

Margrit Kessler

Les DRG ne sont d'aucune utilité aux patients

Les objectifs espérés en politique de la santé, comme que la transparence, la comparabilité et la diminution des coûts n'ont pas été atteints: tel le montre l'expérience faite dans les pays et les cantons ayant déjà introduit les forfaits par cas liés au diagnostic.

Malgré ces constats, la Suisse va introduire un système national de DRG encore plus radical que dans tous les autres pays. Voici les trois points principaux issus de la réflexion de la Fondation Organisation suisse des patients OSP.

Sécurité des soins et sorties d'hôpital rapides

Comment peut-on assurer la sécurité des soins si l'on pousse aussi vite que possible les patients vers des établissements de convalescence? Ces établissements ne subissent pas de contrôle. Quelques-uns d'entre eux se préparent déjà à être en mesure de recevoir des patients fraîchement opérés. De notre point de vue, les maisons de convalescence ne disposent ni des infrastructures adaptées ni du personnel formé à recevoir des patients de soins aigus. Les deux exemples qui suivent illustrent le fait que dans les hôpitaux ayant introduit les forfaits par cas, les sorties d'hôpital prématurées forment déjà une réalité. *Monsieur M. a dû subir l'ablation d'une tumeur de l'encéphale dont l'opération a duré huit heures. Le cinquième jour postopératoire, son épouse a trouvé à son chevet un travailleur social en train de lui expliquer que le lendemain, donc le 6^{ème} jour après l'opération, il serait transféré en clinique de convalescence. En raison de l'opération, le patient n'était pas en mesure de parler. Des larmes coulaient sur ses joues, exprimant ainsi sa consternation. Sa femme, refusant d'admettre un transfert aussi hâtif, a réussi à le repousser de quelques jours. Puis on assit le patient dans un bus en compagnie de quatre autres patients, on attachait sa ceinture de sécurité et on le transporta sans autres égards ni accompagnement de personnel. Le transport a duré textuellement trois heures y compris 30 minutes d'attente d'un autre patient: Monsieur M. est arrivé à la clinique de réhabilitation épuisé et malade. Selon la constatation de son épouse, ce transport inadmissible a aggravé l'état du patient. Elle voulut savoir pourquoi il avait dû sortir si rapidement de l'hôpital. C'est là que des personnes qui en avaient la compétence lui parlèrent des DRG et des forfaits par cas qui n'autorisent pas d'hospitalisation de plus longue durée. Ou alors: Monsieur L. s'est adressé à l'OSP pour savoir ce qu'il pouvait entreprendre. On allait le transporter en bus à la clinique de Montana, il allait devoir rester assis et le transport allait durer deux heures et trente minutes. Il est plein de métastases et ses douleurs de dos ne lui permettent pas de rester en position assise durant le transport. S'il voulait un transport en ambulance, il devait le payer lui-même, ce qui n'était pas dans ses moyens. Je lui ai conseillé d'en parler à son médecin, à quoi il m'a répondu qu'il avait déjà essayé de le faire. «Demain je dois sortir de l'hôpital, partir dans un endroit quelconque, ils me mettent littéralement à la porte» dit ce patient. Cet hôpital fait déjà sa comptabilité sous le régime des forfaits par cas resp. des DRG.*

Protection des données

La protection des données représente un gros problème. Les spécialistes de ce domaine pensent qu'au sein des caisses maladies, rien ne peut plus fonctionner sans rapport d'opération ni rapport de sortie. Bientôt les caisses maladie voudront consulter le dossier

médical tout entier. Comme elles sont contraintes à faire des économies, nous craignons que ces informations ne se retournent de plus en plus contre le patient. Les médecins conseils sont employés par les caisses maladies. Ils sont plus proches des organismes de financement que des patientes et des patients. En Allemagne par contre, les médecins conseils font partie du «service médical». Ce service est strictement séparé des caisses maladies. Lors de l'introduction des DRG, la Fondation Organisation suisse des patients OSP exige pour la Suisse également un service médical autonome capable de résoudre le problème de la protection des données.

Il est de l'intérêt des caisses maladie de recueillir le plus grand nombre possible de données sur les assurés. C'est d'autant plus important qu'elles proposent des assurances complémentaires. Il est à craindre que cette collection de données ne corresponde pas à la réalité. Pour améliorer les forfaits par cas, il arrive que les codeurs rajoutent des diagnostics supplémentaires aux patients. Ce problème nous est déjà connu et il date d'avant l'introduction du TARMEED. Pour se faire payer l'entretien, certains médecins avaient comptabilisé des entretiens psychiatriques, même si les patients n'avaient consulté que pour une grippe. Lorsqu'ils ont pu vérifier leurs données, grande était la surprise de ces patients de voir pourquoi l'admission dans une assurance privée leur était refusée. Ils figuraient comme malades psychiques dans les dossiers de leur caisse maladie.

Trop de questions et de promesses n'ont pas trouvé de réponse, et il faut d'abord les clarifier.

Conséquences sur les secteurs en amont et en aval

Les conséquences sur les domaines en amont et en aval seront considérables. Ainsi les patients ayant besoin de médicaments coûteux seront adressés aux services ambulatoires. Nous sommes au courant du fait que les oncologues préparent de nouveaux plans de traitement. A des patients gravement malades, on administrera les cytostatiques essentiellement en milieu ambulatoire, afin que ces charges ne pèsent pas sur les forfaits par cas. On réfléchit également à adresser les implantations de prothèses coûteuses – comme les prothèses d'incontinence, dont le coût se monte à 30 000 francs suisses – au secteur ambulatoire, encore une fois pour ne pas charger les forfaits par cas. Ce transfert pèsera d'un poids démesuré sur les primes de caisse maladie, car elles sont tenues de rembourser le 100% des soins ambulatoires.

Les primes de caisses maladies subiront une augmentation énorme, tandis que la collectivité des contribuables verra sa charge allégée. Les coûts subiront un déplacement vers les primes de caisse maladie, ce qui accablera davantage chaque individu. Trop de questions et de promesses n'ont pas trouvé de réponse, et il faut d'abord les clarifier. Pour cette raison, l'OSP exige un moratoire de cinq ans sur les DRG.

Correspondance:
Margrit Kessler
Präsidentin SPO Patientenschutz
margrit.kessler@spo.ch
www.spo.ch