

Impact économique des changements tarifaires : une modélisation sur six ans dans une réanimation polyvalente

Economic Impact of the Evolution of the National Reimbursement Rates: a 6-Year Modelization in a French ICU

V. Peigne · M. Boutonnet · J.-L. Daban

Reçu le 10 mai 2017 ; accepté le 09 octobre 2017
© SRLF et Lavoisier SAS 2017

Résumé Objectif : La valorisation des séjours en réanimation associe, en France, un montant forfaitaire dépendant du groupe homogène de malades (GHM) du patient et d'éventuels suppléments journaliers selon la gravité du patient et les actes pratiqués. Ces tarifs sont révisés annuellement. Nous avons estimé l'impact de ces modifications tarifaires sur les recettes théoriques de notre service.

Patients et méthodes : Les GHM et les durées de séjour des patients hospitalisés en 2011 dans notre service ont été extraits du système d'information hospitalier. Les valorisations correspondantes ont été calculées avec les tarifs en vigueur successivement de 2011 à 2016, en tenant compte de l'inflation, afin de comparer les recettes qui auraient été théoriquement générées ces différentes années par la même activité.

Résultats : Cinq cent quatre-vingt-douze séjours, classés dans 237 GHM, ont été analysés. Les recettes théoriques de notre service ont diminué de 8 416 260 € en 2011 à 7 809 709 € en 2016 (-7,21 %). Cette diminution était expliquée par une baisse des tarifs des différents GHM (évolution moyenne : -4,6 %) et des suppléments (-1,6 %).

Conclusion : Cette étude, bien que fondée sur peu de séjours, est probablement extrapolable à d'autres services étant donné le grand nombre de GHM analysés.

Cette simulation illustre l'impact économique des modifications tarifaires survenues lors des six dernières années sur les services de réanimation français. Des gains de productivité sont nécessaires pour faire face à cette diminution de

recettes. Une stratégie de réduction des coûts semble la meilleure façon d'obtenir ces gains de productivité.

Mots clés Économie de la santé · Mécanismes de remboursement · Services de réanimation · Gestion des pratiques · Groupes homogènes de malades

Abstract Purpose: Hospital funding for the intensive care unit (ICU) stays in France is made of reimbursement of a fixed amount based on the diagnosis-related group (DRG) of the patients and of extra funding for each day spent in the ICU. These tariffs are updated annually. We measured the impact of these updates on the theoretical income of our ICU.

Patients and Methods: DRG and length of stay of the patients hospitalized during 2011 in a 12-bed ICU were extracted. We computed the theoretical reimbursement for these patients with the tariffs from 2011 to 2016.

Results: 592 ICU stays, classified in 237 DRGs, were analyzed. The theoretical income decreased from € 8,416,260.14 in 2011 to € 7,809,709.15 in 2016 (-7.21%). This reduction was explained by lower tariffs for the different DRGs (mean evolution -4.6%) and a diminution of the extra funding (-1.6%).

Conclusion: These results are based on a small number of ICU stays but are significant because of the high number of DRGs analyzed.

This simulation gives an estimate of the economic impact on the French ICUs for the update of the reimbursement rates during the last six years. Productivity gains are necessary to face the tariff evolution and should preferably be obtained by the reduction of the costs.

Keywords Health care economics · Reimbursement mechanisms · Intensive care units · Practice management · Diagnosis-related groups

V. Peigne (✉)

Réanimation, centre hospitalier Métropole-Savoie,
place Lucien-Biset, F-73000 Chambéry, France
e-mail : vincentpeigne@yahoo.fr

V. Peigne · M. Boutonnet · J.-L. Daban
Réanimation, hôpital d'instruction des armées Percy,
92140 Clamart, France

Introduction

Le financement des séjours en réanimation en France associe le remboursement par l'Assurance maladie des montants forfaitaires liés aux groupes homogènes de malades (GHM) des patients et le versement de suppléments pour chaque jour passé en réanimation si les patients remplissent certains critères de gravité (IGS2 > 15) et d'intensité thérapeutique (réalisation d'actes marqueurs) [1]. Le GHM est déterminé par un algorithme de groupage qui tient compte de la pathologie ayant justifié l'admission en réanimation (diagnostic principal [DP]) et des comorbidités associées (complication ou morbidité associée [CMA]). Chaque GHM est divisé en quatre niveaux de gravité selon les comorbidités, du niveau 1 pour les patients sans comorbidité au niveau 4 pour les patients les plus graves. Certains GHM ont un niveau de gravité supplémentaire dédié aux séjours très courts. Le tarif ainsi déterminé s'applique pour les séjours « mono-unités » (patients ayant été hospitalisés uniquement en réanimation). En cas de séjour « multiunité » (patients ayant fréquenté plusieurs unités médicales lors du même séjour hospitalier), il est réalisé dans chaque unité un résumé d'unité médicale (RUM) avec codage d'un DP et d'une CMA. Le GHM du séjour « multiunité » est déterminé par un algorithme qui prend en compte la présence d'un acte classant, le rang du RUM dans le résumé de sortie standardisé (RSS), la durée partielle de séjour propre au RUM et la nature du DP du RUM. Les recettes générées par ces séjours « multiunités » sont partagées entre les différentes unités selon une clé de répartition établie dans chaque établissement.

Les tarifs de remboursement des différents GHM et des suppléments sont mis à jour chaque année par le ministère de la Santé. L'algorithme de groupage est également révisé annuellement.

Nous avons mesuré l'impact de ces changements tarifaires sur les recettes théoriques de notre service de réanimation.

Patients et méthodes

Les GHM et les durées de séjour des patients sortis de notre service de réanimation de 12 lits entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 décembre 2011 ont été extraits du système d'information hospitalier. Les tarifs en vigueur en 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 et 2016 pour ces GHM et pour le supplément réanimation ont été obtenus sur le site de l'Agence technique pour l'information hospitalière (www.atih.sante.fr).

Les GHM dont les règles de groupage changeaient entre 2011 et 2016 ont été exclus de l'analyse.

Nous avons calculé la valorisation théorique des séjours des patients hospitalisés dans notre service en 2011 avec les différents tarifs. Pour cela, nous avons fait les hypothèses

suivantes : tous les séjours étaient éligibles au supplément réanimation, tous les séjours étaient « mono-unités ».

L'inflation a été prise en compte selon les recommandations de l'Insee (www.insee.fr). Le taux d'inflation était de 2 % en 2012, 0,9 % en 2013, 0,5 % en 2014, 0 % en 2015 et 0,2 % en 2016. Les valorisations sont exprimées en euros constants (valeurs de 2011).

Résultats

Population étudiée

Les 606 patients (âge moyen : 62 ans [écart-type, ET : 18] ; IGS2 : 40 [ET : 19] ; mortalité : 14,5 % ; durée moyenne de séjour : 5,4 jours [ET : 6]) pris en charge en 2011 dans notre service ont été classés dans 248 GHM différents. Onze GHM ont été exclus en raison des variations de définition entre 2011 et 2016. Les 237 GHM restants ont été analysés, correspondant à 592 séjours et à 3 224 journées d'hospitalisation en réanimation. Ces 237 GHM étaient répartis dans 22 chapitres de la Classification internationale des maladies. Le DP était d'ordre médical pour 342 séjours (57,8 %) et d'ordre chirurgical pour 250 (42,2 %) séjours. La distribution des niveaux de gravité était la suivante : niveau 1 pour 83 (14 %) séjours totalisant 138 (4,3 %) journées d'hospitalisation ; niveau 2 pour 97 (16,4 %) séjours (223 [6,9 %] journées) ; niveau 3 pour 178 (30,1 %) séjours (736 [22,8 %] journées) ; niveau 4 pour 190 (32,1 %) séjours (2 073 [64,3 %] journées) et très courte durée pour 44 (7,4 %) séjours (54 [1,7 %] journées).

Évolution des tarifs des GHM

Les tarifs des 237 GHM étudiés ont diminué en moyenne de 4,6 % (ET : 6,6) entre 2011 et 2016. Deux cent vingt et un (93,2 %) GHM avaient un tarif en 2016 inférieur à celui de 2011. L'évolution annuelle de la moyenne des 237 tarifs était toujours négative, comme mentionné dans le tableau 1. La plupart des tarifs ont diminué en 2013, 2015 et 2016 (Tableau 1). En 2012 et 2014, la plupart des tarifs ont augmenté : ce fut le cas pour 178 (75,1 %) tarifs en 2012, avec une augmentation moyenne de +0,20 %, et pour 201 (84,8 %) tarifs en 2014, avec une augmentation moyenne de +0,31 %.

Évolution du supplément réanimation

Le montant du supplément réanimation était de 814,32 € en 2011, 815,62 € en 2012 (+0,16 % depuis l'année précédente), 808,61 € en 2013 (-0,89 %), 808,53 € en 2014 (-0,01 %), 803,92 € en 2015 (-0,57 %) et 801,19 €

Tableau 1 Évolution entre 2011 et 2016 des tarifs des 237 groupes homogènes de malades étudiés						
Période	2011–2012	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2011–2016
Variation moyenne (Écart-type)	–0,58 % (1,9)	–1,59 % (2,8)	–0,57 % (3,2)	–0,97 % (2,0)	–1,09 % (2,4)	–4,6 % (6,6 %)
Nombre de GHM avec baisse de tarif	59 (24,9 %)	218 (92,0 %)	36 (15,2 %)	234 (98,7 %)	230 (97,0 %)	221 (93,2 %)*
Plus forte baisse	–15,0 %	–22,5 %	–34,3 %	–15,6 %	–15,7 %	–46,7 %
Nombre de GHM avec hausse de tarif	178 (75,1 %)	19 (8,0 %)	201 (84,8 %)	3 (1,3 %)	7 (3,0 %)	15 (6,3 %)*
Plus forte hausse	+0,95 %	+8,1 %	+6,3 %	+8,1 %	+10,9 %	+11,6 %

* Un GHM a le même tarif en 2011 et en 2016

(–0,34 %) en 2016. Entre 2011 et 2016, le supplément réanimation a diminué de 1,61 %.

Évolution des recettes annuelles du service

Comme le montre la figure 1, les recettes théoriques totales du service ont diminué chaque année, passant de 8 416 260,14 € en 2011 à 7 809 709,15 € en 2016 (–7,21 %).

Discussion

Cette étude montre comment l'évolution des tarifs et l'inflation ont diminué les recettes théoriques de notre service entre

2011 et 2016. Notre modèle indique une diminution de 7,21 % en six ans, ce qui donne une estimation de l'impact économique des changements tarifaires sur notre institution.

Nous avons estimé l'évolution des recettes théoriques de notre service, en faisant l'hypothèse que tous les séjours étaient « mono-unités » et éligibles au supplément réanimation. Avoir étudié ces recettes théoriques est une limite à la portée de ce travail, car la réalité est peut-être différente. Il est en effet possible que les recettes réelles de notre service aient augmenté entre 2011 et 2016, du fait de changements du nombre et du type de séjours. Néanmoins, cet intérêt pour les recettes théoriques est également une force de ce travail, car cela permet d'étudier spécifiquement l'impact des

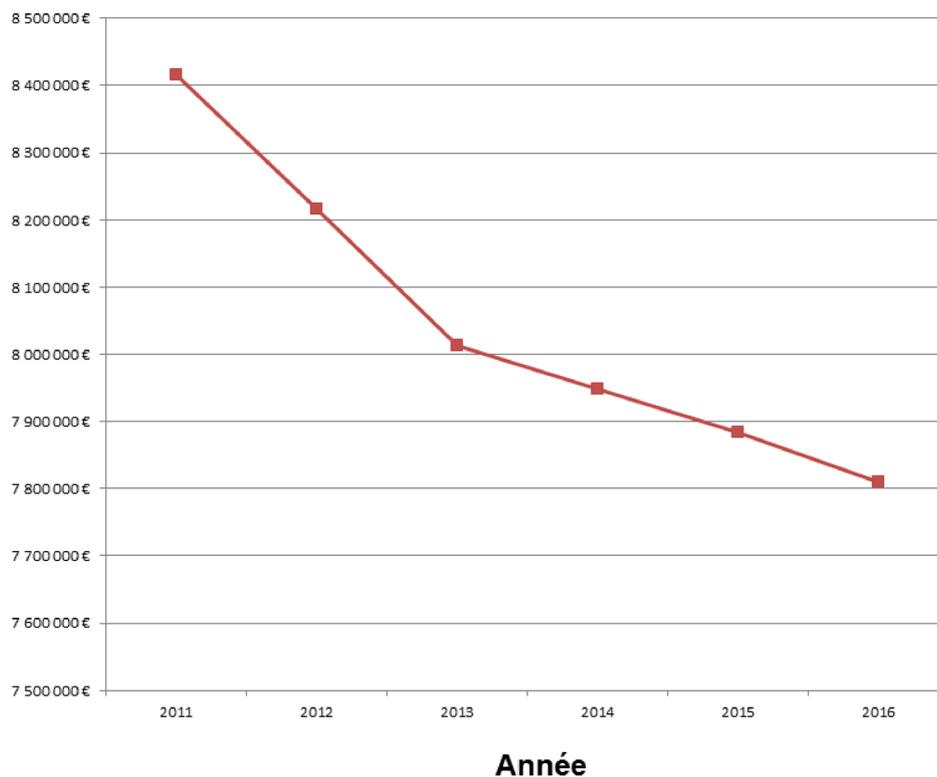


Fig. 1 Évolution des recettes théoriques du service entre 2011 et 2016 après prise en compte de l'inflation

variations tarifaires en s'affranchissant de l'impact des variations d'activité qui serait pris en compte dans une étude sur les recettes réelles.

Nos résultats sous-estiment probablement la diminution de la valorisation de notre activité. En effet, comme le tarif des différents GHM et le montant du supplément réanimation ont diminué et que cette baisse était plus importante pour les GHM, il est concevable de penser que les recettes globales du service auraient encore plus diminué, puisqu'il est peu probable que l'ensemble des séjours soient éligibles au supplément réanimation dans la réalité.

Bien que cette étude ait été réalisée avec les données d'un seul service de taille moyenne, les résultats sont probablement généralisables à d'autres réanimations polyvalentes, étant donné le grand nombre de GHM analysés. Comme chaque GHM a sa propre évolution tarifaire, il est possible qu'un service avec un recrutement différent ait eu une évolution différente de la valorisation de son activité. Cette évolution serait probablement une diminution des recettes, car une forte majorité (93,2 %) des GHM ont vu leur tarif diminuer entre 2011 et 2016.

Les stratégies envisageables pour s'adapter à cette baisse des tarifs sont de maintenir ou d'augmenter les recettes en modifiant l'activité ou de diminuer les coûts de fonctionnement du service [2].

Contrairement à ce qui est envisageable pour les entreprises commerciales, la stratégie ayant pour but de maintenir le niveau de recettes semble hasardeuse et non préférable pour un service de réanimation. En effet, il faudrait augmenter le nombre de séjours et/ou modifier le recrutement en augmentant le degré de sévérité des patients et/ou le nombre de patients avec des GHM financièrement favorables. Augmenter le nombre de séjours pourrait augmenter les paiements liés aux GHM sans diminuer le nombre total de suppléments journaliers réanimation. Il faut toutefois prendre en compte le fait qu'il existe des bornes de durée de séjour minimale pour accéder à certains niveaux de sévérité : raccourcir la durée de séjour peut diminuer fortement la valorisation du séjour en baissant le niveau de sévérité. Modifier le profil des patients admis ne semble pas une bonne solution, car l'évolution différentielle des différents GHM ne peut pas être prévue et, surtout, car la vocation d'un service de réanimation est de prendre en charge de façon adaptée les patients graves.

La meilleure stratégie d'adaptation à la baisse de la valorisation des séjours est probablement d'augmenter la productivité en réduisant les coûts. Une telle approche devrait s'intégrer dans une stratégie d'amélioration de la qualité. Il a ainsi été montré que des mesures d'amélioration de la prescription d'examen d'imagerie et de biologie pouvaient, grâce à un meilleur respect des recommandations de bonne pratique, engendrer des économies importantes (jusqu'à 300 000 € par an dans un service de réanimation français

de 15 lits) [3]. De même, améliorer l'utilisation des antibiotiques peut à la fois améliorer le pronostic des patients et réduire les coûts [4]. Une approche similaire peut s'appliquer à la prévention des infections de cathéter ou à l'accélération du sevrage ventilatoire [5]. Les réanimateurs, en particulier les responsables d'unité, ont intérêt à s'inspirer de ces expériences pour réfléchir à des changements de pratique ou d'organisation qui pourraient améliorer la situation financière de leur structure tout en permettant de maintenir, voire d'améliorer le niveau de prise en charge des patients. Il semble important que ces changements soient pensés et impulsés par les praticiens, afin de ne pas dégrader la qualité des soins et le bien-être au travail des soignants.

Conclusion

Cette simulation donne une estimation de l'impact économique sur les services de réanimation français des modifications tarifaires survenues lors des six dernières années. Des gains de productivité sont nécessaires pour faire face à l'évolution de la valorisation des séjours. Une stratégie de réduction des coûts semble être la meilleure voie pour arriver à ces gains, sans dégrader la qualité des soins et les conditions de travail des soignants.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

1. Bittner MI, Donnelly M, van Zanten AR, Andersen JS, Guidet B, Trujillano Cabello JJ, Gardiner S, Fitzpatrick G, Winter B, Joannidis M, Schmutz A, (2013) How is intensive care reimbursed? A review of eight European countries. *Ann Intensive Care* 3: 37
2. Lefrant JY, Garrigues B, Pribil C, Bardoulat I, Courtial F, Maurel F, Bazin JE; CRREA Study Group; AzuRea Group, (2015) The daily cost of ICU patients: a micro-costing study in 23 French intensive care units. *Anaesth Crit Care Pain Med* 34: 151–157
3. Prat G, Lefèvre M, Nowak E, Tonnelier JM, Renault A, L'Her E, Boles JM, (2009) Impact of clinical guidelines to improve appropriateness of laboratory tests and chest radiographs. *Intensive Care Med* 35: 1047–1053
4. Bretonnière C, Leone M, Milési C, Allaouchiche B, Armand-Lefevre L, Baldesi O, Bouadma L, Decré D, Figueiredo S, Gauzit R, Guery B, Joram N, Jung B, Lasocki S, Lepape A, Lesage F, Pajot O, Philippart F, Souweine B, Tattevin P, Timsit JF, Vialet R, Zahar JR, Misset B, Bedos JP; Société de réanimation de langue française (SRLF); Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR), (2015) Strategies to reduce curative antibiotic therapy in intensive care units (adult and paediatric). *Intensive Care Med* 41: 1181–1196
5. Dasta JF, McLaughlin TP, Mody SH, Piech CT, (2005) Daily cost of an intensive care unit day: the contribution of mechanical ventilation. *Crit Care Med* 33: 1266–1271