Forfaits par cas en néonatologie en Suisse – de multiples défis

Olga Endrich, Berne, Agnes Genewein, Bâle
Traduction: Rudolf Schlaepfer, La Chaux-de-Fonds

En 2012 ont été introduits en Suisse les **forfaits par cas** pour les patients en soins aigus *(DRG, diagnosis related groups)*. La rémunération des hôpitaux se fait, depuis à un prix fixe par cas de traitement. Cela doit inciter les hôpitaux à traiter les patients le plus économiquement possible.

La base de ce système de rémunération est le **One-Hospital-Model**, c'est à dire un hôpital suisse théoriquement moyen. À cette fin Swiss-DRG SA calcule, sur la base des données fournies par les hôpitaux, les coûts d'un *inlier*, c.-à-d. d'un cas «normal»[a], d'une DRG et à partir de là, le **coût relatif** *(cost-weight)*. Les couts relatifs sont publiés annuellement par Swiss-DRG SA dans le catalogue des forfaits par cas.

Exemple: selon le catalogue Swiss-DRG 7.0 (2018), un nouveau-né en bonne santé a un coût relatif de 0.211 et une durée de séjour normale de 2-6 jours. La durée de séjour moyenne est de 3.6 jours.

High-outlier/low-outlier

La rémunération pour les patients à la durée de séjour plus longue que la durée de séjour normale se fait par un supplément. Pour les *low-outlier* l'hôpital ne perçoit pas le coût relatif entier mais subit une réduction. Le calcul des suppléments/réductions se fait pour chaque DRG sur la base de la structure globale des coûts et des coûts différentiels. Il n'est pas toujours possible de tenir compte de certaines caractéristiques des cas (diagnostics, traitements), ce qui peut engendrer des distorsions de suppléments ou de réductions.

Exemple: P67D nouveau-né en bonne santé: s'il rentre à domicile le jour 1, le cas obtient un coût relatif de 0.211 – 0.072 = 0.139. Si le nouveau-né rentre le jour 7, le coût relatif pour le cas sera de 0.211 + 0.039 = 0.250.

Le **produit** perçu par l'hôpital de la part des assurances se calcule en multipliant le coût relatif par cas par le **coût de base** *(baserate)*. Celui-ci est négocié individuellement par chaque hôpital avec les assureurs et l'assurance invalidité. Idéalement le prix de base couvre les frais de l'hôpital.

Un coût relatif de 1.0 est une valeur de référence importante. Pour la gestion financière de l'hôpital sont essentiels les **coûts moyens par cas**, générés pour le coût relatif 1.0. Les coûts moyens par cas peuvent être calculés pour l'hôpital dans son ensemble ou pour chaque DRG. Lorsque le coût moyen par cas se situe au-dessus du coût de base, l'hôpital enregistre une perte pour cette DRG ou groupe DRG.

La hauteur du coût moyen par cas dépend de plusieurs facteurs, à savoir les caractéristiques du patient, structurelles, économiques et d'éléments de politique régionale. En raison de cette multitude de facteurs, les coûts moyens par cas ne sont pas un moyen idéal pour une comparaison économique entre hôpitaux.

En effet la sélection des patients, les besoins structurels (hôpitaux de soins finaux) et les subventions (prestations d'intérêt public) conditionnent énormément les coûts moyens par cas. Ainsi Widmer et al. (2017) ont pu démontrer dans l'étude sur les surcoûts des cliniques pédiatriques indépendantes, que 99.6% des coûts de ces hôpitaux s'expliquent par la sélection des patients et des caractéristiques structurelles[1)]. Seulement 0.4% ne sont pas explicables et peuvent donc être attribués à des problèmes d'inefficacité.

Unique est la **méthode du benchmarking** suisse qui compare les coûts moyens par cas de différents hôpitaux afin de déterminer le prix de base d'un hôpital individuellement. Actuellement on se base sur le percentile 40 voire 20. Cela signifie que pour 60% resp. 80% des hôpitaux de soins de base, les coûts occasionnés ne sont pas couverts par les assureurs. Le but étant d'obliger les hôpitaux à produire de manière plus économique. Toutefois les coûts non couverts des hôpitaux seront alors, la plupart des fois, comblés par les patients avec une assurance complémentaire. En Suisse les enfants et adolescents n'ont en général pas d'assurance complémentaire, la pédiatrie hospitalière ne peut donc pas ou rarement bénéficier de cet apport complémentaire.

Analyse des forfaits par cas

Les coûts moyens par cas peuvent être utilisés pour analyser la manière dont se comportent les différents DRG. Lorsqu'à un groupe de patients identiques ou très semblables a été attribué un coût moyen par cas se situant régulièrement au-dessus ou au-dessous du prix de base des différents hôpitaux, on peut en déduire, avec certaines réserves, que les coûts moyens par cas pour ce groupe de patients sont trop élevés ou trop bas. Cela a son importance dans la mesure où des distorsions peuvent facilement intervenir lorsqu'il s'agit d'un petit groupe de patients ou en raison de différences d'âge.

Des demandes de correction et d'adaptation des forfaits par cas peuvent être soumises annuellement à Swiss-DRG SA[2)]. Le catalogue des procédures CHOP et les directives de codage sont par contre de la compétence de l'office fédéral des statistiques OFS[3)]. Là aussi des demandes peuvent être faites chaque année. La procédure de mise en œuvre des demandes est fastidieuse et dure en général 5 à 6 ans. Raison pour laquelle de nouvelles méthodes de traitement ou des thérapies innovantes ne seront prises en compte dans le tarif Swiss-DRG qu'après des années.

Qualité des données – condition pour une bonne différentiation des groupes de cas

Pour la différentiation des groupes de cas, la qualité des données de coûts et des statistiques médicales est décisive. Une description précise de la situation clinique et une attribution exacte des coûts sont le fondement de l'évolution des tarifs. Des problèmes peuvent apparaître lorsque les codes diagnostiques ne permettent pas une graduation de la gravité du cas. Les codes ICD-10 contiennent, pour les nouveau-nés, en même temps des troubles de l'adaptation anodins

[a] Inlier: la durée de séjour normale d'un forfait par cas est calculée statistiquement par Swiss-DRG à partir des données fournies par les hôpitaux.

comme des situations graves, exigeant une prise en charge spécialisée. Une solution possible est de refléter les frais de traitement au moyen de mesures bien définies, comme p. ex. le traitement complexe dans un service de soins intermédiaires ou intensifs.

Particularités du MDC 15 – nouveau-nés

Le MDC[b] 15 est le groupe de cas qui réunit tous les forfaits par cas de nouveau-nés. Ces forfaits par cas commencent par la lettre P. Ils sont suivis d'un chiffre qui regroupe un sous-groupe de patients, puis d'une lettre A à D (ou E). A signifie en général un forfait par cas particulièrement coûteux et D le moins cher. Dans le système des forfaits par cas est attribué à chaque forfait par cas un coût relatif comparé au coût relatif calculé de 1 point. Le forfait par cas reflète la dépense en ressources et décrit ainsi indirectement la sévérité de la situation médicale.

Les nouveau-nés sont répartis en premier lieu d'après le **poids de naissance**, et à l'intérieur des catégories de poids selon les diagnostics et/ou les interventions. L'âge gestationnel ne peut actuellement être pris en compte qu'indirectement à travers le poids le naissance. Ceci est dû à l'historique des forfaits par cas. Le développement des forfaits par cas a débuté au début des années 1970 par Fetter et Thompson à la Yale School of Management[4]. La détermination précise de l'âge gestationnel par échographie n'était alors qu'à ses débuts voire au stade expérimental. Les prématurés extrêmes n'avaient que peu de chances de survie et la néonatologie n'était pas établie en tant que spécialité. La compréhension de la physiopathologie et les traitements n'étaient que peu différenciés.

Le poids de naissance était une possibilité de répercuter des groupes avec de coûts comparables. Mais cela ne précise pas la maturité du nouveau-né. Les catégories de poids de nouveau-nés au poids normal (percentiles 3-97) comprennent en effet environ 7 semaines *(tabl. 1)*[5]. Pour les prématurés, notamment pour les late preterms (>32 semaines de grossesse), la maturité est toutefois un prédicteur médical important pour la durée d'hospitalisation.

Aujourd'hui nous connaissons l'**âge gestationnel** de la grande majorité de nouveau-nés. D'autres systèmes DRG englobent donc entretemps l'âge gestationnel dans le forfait par cas. Le système australien 7.0 (2017) connaît 12 forfaits par cas incluant l'âge gestationnel. Il différencie les nouveau-nés avec un poids de naissance > 2500 g en 4 DRG de plus et 4 de moins de 37 semaines de grossesse. Et il différencie d'après l'âge gestationnel de moins ou plus de 32 semaines de grossesse également les nouveau-nés dans les catégories de poids 1000 -1249 g et 1250-1499 g.

Outre la problématique qui consiste à avoir recours au poids de naissance comme critère économique, le **petit nombre de cas** est un défi supplémentaire pour le calcul statistique des forfaits par cas. Un forfait par cas est bon lorsqu'il représente des cas le plus homogènes possibles et qu'il affiche peu d'écarts. Parmi les 32 DRG néonatologiques, Swiss-DRG SA compte pour 12 DRG sur moins de 100 cas, pour 8 DRG sur moins de 50 cas[c]. Des variations annuelles des forfaits par cas peuvent se produire en raison d'adaptations de la logique du grouper ou de modifications de la population de patients. Pour les hôpitaux cela signifie une insécurité de planification.

La sélection négative par la prise en charge de nouveau-nés plus sévèrement malades que la moyenne, entraîne des déficits qui ne peuvent pas être compensés par des cas rentables. Ceci est notamment le cas pour les hôpitaux et cliniques pédiatriques ne prenant en charge que des nouveau-nés malades.

Le nouveau-né en bonne santé son reflet P67D

Le groupe de cas P67D ne comporte, par définition, que des nouveau-nés en bonne santé avec un poids de naissance > 2499 g. Avec un coût relatif de 0.211 (Swiss-DRG 7.0), ce forfait par cas a le coût relatif le plus bas dans le catalogue des forfaits par cas. Tous les cas avec un problème spécifique (diagnostic codé selon ICD-10), nécessitant une intervention chirurgicale ou autre (procédure CHOP) et un poids de naissance < 2500 g, sont attribués à un autre DRG du MDC 15. Après exclusion de tous ces facteurs, ce groupe de cas représente une catégorie résiduelle et en même temps, avec 58'991 cas, le plus grand groupe de cas en Suisse[d].

En plus du code Z38 (nés vivants), 51.6% des cas comprennent un diagnostic secondaire codé. Environ 13% de ces diagnostics nécessitent un traitement et un monitorage, des examens complémentaires, des soins et/ou prise en charge médicale.

Le plus grand groupe est formé par les troubles de l'adaptation transitoires (e. a. syndrome de détresse respiratoire, troubles électrolytiques, troubles métaboliques suite à un diabète maternel). Un groupe particulièrement critique est composé d'enfants avec un âge gestationnel entre 28 et 37 semaines et d'enfants avec un RCIU (< P 10) et qui pré-

< 750	23+3 – 30+2
- 1000	25+2 – 32+0
- 1250	25+3 – 33+2
- 1500	28+2 – 34+3
- 2000	30+5 – 36+6
- 2500	32+3 – 39+3
Nouveau-né à terme	37+0-41+6: 2.05 kg (P3) – 4.85 kg (P97)

Tableau 1: Poids normal percentiles 3-97 (filles) selon semaines de grossesse (d'après Fenton et al[5].)

Mesures	Nombre de cas, tous les hôpitaux
99.B8.3 Traitement complexe en soins intermédiaires, nouveau-né	108
99.B7.3 Traitement complexe en soins intensifs, nouveau-né (procédure de base)	112
89.38.15 Oxy-cardio-respirogramme, hospitalisé pour surveillance	549
99.84 Isolation (gouttelettes, contact)	87
99.28.1 Autre immunothérapie	52
99.22.1 Injection d'une substance anti-infectieuse	215

Tableau 2: Aperçu de procédures codées DRG P67D, données 2016

[b] MDC = major diagnosis category, [c] Source: explorateur de données Swiss-DRG 7.0, données 2015, [d] Source: webfeedback Swiss-DRG 7.0, données 2016

sentent, malgré un poids de naissance >2499 g et en absence d'une pathologie spécifique, souvent une mauvaise adaptation et un décours prolongé. Les hôpitaux universitaires (HU) et les hôpitaux pédiatriques indépendants (HP) prennent en charge une partie disproportionnée d'enfants P67D avec une pathologie (CU, HP 68.7% de diagnostics secondaires, tous les hôpitaux sans HU/HP 47.6%), e.a. des *late preterm* ou des enfants avec un trouble transitoire *(fig. 1)*.

Bien que le nombre de cas ne soit pas très grand, ce sont justement ces cas nécessitant un séjour en soins intensifs ou intermédiaires qui occasionnent des coûts importants, les déficits engendrés ne pouvant être compensés.

Ce sont en effet les nouveau-nés «sains» en soins intensifs qui ont la couverture de coûts la plus défavorable, entre 20 et 40%. D'une part l'affection ou le trouble transitoire ne peut souvent pas être codé avec précision, d'autre part lorsque l'évolution est favorable et le retour en maternité rapide, les nouveau-nés ne séjournent que temporairement, pour observation et monitorage, dans un service de soins intensifs ou intermédiaires.

On peut considérer très positive l'évolution du système Swiss-DRG (6.0) qui prend en compte, en tant que procédure et depuis 2017, le traitement complexe en soins intermédiaires dans un service spécialisé. N'est par contre pas retenue la prise en charge de nouveau-nés dans un service de néonatologie spécialisé (non soins intermédiaires ou intensifs), notamment lors d'observation de troubles transitoires sans diagnostic définitif *(tabl. 2)*.

La rémunération correcte des nouveau-nés malades reste toujours et encore un grand défi pour le système Swiss-DRG. Cela tient surtout au petit nombre de cas par DRG, au catalogue de diagnostics ICD-10 peu différencié, à la qualité des données tout comme à la sélection des patients de chaque hôpital.

Références

1) https://www.swissdrg.org/application/files/8515/1325/7799/Polynomics_Fallkostenanalyse_Kinderspitaeler_Schlussbericht.pdf
2) http://www.swissdrg.org/fr/readaptation/st-reha/procedure-de-demande
3) https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/nomenclatures/medkk/procedure-demande.html
4) Fetter RB, Thompson JD, Mills RE. A system for cost and reimbursement control in hospitals. 1976. Yale J boil Med. 2000 Jan-Dec; 73(1-6):411-24
5) Fenton TR, Kim TH, A systematic review and meta-analysis to revise the Fenton growth chart for preterm infants, 2013;13:59

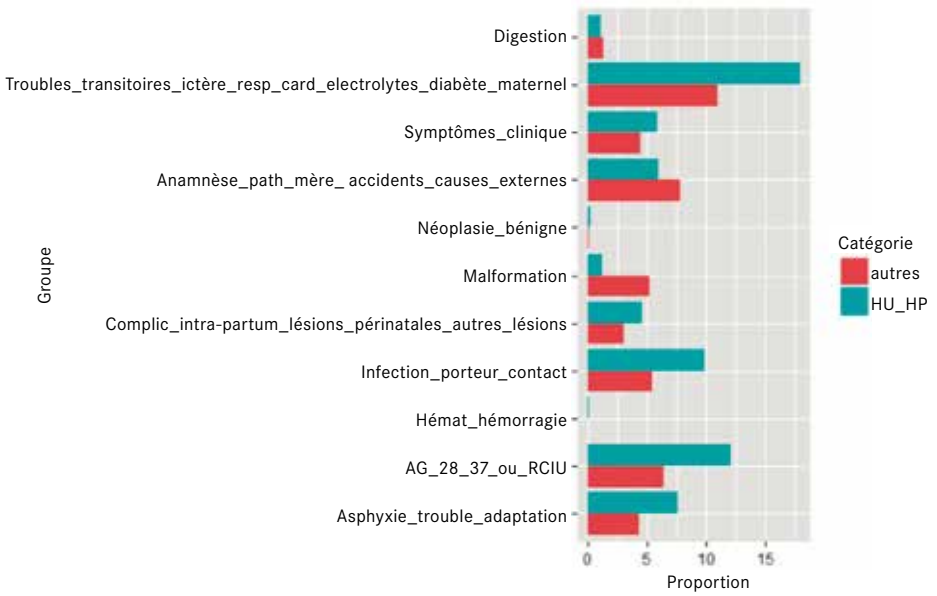


Figure 1: Proportion des cas avec diagnostics secondaires diagnostiqués dans le DRG P67D nouveau-né, poids à l'admission >2499 g (HU_HP: hôpitaux universitaires et hôpitaux pédiatriques indépendants; autres: tous les hôpitaux ad exception des hôpitaux universitaires et pédiatriques indépendants, proportion en %)

Correspondance

Dr. med. Olga Endrich
Leiterin operatives Medizincontrolling
Inselspital, Universitätsspital Bern
Freiburgstrasse
30010 Bern
olga.endrich@insel.ch

Dr. med. Agnes Genewein
Geschäftsführerin
Allianz Kinderspitäler der Schweiz
c/o Universitäts-Kinderspital
beider Basel UKBB
Spitalstrasse 31
4056 Basel
agnes.genewein@ukbb.ch

Les auteurs n'ont pas déclaré de soutien financier ou d'autres conflits d'intérêts en relation avec cet article.