

Alfred Jencio

Expériences d'un médecin de famille allemand au sujet des DRG

Depuis près de 30 ans, j'exerce en tant que médecin de famille dans une ville chef-lieu du sud de l'Allemagne. Parfois, je soigne la troisième génération d'une même famille.

Aujourd'hui encore, j'essaie d'appliquer la devise suivante dans mon travail:

- Le médecin de famille est le premier interlocuteur pour tous les problèmes de santé de tous les êtres humains.
- Il s'occupe globalement de tous les soucis et besoins de santé de ses patients.
- Tant que sa formation professionnelle personnelle et l'équipement de son cabinet le permettent, il se charge également du traitement, sinon il adresse le patient à des spécialistes.
- Le cabinet médical est le lieu où tous les documents médicaux d'un patient sont regroupés.

L'attention, l'expérience et l'utilisation économe de la technique sont les instruments centraux de l'activité du médecin de famille.

Mon expérience avec les DRG en Allemagne

Le modèle des DRG a été introduit en Allemagne en 2004. Dans les cliniques, il a pris le relais de la facturation selon des taux journaliers. Autrefois, les jours d'hospitalisation constituaient la base de facturation. Le montant du taux journalier était différent pour chaque clinique et il était le résultat de discussions plus ou moins vives.

Avec les DRG, la clinique perçoit pour chaque diagnostic le même montant. Si elle laisse sortir le patient rapidement, elle fait des profits (quel vilain terme pour des domaines où il est question de la santé voire de la vie des gens). Si le traitement est plus long, la clinique fait des pertes. Par ailleurs, les paiements se font uniquement pour une maladie. Ainsi, si un patient présentant plusieurs affections se présente à la clinique avec un diagnostic principal et plusieurs diagnostics secondaires pertinents, comme par ex. en plus d'une pneumonie, une hypertension, un diabète et une cardiopathie coronaire, la situation est très désavantageuse sur le plan financier pour la clinique.

Le médecin de clinique doit se demander quelle maladie traiter en premier ou même quelle maladie traiter au juste, quelle maladie traiter «en bonus» et quelle maladie «oublier». Il est également préférable qu'il détermine dès l'admission le jour de sortie du patient.

J'allais oublier: la solitude affective ou le manque de courage de vivre peuvent être des facteurs prédisposants, mais ils ne sont pas des maladies au sens des DRG. Par conséquent, ils ne peuvent pas être facturés, autrement dit, ils ne peuvent pas être intégrés dans l'emploi du temps. Si je parais ironique ou cynique, je tiens à préciser que mes propos ne sont pas dirigés contre mes collègues travaillant en milieu hospitalier. Ils n'ont pas inventé ce système, ils doivent uniquement s'y soumettre.

Ce qui me paraît néanmoins très cynique est que dans ce système, ce n'est pas la médecine qui tire les ficelles mais l'argent.

La question certainement pertinente de savoir quelles sont les conséquences financières d'une intervention médicale a abouti à un retournement des priorités, à mon avis fatal. Comment puis-je en tant que

clinique faire des profits? Comment puis-je élégamment me défaire des patients non rentables à soigner? Une formulation positive serait donc: Comment puis-je me forger une position marketing unique?

Comment cela se traduit-il concrètement pour nous, médecins de famille?

Spontanément, la situation suivante me vient à l'esprit: sans cesse, des proches de patients viennent me voir avec la demande «Docteur, ne pourriez-vous pas parler avec la clinique pour qu'ils gardent le patient encore quelques jours. L'opération s'est bien passée mais il est encore si faible. Il peut à peine aller seul aux toilettes». Je suis alors obligé de leur répondre que s'il n'y a «plus que» des soins à dispenser, le patient doit sortir de l'hôpital.

Une autre conséquence est que pour toujours plus de domaines, nous avons besoin de personnel spécialisé qui, grâce à ses compétences, poursuit le travail débuté à la clinique. Je pourrais ainsi vous donner l'exemple des personnes spécialisées dans le soin des plaies ou la nutrition entérale.

Pour nous, ceci implique un plus grand nombre de consultations à domicile.

Toutefois, comme les honoraires perçus pour ces visites sont très modestes voire inclus dans des forfaits, certains collègues pourraient se demander comment esquiver ces visites. En ces temps d'optimisation budgétaire, la «délégation» de traitements coûteux, comme par ex. la prophylaxie antithrombotique, constitue un problème dans le domaine ambulatoire. Particulièrement au début des DRG, les cliniques ont essayé de transférer le diagnostic préopératoire au domaine ambulatoire.

J'aimerais encore parler d'un autre point central: l'effet carrousel. Si nous, médecins de famille, pensons que le patient, dans son état, n'aurait pas encore dû sortir de l'hôpital, nous essayons de le ré-hospitaliser le plus rapidement possible.

Une autre explication de ce phénomène réside à nouveau dans le système des DRG. Plusieurs séjours courts pour différentes maladies sont plus attrayants sur le plan financier pour les cliniques qu'un patient multimorbide. Les cliniques disent alors qu'elles s'occupent d'abord d'une maladie et que nous devons leur ré-adresser plus tard le patient pour l'autre maladie.

J'admets que ce cas de figure ne m'est pas encore volontairement arrivé. J'aimerais prendre la défense des collègues auxquels j'ai affaire. Pourtant, le système des DRG peut inciter à ce genre de pratiques et l'a sûrement déjà fait. Ces pratiques m'ont été relatées.

En résumé, je vois deux points problématiques:

- Profits avant traitements;
- Division stricte du paiement dans le milieu stationnaire et dans le milieu ambulatoire.

Une solution pourrait être que les DRG s'appliquent à la fois au milieu ambulatoire et au milieu hospitalier, avec une définition stricte des missions respectives. Toutefois, cette réflexion m'est venue très spontanément. Il y aurait sûrement des arguments pour et certainement aussi, des arguments contre.

Correspondance:

Dr. med. Alfred Jencio

Arzt für Allgemeinmedizin

Salierstrasse 7/2, D-71334 Waiblingen

praxis@jencio.de