

Missions et responsabilité de SwissDRG SA

Le 21 décembre 2007, le Parlement a adopté une révision de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) qui comporte une nouveauté importante : les traitements hospitaliers seront désormais facturés avec des forfaits par cas uniformes à l'échelle nationale, au sens d'un calcul des coûts complets, incluant également les coûts d'investissement des hôpitaux. Cela signifie l'abandon du financement par objet au profit d'un financement par personne axé sur les prestations. En outre, il a été décidé du libre choix de l'hôpital : les patient(e)s doivent être en mesure de choisir librement (avec certaines restrictions) l'hôpital dans lequel ils/elles souhaitent se faire soigner. Le Conseil fédéral et le Parlement ont adopté cette révision dans l'objectif de maîtriser les coûts et d'accroître la concurrence entre les hôpitaux. Afin de laisser aux parties concernées assez de temps pour la préparation, l'introduction du système de forfaits par cas a été fixée à 2012.

Nouveau système de facturation pour les hôpitaux

Les séjours dans les hôpitaux, cliniques et maisons de naissance suisses sont désormais facturés sur une base uniforme. Les opérations de l'appendicite, le traitement hospitalier de personnes souffrant de troubles psychiques ou le traitement de personnes atteintes de maladies pulmonaires dans une clinique de réadaptation sont rémunérés selon des forfaits par cas. L'objectif : rémunérer de manière homogène les traitements présentant des tableaux cliniques similaires.

Pour ce faire, SwissDRG SA a développé trois structures tarifaires en vigueur à l'échelle nationale :

- SwissDRG pour les traitements hospitaliers (forfaits par cas)
- TARPSY pour les traitements psychiatriques hospitaliers (forfaits journaliers)
- ST Reha pour le rétablissement des personnes dans une clinique de réadaptation (forfaits journaliers)

Dans le domaine des prestations hospitalières de soins aigus, chaque séjour dans un hôpital, une clinique ou une maison de naissance est affecté à un groupe de cas («Diagnosis Related Group» DRG) sur la base de certaines caractéristiques. Le groupe de cas correspond à un groupe de patient(e)s présentant des diagnostics ou traitements identiques ou similaires.

La rémunération pour l'hôpital résulte de l'affectation à un groupe de cas, du cost-weight de ce groupe de cas et du prix de base (baserate) de l'hôpital. Le cost-weight d'un groupe de cas reflète l'investissement moyen en soins et le prix de base la structure de coûts de l'hôpital.

Exemple de cas

Une arthrose de la hanche est diagnostiquée chez une patiente de 57 ans. Une prothèse de hanche est implantée dans le cadre d'une hospitalisation. La patiente reste quatre jours à l'hôpital, aucune complication n'est rapportée.

DRG	Intervention	Cost-weight	Prix de base	Coûts
I46C	Implantation d'une prothèse de hanche	1,547	CHF 9'800.-	CHF 15'160.60

La rémunération perçue par l'hôpital pour le traitement de la hanche varie ici entre 14 700 et 17 800 francs en fonction du niveau de prestation de l'hôpital et d'autres facteurs régionaux en raison du prix de base différent. Important : tous les coûts nécessaires au traitement, outre l'opération et toutes les prestations médicales et de soins, notamment pour la prothèse, etc. sont inclus dans cette rémunération.

Avantages des forfaits par cas

Les forfaits par cas rendent les coûts des prestations médicales comparables et transparents. Ils présentent également d'autres avantages importants :

- Les forfaits par cas contribuent à un système de santé financièrement supportable.
- Ils permettent aux fournisseurs de prestations de tirer profit des potentiels d'économie existants et d'optimiser les processus.
- Ils incitent à fournir aux patient(e)s le traitement le plus efficace possible.
- À long terme, les patient(e)s profitent d'un processus de traitement optimisé et d'une meilleure qualité grâce à la concurrence entre les hôpitaux.

Le rôle de SwissDRG SA

SwissDRG SA a pour mission légale d'entretenir et de développer les structures tarifaires des systèmes de forfaits par cas. Cette activité repose sur les données annuelles relatives aux coûts et aux prestations transmises à SwissDRG SA par les hôpitaux suisses, les services de psychiatrie et les cliniques de réadaptation. Toutes les prestations hospitalières sont prises en compte de manière équivalente dans l'évolution des tarifs, indépendamment de la situation et de la structure des différents hôpitaux, cliniques ou maisons de naissance. Chaque nouvelle version tarifaire doit être présentée au Conseil d'administration de SwissDRG SA et au Conseil fédéral pour approbation avant son entrée en vigueur.

Les organismes responsables de SwissDRG SA sont les fournisseurs de prestations, les assureurs sociaux et les cantons, à savoir

- H+ Les Hôpitaux de Suisse
- Fédération des médecins suisses (FMH)
- santésuisse, les assureurs-maladie suisses
- curafutura, les assureurs-maladie innovants
- Commission des Tarifs Médicaux LAA (CTM)
- Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)

Important : avec ses structures tarifaires, SwissDRG SA ne fournit que la réglementation technique et n'est pas responsable des tarifs des différents hôpitaux ni de leur sur- ou sous-financement : le prix de base (baserate) pris en compte pour les différents traitements est négocié dans chaque canton entre les hôpitaux et les assureurs. Le baserate LAMal est ensuite approuvé ou fixé par le canton compétent.