

**Postulat Thierry Dubois et consorts – La facturation dans les hôpitaux publics d’une hospitalisation par un forfait de type DRG : une affaire rentable ? !**

*Texte déposé*

Le DRG (forfait calculé sur la base des groupes de diagnostic, soit en anglais *diagnosis related group*) facturé, basé sur une nomenclature tarifaire nationale, correspond à un forfait unique qui englobe l’ensemble des prestations à charge de l’assurance obligatoire des soins dispensés durant un séjour hospitalier. Il est calculé à partir d’un prix de base, soit le coût moyen par genre de cas, et évolue chaque année.

Les principaux objectifs d’une telle pratique sont : encourager la concurrence, favoriser la liberté de choix pour le patient et améliorer l’ouverture des structures de soins hospitalières cantonales. Les séjours hospitaliers hors cantons sont pris en charge par l’assurance obligatoire des soins.

Ce mode de financement s’inscrit dans un contexte plus vaste de réaménagement de tout le domaine hospitalier, qui vise à accroître l’efficacité dans le domaine des prestations, afin notamment de réduire les durées moyennes de traitement et de favoriser un transfert du stationnaire vers l’ambulatoire, induit aussi par l’évolution des technologies.

Mais, comme toujours, il existe des différences importantes entre la théorie et la pratique. Le DRG occulte le travail infirmier lié à l’âge, à l’état général de santé du patient et aux déterminants liés à son lieu de vie. Il dépend des changements des pratiques diagnostiques et thérapeutiques et de l’utilisation de règles arbitraires pour répartir les charges des différents départements, étant donné que la part des coûts de capital et d’éducation médicale est déduite arbitrairement. Il est également tributaire de la validation et de la saisie des données en fonction du diagnostic principal retenu et du nombre de diagnostics associés ou secondaires.

Entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier en 2012, il forme le volet le plus ambitieux de la révision partielle de la LAMAL, adoptée en 2007. Il semblerait cependant que les DRG induisent une hausse des coûts. Il me paraît donc indispensable de faire le point après 5 ans d’utilisation et de calculer de manière précise si ce mode de fonctionnement est réellement rentable. Je prie donc le conseil d’Etat de nous transmettre un rapport sur la rentabilité des DRG durant ces cinq dernières années.

*Renvoi à une commission avec au moins 20 signatures.*

*(Signé) Thierry Dubois  
et 30 cosignataires*

*Développement*

**M. Thierry Dubois (UDC) :** — SwissDRG, soit *Swiss Diagnosis related groups* est le système tarifaire de rémunération des prestations hospitalières en soins somatiques aigus. Il règle de manière uniforme l’indemnisation des prestations hospitalières selon des forfaits par cas. Le DRG facturé, basé sur une nomenclature tarifaire nationale, correspond à un forfait unique qui englobe l’ensemble des prestations à charge de l’assurance obligatoire des soins dispensés durant un séjour hospitalier. Il est calculé à partir d’un prix de base, soit le coût moyen par genre de cas, et évolue chaque année. Chaque séjour hospitalier est classé dans un groupe de pathologies et associé à une pondération de coûts sur la base de critères définis, comme le diagnostic principal, les diagnostics supplémentaires, les traitements et le degré de sévérité. La hauteur de l’indemnisation est calculée en multipliant un tarif de base, en vigueur dans l’hôpital, par la pondération de taux applicables aux forfaits par cas. La hauteur de la pondération des coûts (*Kostweit*) de chaque forfait est recalculée chaque année sur la base des coûts effectifs des hôpitaux suisses. Les principaux objectifs d’une telle pratique sont : encourager la concurrence, favoriser la liberté de choix pour le patient et améliorer l’ouverture des structures de soins hospitalières cantonales.

Grande nouveauté, les séjours hospitaliers hors canton sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. Ce mode de financement s'inscrit dans un contexte plus vaste de réaménagement de tous les domaines hospitaliers, qui vise à accroître l'efficacité dans le domaine des prestations, afin notamment de réduire les durées moyennes de traitement et de favoriser un transfert du stationnaire vers l'ambulatoire, aussi induit par l'évolution des technologies. Mais comme toujours, il existe des différences importantes entre la théorie et la pratique. Le DRG occulte notamment le travail infirmier lié à l'âge, à l'état général de santé du patient, et les déterminants liés à son lieu de vie. Il dépend également des changements des pratiques diagnostiques et thérapeutiques, et de l'utilisation de règles arbitraires pour répartir les charges des différents départements, étant donné que la part des coûts de capital et d'éducation médicale est déduite arbitrairement. Il est également tributaire de la validation de la saisie des données en fonction du diagnostic principal retenu et du nombre de diagnostics associés ou secondaires.

Entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012, il forme le volet le plus ambitieux de la révision partielle de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie adoptée en 2007. Il semblerait cependant que les DRG induisent une hausse des coûts. Il me paraît donc indispensable de faire le point après cinq ans d'utilisation et de calculer de manière précise si ce mode de fonctionnement est réellement rentable. Je prie donc le Conseil d'Etat de me transmettre un rapport sur la rentabilité des DRG durant les cinq dernières années.

**Le postulat, cosigné par au moins 20 députés, est renvoyé à l'examen d'une commission.**