

Contact

Pour de plus amples renseignements sur les forfaits par cas suisses:

www.swissdrg.org

SwissDRG SA

Haslerstrasse 21

CH-3008 Berne

Tél. +41 31 310 05 50

Fax +41 31 310 05 57

E-mail info@swissdrg.org

Les organismes responsables de la SwissDRG SA sont:



Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux
de la santé (CDS)
www.gdk-cds.ch



H+ Les Hôpitaux de Suisse
www.hplus.ch



santésuisse Les assureurs-maladie suisses
www.santesuisse.ch



Fédération des médecins suisses (FMH)
www.fmh.ch

Assureurs selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents,
l'assurance-invalidité et l'assurance militaire

«Les DRGs sont introduits depuis 5 ans sans problèmes en Suisse romande. Ils sont un instrument utile du financement hospitalier pour autant que les spécificités régionales, les conditions de travail et les mandats différenciés des hôpitaux soient pris en compte de manière adéquate.»

Pierre-Yves Maillard

Conseiller d'Etat, Département de la santé et de l'action sociale, Canton de Vaud

Les forfaits par cas dans les hôpitaux suisses

Informations de base pour les professionnels de la santé



Qu'est-ce que SwissDRG?

SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) est le système tarifaire national de rémunération des prestations hospitalières en soins somatiques aigus. Il règle de manière uniforme l'indemnisation des prestations hospitalières selon les forfaits par cas, conformément à la dernière révision de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal).

Dans le système des forfaits par cas SwissDRG, chaque séjour hospitalier est classé dans un groupe de pathologie 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 coûts applicable au forfait par cas. **Le système SwissDRG a été introduit dans toute la Suisse le 1^{er} janvier 2012.**

Large appui

SwissDRG SA est responsable de l'élaboration, du développement, de l'adaptation et de l'entretien du système suisse des forfaits par cas. Elle met en œuvre le mandat légal adopté par le Parlement en décembre 2007. La société anonyme d'utilité publique a été fondée le 18 janvier 2008. Elle est une institution commune des fournisseurs de prestations, des assureurs et des cantons. Ce large appui tient compte des différentes exigences et des besoins auxquels doit satisfaire le nouveau système de rémunération. SwissDRG SA et ses organisations partenaires s'engagent pour que le système des forfaits par cas continue à évoluer en Suisse et profite aux patients, assurés et contribuables.

«Pour rester compétitifs, les hôpitaux doivent fournir leurs prestations avec une qualité élevée et des prix avantageux. Les forfaits par cas créent des conditions positives pour cela. Plus de transparence et la vérité des prix favorisent la concurrence entre les hôpitaux. Tous les patients et patientes en bénéficient.»

Verena Nold
Directrice de santésuisse – Les assureurs-maladie suisses

Forfaits par cas: l'essentiel en bref / critiques et faits

1. Les forfaits par cas limitent l'autonomie des médecins

Les forfaits par cas servent à regrouper des prestations de santé pour constituer une base à leur compensation financière. Les forfaits par cas n'ont pas de répercussion directe sur les processus des traitements médicaux. La liberté thérapeutique est ainsi préservée. La relation tendue entre logique médicale et logique économique au sein de l'hôpital ne s'en trouve ni renforcée, ni résolue.

2. Les forfaits par cas n'apportent aucune amélioration à la qualité des soins hospitaliers

La qualité du traitement et des soins fait l'objet d'une surveillance indépendante, notamment sur la base de la répartition des patients et des prestations conformément à SwissDRG. Les tarifs sont établis de manière à garantir la qualité actuelle par une compensation couvrant les frais, mais aussi à l'améliorer grâce aux possibilités de comparaison.

3. Les forfaits par cas encouragent les interventions non justifiées d'un point de vue médical et menacent le traitement des patients dans son ensemble

La décision en faveur d'un traitement médical est prise indépendamment de la facturation ultérieure du séjour hospitalier concerné. Ce n'est qu'à la fin du traitement qu'a lieu la tarification selon SwissDRG. Cela permet de garantir que toutes les mesures nécessaires d'un point de vue médical seront prises également pendant le traitement, indépendamment de la compensation ultérieure, et ce même en cas de complications ou d'effets secondaires inattendus.

4. Les forfaits par cas font que les patients sortent prématurément de l'hôpital pour des considérations de rentabilité

Pour organiser et calculer les forfaits par cas, il est déterminé spécifiquement pour chaque traitement quelles sont les prestations nécessaires et combien de temps un séjour hospitalier doit normalement durer pour l'intervention médicale en question. Avec le système DRG, les hôpitaux ont plus intérêt à ne pas faire sortir trop tôt les patients, car les réadmissions dans un intervalle de temps défini ne peuvent pas faire l'objet d'un forfait par cas séparé.

Améliorations grâce aux forfaits par cas SwissDRG

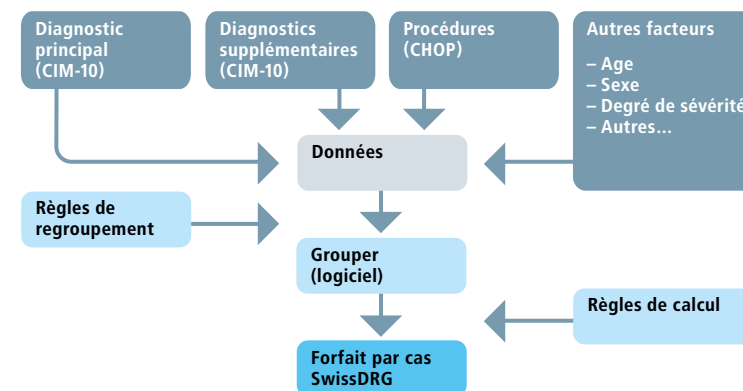
- Les forfaits par cas rendent les coûts des prestations médicales dans les hôpitaux comparables et transparents.
- Une rémunération basée sur les forfaits par cas est en adéquation avec les prestations, car elle repose sur les dépenses pour chaque groupe de patients.
- Les forfaits par cas apportent leur contribution à un système de santé financièrement supportable en Suisse.
- Les forfaits par cas permettent aux hôpitaux de tirer profit des potentiels d'économie existants et d'optimiser les processus. Dans un contexte de pénurie croissante de fonds pour les organismes publics et d'augmentation des coûts en raison du vieillissement de la population, il est nécessaire de traiter les patients le plus efficacement possible tout en garantissant un haut niveau de qualité. L'argent ainsi économisé peut ensuite être utilisé par exemple pour les traitements particulièrement complexes.
- Les forfaits par cas encouragent une orientation selon les processus à l'intérieur de l'hôpital et entre les différents fournisseurs de prestations. Ils renforcent ainsi la collaboration entre les différentes disciplines médicales et institutions.
- Les forfaits par cas simplifient la planification hospitalière supracantonale.
- A long terme, les patientes et patients profitent d'un processus de traitement optimisé et d'une qualité accrue grâce à la concurrence entre les fournisseurs de prestations.

«Les hôpitaux universitaires sont particulièrement exposés financièrement depuis la mise en place du système des forfaits par cas SwissDRG. C'est pourquoi nous nous engageons en faveur d'une structure tarifaire et de tarifs qui représentent et rémunèrent de manière appropriée les prestations des hôpitaux suisses tout en conservant une qualité médicale et des soins maximale.»

Dr Werner Kübler, vice-président de H+ Les Hôpitaux de Suisse, et membre du Conseil d'administration de SwissDRG SA; Directeur de l'hôpital universitaire de Bâle

Comment fonctionne le système SwissDRG?

La classification de cas hospitalisés dans un groupe de pathologie s'effectue après la sortie de l'hôpital et repose sur des caractéristiques médicales, par exemple les diagnostics principaux et supplémentaires, le poids à la naissance pour les nouveau-nés, les traitements et les données administratives, telles que l'âge, le type de sortie de l'hôpital et d'autres facteurs. La classification d'une hospitalisation dans un DRG est effectuée par un logiciel de regroupement (grouper). La hauteur de la pondération des coûts (costweight) de chaque forfait par cas SwissDRG est recalculée chaque année sur la base des coûts effectifs des hôpitaux suisses et publiée dans le catalogue des forfaits par cas.



CIM-10: L'Institut allemand pour la documentation et l'information médicale (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) élabore la classification internationale des maladies, 10ème révision. Elle est utilisée pour la classification des diagnostics dans les soins médicaux.

CHOP: L'office fédéral de la statistique publie la classification suisse des interventions chirurgicales. Elle est utilisée pour la classification des interventions chirurgicales et des traitements.

Le manuel de définition détermine la manière dont le logiciel de regroupement effectue la classification par DRG et donne des informations sur les définitions des différents groupes de pathologie. Ce manuel et le catalogue complet des forfaits par cas peuvent être consultés sur www.swissdrg.org

Le système SwissDRG poursuit son développement en tenant compte des progrès médico-techniques et des connaissances des professionnels de la santé. Cela garantit la prise en compte de l'évolution de la réalité de l'approvisionnement médical dans le système des forfaits par cas.

Mesures d'accompagnement pour promouvoir la qualité

Le bien-être des patientes et patients figure au premier plan des préoccupations. Quel que soit le type de système tarifaire utilisé, seuls les professionnels de la santé décident de la nécessité des interventions médicales. Des mesures d'accompagnement indépendantes et la participation des professionnels de la santé permettent par ailleurs d'optimiser continuellement le système.

En l'absence de réglementation, chaque système tarifaire, basé ou non sur des forfaits par cas, induit des incitations économiques qui peuvent entraver la qualité de traitement. SwissDRG SA a élaboré en collaboration avec ses partenaires des réglementations concrètes pour contrer de telles incitations. Il s'agit notamment des points suivants:

1. Durée du séjour hospitalier

Pour contrer l'incitation économique de renvoyer un patient trop tôt de l'hôpital, les hôpitaux font l'objet d'une réduction de leur forfait par cas si le patient reste moins longtemps à l'hôpital que le temps normalement prévu pour la pathologie en question. En outre, les hôpitaux ne reçoivent pas de forfait par cas supplémentaire si un patient doit être hospitalisé à nouveau en l'espace d'un certain délai pour la même maladie ou suite à des complications. Certaines pathologies pour lesquelles une réadmission régulière est médicalement justifiée sont exceptées de cette réglementation.

2. Qualité du traitement médical

Diverses études consacrées aux DRG ont montré que l'économicité ne se fait pas au détriment des patients. En Suisse, l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) ainsi que l'association H+ Les Hôpitaux de Suisse ont développé des critères de mesure. Elles publient régulièrement des rapports relatifs à l'évolution de la qualité de traitement dans les hôpitaux suisses (www.anq.ch).

3. Formation et perfectionnement du personnel médical et soignant

Les partenaires dans le domaine de la santé élaborent actuellement en continu des solutions pour que les hôpitaux qui s'engagent financièrement dans la formation et le perfectionnement ne soient pas discriminés par rapport à ceux qui ne forment pas de personnel.

4. Interaction entre traitement hospitalier et ambulatoire

Les expériences à l'étranger montrent qu'à la suite de l'introduction des forfaits par cas, le nombre de traitements ambulatoires a augmenté et que les patients sont plus vite transférés de l'hôpital vers des centres de réadaptation et de soins. Cette évolution est souhaitée et généralement judicieuse sur le plan médical. Les forfaits par cas favorisent la collaboration entre les différents fournisseurs de prestations et réduisent les doublons dans le traitement. On note également un transfert partiel de traitements du secteur stationnaire vers le secteur ambulatoire. L'évolution future des coûts et du volume des prestations dans les hôpitaux est surveillée conformément au mandat légal.

«Les patients veulent pouvoir bénéficier de soins de haute valeur. Pour continuer à garantir la qualité du système de santé helvétique, nous avons besoin de conditions-cadres saines. Une rémunération adaptée aux prestations en fait obligatoirement partie – y compris pour les cas au coût très élevé.»

Dr Pierre-François Cuénoud, vice-président de la FMH, responsable du département Tarifs et économie de la santé pour les médecins hospitaliers