes à des fins de remboursement et d'analyse statistique.

Discussion avec la salle

Un participant s'interroge quant aux innovations qui ont pu être apportées aux méthodes de gestion des hôpitaux. Quels sont les instruments, issus par exemple de la comptabilité analytique, qui ont été mis en place ? L'introduction des DRG a-t-elle suscité l'émergence de nouveaux instruments ?

Guy DURANT indique que des analyses ABC sont développées sur certaines pathologies coûteuses. Les plus importantes avancées ont été enregistrées en matière de système d'information et de gestion des séjours.

Michel CREMADEZ regrette les actions engagées dans les hôpitaux visent la valeur des services et non pas leur quantité. Il n'est nullement nécessaire de développer de nouveaux systèmes de comptabilité analytique pour engager une réflexion sur les pratiques médicales.

Un participant fait remarquer que les hôpitaux, tout du moins en France, n'ont pas une tradition de benchmarking. Ils ne disposent d'aucun système de référence.

Un participant s'interroge sur les stratégies qui ont été adoptées pour traiter la question de la durée des séjours.

Guy DURANT estime que les hôpitaux se doivent d'investir dans les milieux post-hospitaliers. Les Cliniques Universitaires Saint Luc a récemment racheté un hôpital de réadaptation. Le rôle des assistants sociaux est également fondamental.

CONCLUSION DES DEBATS

Martine AOUSTIN

Directeur Opérationnel de la Mission Tarification à l'Activité

Martine AOUSTIN remercie l'ensemble des participants. Deux sujets fondamentaux ont été évoqués au cours de ces journées : l'amélioration de la qualité du codage et le développement des outils de gestion interne. Martine AOUSTIN propose d'organiser un futur colloque autour d'un de ces thèmes.