

**RAPPORT DE LA COMMISSION THEMATIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE
chargée d'examiner l'objet suivant :**

Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur le Postulat Thierry Dubois et consorts - La facturation dans les hôpitaux publics d'une hospitalisation par un forfait de type DRG : une affaire rentable ?!

1. PREAMBULE

La commission s'est réunie le mardi 6 juillet 2021.

Présent-e-s : Mmes Claire Attinger Doepper, Josephine Byrne Garelli, Nathalie Jaccard (en remplacement de Sylvie Podio), Jessica Jaccoud, Elodie Lopez (en remplacement de Marc Vuilleumier), Chantal Weidmann Yenny. MM. François Cardinaux, Jean-Luc Chollet, Fabien Deillon, Stéphane Montangero, Olivier Petermann, Vassilis Venizelos, Blaise Vionnet, Philippe Vuillemin (présidence), Andreas Wüthrich. Excusé-e-s : Mme Sylvie Podio. M. Marc Vuilleumier.

Représentant-e-s du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : Mme Rebecca Ruiz, Conseillère d'Etat. M. Olivier Linder, Directeur hôpitaux et préhospitalier, Direction générale de la santé (DGS).

2. POSITION DU CONSEIL D'ETAT

Il est important de rappeler que le Canton de Vaud a été un des pionniers de l'implantation des DRG en Suisse. Ce système, créé aux Etats-Unis dans les années 1970, a été introduit en Suisse par le CHUV au début des années 2000. Il a été utilisé dans un premier temps pour répartir les budgets de l'institution entre les différents services avant d'être utilisé pour la facturation des prestations, auprès des assureurs accidents dans un premier temps puis auprès des assureurs maladie.

Toutefois, jusqu'en 2012, la rémunération des prestations ne comprenait pas le coût des investissements, qui étaient financés directement par les collectivités publiques, s'agissant des hôpitaux publics ou reconnus d'intérêt public. Si l'introduction des SwissDRG au niveau national a été une révolution au niveau de la prise en compte des charges d'investissements, elle a également modifié les pratiques des hôpitaux du canton sans pour autant révolutionner la prise en charge des patients, le virage étant intervenu plusieurs années auparavant. Elle a toutefois permis de comparer les hôpitaux à une plus large échelle, en particulier en standardisant la comptabilité analytique.

Le Conseil d'Etat décrit longuement ce que sont les DRG.

Nous renvoyons le Grand Conseil aux pages 3 à 7 du Rapport du Conseil d'Etat, qui apportent de nombreuses précisions sur ce sujet difficile à comprendre.

Pour notre rapport, nous reprenons les conclusions du Conseil d'Etat.

L'objectif de l'introduction des SwissDRG n'était clairement pas de mieux « rentabiliser » les hôpitaux publics et subventionnés, mais premièrement de définir une nouvelle modalité plus précise de calcul des coûts d'un séjour hospitalier, ceci dans une perspective de rétribution plus équitable. Tout système de financement vise principalement à répartir les coûts d'un hôpital entre les différents financeurs en fonction de critères permettant

d'orienter la prise en charge. Par rapport au financement par journée, qui dominait précédemment, les DRG ont eu comme effet de diminuer les durées moyennes de séjour, la rémunération de l'hôpital n'étant plus en fonction de ce critère. Ainsi, les mêmes infrastructures permettent de prendre en charge plus de patients.

Le système des DRG a également permis la mise en place d'un système transparent et permettant d'établir des comparaisons au niveau des coûts et de l'organisation de l'hôpital en favorisant les plus performants d'entre eux. De façon générale, le *benchmarking* est un outil fondamental du management hospitalier et, en ce sens, les DRG contribuent à l'amélioration de la gestion. En effet, la rémunération étant dépendante du calcul des coûts de l'ensemble des hôpitaux, ce système incite les hôpitaux dont les coûts dépassent la moyenne à se pencher sur leur organisation en identifiant les processus cliniques pour traiter telle ou telle pathologie. Les DRG contribuent au renforcement des logiques de prise en charge par filière de pathologies. Ces logiques, outre le caractère d'économicité qu'elles induisent, favorisent des prises en charge plus fluides, positionnant le patient au centre du parcours de soin.

La plus grande visibilité des activités déployées par les hôpitaux permet également aux cantons d'orienter leur planification hospitalière en fonction de critères qualitatifs et plus précis.

Cela dit, la performance d'un hôpital généraliste, public ou subventionné, n'est pas uniquement tributaire de son coût. Elle doit également répondre à des objectifs de santé publique et donc, un hôpital moins efficient, mais qui permet de prendre en charge une population à une distance raisonnable de son domicile, a parfaitement sa place dans le système sanitaire.

Enfin, le système des DRG a également permis de mieux attribuer le coût d'un séjour à un patient donné, répondant en cela aux injonctions des assureurs (maladie en particulier), qui peuvent désormais calculer plus précisément leurs risques en fonction de leurs assurés.

En cela, la mise en œuvre des SwissDRG a été « rentable » pour le système même s'il reste perfectible et même si un système régulé comme celui de la santé doit prendre en considération d'autres critères pour optimiser son organisation.

3. DISCUSSION GENERALE

La discussion générale, puis la lecture du rapport ont conduit à de multiples questions, preuve en est que les membres de la commission avaient envie de comprendre une fois pour toute un système très complexe, et que l'on peut remercier, ici, notre collègue Thierry Dubois, de nous avoir proposé ce postulat.

Les réponses très fouillées du Conseil d'Etat montrent sa volonté de partager avec le Grand Conseil un sujet que l'on n'appréhende que difficilement.

Nous donnons à la suite, les questions et réponses données à la commission.

S'il paraît simple de regrouper les patients atteints d'une pathologie déterminée, comment le système SwissDRG parvient-il à ventiler/grouper des patients multimorbides, souffrant parfois de quinze maladies en parallèle ?

Le système SwissDRG s'appuie sur un diagnostic principal qui oriente le patient considéré vers un type de DRG. En principe, le diagnostic principal est celui qui a amené le patient à l'hôpital. En cas de doute en la matière, le diagnostic principal est celui qui a généré le plus de coûts pour la prise en charge. Par exemple, pour une personne qui fait un malaise et chute à domicile, il n'est pas aisé de déterminer qui du malaise ou de la chute doit être pris en considération. Si cette personne séjourne en médecine interne pour vérification de ses paramètres de santé, le malaise sera retenu comme diagnostic principal. Si cette personne s'est cassé le col du fémur, la chute sera retenue pour ventilation dans le DRG adapté. Compte tenu de la subtilité du codage médical à réaliser, une nouvelle profession spécialisée, celle de codeur/codeuse, s'est développée. Beaucoup de comorbidités n'ont aucun impact sur le DRG. Les DRG essaient de déterminer quelles sont les comorbidités qui ont un impact du point de vue financier. Ainsi, si un fumeur est hospitalisé pour une appendicite, le tabagisme du patient n'aura probablement pas d'incidence sur la prise en charge de l'appendicite. Par contre, si un fumeur est hospitalisé pour un problème pulmonaire, le tabagisme du patient aura probablement un impact sur la pathologie, sur le coût de la prise en charge et donc sur le DRG. Des algorithmes permettent de déterminer quelles pathologies associées à une maladie donnée présentent ou non un impact financier sur la prise en charge du patient. Lorsqu'un hôpital a des cas qu'il ne parvient pas à rémunérer avec le DRG facturé, une demande peut être faite à SwissDRG de procéder à une analyse au niveau national. Si SwissDRG arrive à

la conclusion qu'une comorbidité donnée présente bien un impact sur le coût de la prise en charge, la nomenclature tarifaire est ajustée (création d'un nouveau DRG ou d'une nouvelle sous-catégorie de DRG).

Qui contrôle la qualité du codage effectué dans les différents hôpitaux ? Des pénalités existent-elles pour les hôpitaux qui abuseraient d'un codage qui leur serait favorable ?

Les codeurs/codeuses se basent sur l'information médicale à leur disposition. Aussi, la qualité du codage dépend de la qualité de l'information médicale à la base. Au niveau romand, une société (dans laquelle sont représentés les hôpitaux de la FHV¹, le CHUV, les cantons romands, les assureurs maladie et accident) est chargée de procéder à des audits du codage réalisé par les différents hôpitaux de Suisse romande. Cet auditeur externe indépendant produit des rapports réguliers qui renseignent sur l'existence éventuelle d'erreurs de codage et, cas échéant, sur la nature des erreurs commises (sous-codage ou sur-codage).

Le système SwissDRG donne l'impression d'une machine infernale liée à une intelligence artificielle présentant des biais. Si un hôpital veut gagner de l'argent, il lui faut faire sortir ses patients avant la fin du séjour programmée par le DRG. De surcroît, le système « tend l'élastique de plus en plus ». Quelles sont les possibilités de détendre l'élastique pour que celui-ci ne rompe pas ? Quelles sont les garanties que le bien-être des patients prime et que les DRG sont bien au service des patients et pas l'inverse ? Combien de temps le système va-t-il encore tenir ?

Les règles de facturation DRG spécifient que, si un patient est réhospitalisé pour la même pathologie dans les 18 jours, la sortie de l'hôpital est annulée et le DRG précédant continue de s'appliquer. Un hôpital qui sort trop vite ses patients ou prévoit une mauvaise prise en charge à la sortie se trouve donc pénalisé. Des garde-fous existent. Les assureurs se montrent vigilants à ce que les prestations soient délivrées de la meilleure manière possible.

Lecture du rapport

Le système DRG

Que se passe-t-il lorsque la durée du séjour hospitalier dépasse la durée prévue par le DRG dans lequel est assigné le patient ? Dans quelle mesure ne risque-t-on pas d'imputer injustement l'imprévisibilité associée à la santé humaine à une mauvaise performance de l'hôpital ?

Le calcul du *cost-weight* d'un DRG ne tient compte que du 90% des cas autour de la moyenne des coûts (*inliers*)². C'est ce *cost-weight* qui sera facturé de manière forfaitaire pour le DRG. Il ne tient pas compte des cas atypiques (*outliers*) en termes de durée de séjour (plus courte ou plus longue) mais pour lesquels le DRG dans lequel ils ont abouti reste correct. Pour les patients *outliers* qui sortent plus vite de l'hôpital que ce que le DRG prévoit, une retenue est appliquée à la facturation de l'hôpital. Pour les patients *outliers* dont le séjour dure plus longtemps que ce que le DRG prévoit, une facturation plus élevée est appliquée. Souvent, dans ces derniers cas, la facturation ne couvre néanmoins pas l'ensemble des coûts, l'objectif étant d'inciter l'hôpital à faire revenir ce type de cas dans la durée moyenne de séjour du DRG. Il est clair qu'un hôpital qui voit tous ses patients sortir avant la fin de séjour programmée par le DRG est avantagé. Si la sortie rapide ne s'accompagne pas d'une réhospitalisation dans les 18 jours, l'avantage financier pour l'hôpital bénéficie aussi au patient (durée de séjour courte, limitation des risques liés à l'hospitalisation elle-même, prise en charge ambulatoire efficace). Pour le patient qui reste à l'hôpital sans plus besoin de soins aigus (attente de placement), le séjour DRG est arrêté et les prestations sont facturées comme si le patient résidait en EMS.

Limites du système des DRG

N'est-il pas biaisé d'exclure les cas les plus lourds lors du calcul de chaque DRG ?

Les hôpitaux qui prennent en charge des patients plutôt légers, par exemple pour la pose d'une prothèse de la hanche, et les hôpitaux qui prennent en charge des patients plutôt lourds pour la même intervention reçoivent la même rémunération. Ainsi, les hôpitaux qui peuvent choisir leurs patients disposent d'un avantage comparatif par rapport aux hôpitaux qui ne peuvent pas choisir et prennent en charge des patients avec plus de comorbidités (grand âge, diabète par exemple). L'hôpital désavantagé peut à ce titre demander à SwissDRG d'analyser la situation en vue de la création d'un nouveau DRG pour la pose d'une prothèse de la hanche. Si SwissDRG crée un nouveau DRG avec un *cost-weight* plus élevé pour les patients plus lourds, par définition le *cost-weight* du DRG pour les patients qui restent, forcément plus légers, baissera. Le système s'équilibre

¹ Fédération des hôpitaux vaudois.

² Cf. graphiques en pages 4 et 5 du Rapport du Conseil d'Etat.

dans l'ensemble. L'évolution du système permet aux hôpitaux désavantagés, qui arrivent à identifier leurs patients plus lourds, de demander à SwissDRG une adaptation de la nomenclature tarifaire. Sur le moyen terme, les choses s'équilibrent.

Si la pondération de la lourdeur des cas est connue, par exemple pour un hôpital universitaire, pourquoi ne pas en tenir compte et créer des DRG spécifiques ?

La pondération de la lourdeur des cas (indice de *case mix*) ne porte pas sur les coûts. Elle prend en considération tous les patients de l'hôpital considéré. Ainsi, sans service de maternité et sans pédiatrie (indice de *case mix* de 0,4), l'indice de *case mix* du CHUV serait de 1,8 plutôt que de 1,4. L'indice de *case mix* ne dit pas si le coût de l'hôpital est élevé ou non. Il informe uniquement de la lourdeur des cas par rapport à la moyenne suisse. Quant au DRG, il fixe le coût moyen au niveau national. Il demeure qu'une négociation du prix du point DRG se déroule entre les assureurs et les hôpitaux. En l'occurrence, il a été admis au niveau national qu'il convenait de reconnaître que le coût des hôpitaux universitaires n'était pas intégralement couvert par le système des DRG. En conséquence, le prix du point DRG est plus élevé pour un hôpital universitaire que pour un hôpital régional.

Coût du capital et « éducation médicale »

Le Conseil fédéral a imposé un taux de 10% des DRG pour financer les charges d'investissement, alors que l'association faitière des hôpitaux suisses H+ réclamait 16%. Ce taux est-il périodiquement révisé ? Existe-t-il des chances d'amélioration en la matière ?

Les 10% ont été fixés avec l'introduction des SwissDRG en 2012. Pour le surplus, c'est une question de répartition des coûts entre les propriétaires des hôpitaux/le Canton et les assureurs. Ce taux de 10% n'est pas remis en cause et ne le sera pas. Aussi, des prestations d'intérêt général (PIG) de la part du Canton s'avèrent nécessaires afin de financer les investissements des hôpitaux, le taux de 10% ne suffisant pas à financer les investissements pour des infrastructures nouvelles.

A noter que la révision de la LAMal – paquet 1a, discuté par les Chambres fédérales, ne porte pas sur la question des DRG.

Quels outils ont été mis en place pour favoriser la formation dans certains domaines (médecine générale, pédiatrie, urgences, gériatrie) et orienter la formation des médecins vers les disciplines les moins recherchées ?

Le projet REFORME (RÉorganisation de la FORMation post-graduée en MEdecine en Suisse romande) vise à réorganiser la formation post-graduée des médecins, à inciter les médecins à choisir le plus tôt possible le titre qu'ils souhaitent atteindre ainsi qu'à aider ces derniers dans leur cursus afin qu'ils atteignent leur objectif le plus vite possible. Au niveau du canton de Vaud, la rémunération de la formation post-graduée dans les hôpitaux survalorise le coût de la formation pour la médecine interne ou les spécialités utiles pour répondre aux besoins de la population, et sous-valorise les formations post-graduées a priori moins directement utiles. Cette question est réglée par une directive départementale. La contribution au titre de la formation médicale post-graduée s'élève en moyenne à 30'000.- francs. La survalorisation/sous-valorisation peut aller de 120% à 70%.

Conclusions

En quoi les DRG permettent-ils aux cantons de mieux orienter leur planification hospitalière ?

Le modèle de planification hospitalière, approuvé par la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et appliqué par l'ensemble des cantons, utilise un regroupement de DRG, le concept GPPH (Groupes de prestations pour la planification hospitalière), qui permet de déterminer quelles sont les prestations d'un hôpital qui font partie d'un paquet de base et quelles sont les prestations qui relèvent d'un domaine de spécialisation et nécessitent un mandat particulier. Le concept GPPH, qui vient de Zürich, est construit sur la base des mêmes informations que le système des DRG.

Un commissaire remercie le département pour la qualité et la clarté du rapport livré. Un autre rend hommage au travail essentiel des codeurs/codeuses.

Un commissaire relève que, contrairement à ce qu'affirme le postulat, les DRG ne font pas augmenter les coûts de la santé.

4. VOTE DE LA COMMISSION

La commission recommande au Grand Conseil d'accepter le rapport du Conseil d'Etat à l'unanimité.

Lausanne, le 30 décembre 2021.

*Le rapporteur :
(Signé) Philippe Vuillemin*