

L'Europe des DRG

Jean-Marie Rodrigues

Faculté de Médecine de l'Université Jean Monnet, Saint-Etienne

Depuis 1980, les DRG ont été étudiés en Europe et depuis 1982, ils ont été progressivement l'objet d'expériences dans la plupart des pays d'Europe occidentale suscitant ainsi l'intérêt des organisations internationales.

Parmi les problèmes techniques rencontrés, celui de la codification des diagnostics et des actes opératoires a été à la fois le plus constant et le principal obstacle à un standard européen des DRG.

L'utilisation de routine des DRG a fait l'objet de beaucoup de débats et d'encore peu d'applications pratiques: la plupart des pays européens préconisent une voie spécifique différente de l'application américaine et les plus avancés commencent à les exploiter.

Développements nationaux

Tous les projets en Europe sont passés par quatre phases ou vont le faire:

1. Test de faisabilité technique de l'attribution d'un numéro de DRG à une base de données de «Résumés standardisés d'hospitalisation».
2. Test d'adéquation du modèle à l'explication des variations d'utilisation de ressources mesurée soit par la durée de séjour, soit par le coût.
3. Mise au point et développement d'un modèle de coût par DRG permettant d'analyser les coûts et de préparer le budget sur la base de la comptabilité générale et analytique des DRG attribués à chaque résumé standardisé d'hospitalisation.
4. Développement des logiciels et des systèmes d'information en incluant la formation nécessaire à la détermination des DRG, des coûts par DRG et à leur analyse.

Il est intéressant de comparer l'évolution entre les conférences internationales de Londres (1986), Sydney (1988) et Washington (1989).

Un premier groupe de pays concernés par la recherche dans ce domaine correspond aux projets les plus avancés (phases 3 et 4), un second groupe aux projets en phases 1 et 2 et un troisième groupe aux projets débutants. En résumé, on peut dire que tous les pays d'Europe occidentale (sauf la République fédérale d'Allemagne, qui développe un projet «Patient Management Categories») ont franchi au moins les premières étapes et que la plupart d'entre eux arrivent aux étapes les plus avancées: quatre pays dans le premier groupe en 1986, sept en 1988, neuf en 1989, probablement onze en 1990 [1, 2].

Développements internationaux

Organisations intergouvernementales

Le Conseil de l'Europe, qui regroupe les 23 pays démocratiques d'Europe occidentale, a été le premier à étudier la question sous la forme d'un programme de recherche médicale coordonné en 1985 [3].

Quatre constatations ressortent du rapport publié en 1988:

- l'existence de projets dans la plupart des pays (18 sur 21 enquêtés);
- le concept qui sous-tend la classification DRG: l'infinie variété de malades sont regroupés en DRG de telle façon que médecins et non-médecins peuvent communiquer à partir de catégories opérationnelles permettant d'atteindre différents objectifs à différents niveaux des services de santé: mesure de la qualité et de la performance, gestion clinique et budgétaire, financement, planification, comparaisons internationales;
- la variété des classifications de diagnostics et d'actes opératoires qui, d'une part, s'opposent à la comparabilité entre pays européens et, d'autre part, posent des problèmes de validité pour certains DRG sur les bases de données européennes: les différentes solutions sont exposées avec leurs avantages et leurs inconvénients;
- la voie européenne d'utilisation des DRG préconisée insiste essentiellement sur la gestion interne et la mesure de la performance et très peu sur l'incitation financière, telle que le système de paiement prospectif développé aux USA depuis 1983.

Parmi les recommandations se retrouvent fréquemment la proposition d'uniformisation des codifications de diagnostics et d'actes opératoires et, à terme, d'une classification européenne des DRG. La nécessité de mettre au point des outils comparables pour les soins ambulatoires et de longs séjours est également soulignée.

OCDE

L'Organisation de coopération et de développement économique, qui regroupe l'ensemble des pays occidentaux (c'est-à-dire à économie de marché prédominante), a déjà publié des comparaisons internationales par DRG entre pays européens et américains et relève que ce type d'étude est nécessaire pour améliorer l'efficacité des services de soins, enjeu majeur des années nonante.

OMS

Le Bureau régional Europe de l'Organisation mondiale de la santé a organisé deux séminaires sur les DRG en 1987 (Leuven) et 1988 (Cardiff) et a estimé que les DRG étaient en quelque sorte le chaînon manquant dans de nombreuses procédures de gestion et planification sanitaires, et pas seulement une méthode de paiement des hôpitaux des Etats-Unis.

CEE

La Communauté économique européenne enfin a lancé en 1988 la phase exploratoire du projet AIM (Advanced Informatics in Medicine), qui prévoit l'évaluation de la méthode DRG et de l'EMDB (ensemble minimum de données de base) dans le résumé standardisé d'hospitalisation ou plus généralement de soins.

Organisations non gouvernementales

Plusieurs autres organisations sont soit apparues autour de l'idée DRG, soit se sont saisies de cette question:

- PCS/E (Patient Classification System Europe) est un réseau d'une vingtaine d'équipes de recherche d'Europe, d'Amérique et d'Australie qui coordonnent leurs travaux pour harmoniser l'outil, tant dans son contenu que pour son utilisation;
- CCC (Copenhagen Collaborative Center) est un centre qui développe les comparaisons internationales d'utilisation des services de soins, de résultats et de qualité des soins, et qui utilise les DRG pour ce faire.

Beaucoup d'autres associations s'intéressent également à la question, comme par exemple EFMI (European Federation of Medical Informatics).

Problèmes techniques

Parmi les problèmes techniques rencontrés, celui de la codification des diagnostics et des actes opératoires s'est révélé être le point critique de la plupart des

projets et constitue un obstacle important à un standard européen.

On doit savoir que la quatrième version des DRG (celle de 1983) [4] est basée sur des données codées en ICD9CM (International Classification of Disease 9 Clinical Modification), ce qui n'est pas le cas des données de la plupart des pays européens.

Le tableau 1 présente les différentes codifications utilisées:

- pour les diagnostics, la plupart des pays européens utilisent la CIM9 (Classification internationale des maladies), qui est en moyenne moins précise que l'ICD9CM, car elle ne contient pas de cinquième digit, ce qui empêche souvent d'enregistrer une localisation précise, notamment pour les maladies infectieuses, vasculaires ou de l'appareil locomoteur;
- pour les actes opératoires, la plupart des pays utilisent leur propre codification nationale, qui est souvent d'une précision inférieure.

Trois solutions ont été utilisées pour répondre à ce problème:

1. la plus employée consiste à transcoder en ICD9CM et à utiliser le groupeur américain;
2. on peut aussi redéfinir les DRG avec les codes nationaux;
3. enfin, on peut décider d'utiliser l'ICD9CM.

Le cas 1. a l'avantage de ne pas modifier le recueil des données et d'utiliser le groupeur le plus testé, l'inconvénient étant que, dans un certain nombre de cas, la précision moins grande de l'ICD9 conduit à une perte d'informations, notamment pour la localisation de certaines maladies, par exemple infectieuses, vasculaires ou de l'appareil locomoteur. Il en résulte que le cas est classifié dans un groupe moins spécifique. De même, le manque de précision de codifications d'actes opératoires peut conduire dans un même groupe des cas que l'ICD9CM aurait permis d'imputer à des groupes différents.

Dans le cas 2., la redéfinition des DRG avec les codes nationaux a pour avantage de ne pas modifier le recueil et pour inconvénient de nécessiter beaucoup de travail pour chaque pays et aboutit à des groupeurs dont la qualité ne peut être testée que sur des bases de données aussi importantes que celles ayant servi à la définition des DRG.

Dans le cas 3., l'avantage est d'utiliser le groupeur US à 100% de ses possibilités et les inconvénients majeurs sont de devoir modifier le recueil des données et de réaliser une traduction lorsqu'elle n'existe pas dans la langue du pays. Seuls la Belgique et le Portugal ont suivi tout à fait cette voie; l'Italie et les Pays-Bas en partie; le Royaume-Uni et les Pays-Bas dans les débuts, utilisent ou utilisaient la solution 2 et tous les autres la solution 1 [5].

On comprend donc que la comparabilité des DRG en Europe dépende des codifications utilisées au niveau des résumés d'hospitalisation et des transcodages utilisés: même pour les diagnostics ICD9, les différents

Tab. 1. Codifications médicales en Europe

	Codifications diagnostics	Codifications actes opératoires
Allemagne	ICD9	Divers (Veska...)
Autriche	ICD9	Veska
Belgique	ICD9CM	ICD9CM
Danemark	ICD8Sc*	Danoise
Espagne	ICD9	ICD9CM recommandée
France	ICD9	Française, divers
Finlande	ICD9	Finnoise
Irlande	ICD9	OPCS**3
Italie	ICD9	ICD9CM
Pays-Bas	ICD9CM	Néerlandaise
Portugal	ICD9CM	ICD9CM
Norvège	ICD9	Norvégienne
Royaume-Uni	ICD9	OPCS**4
Suède	ICD9	Suédoise
Suisse	ICD9	Veska

ICD9 = CIM9

* Adaptation scandinave de ICD 8^e révision

** Office of population censuses and survey (Royaume-Uni)

pays n'utilisent pas exactement les mêmes tables et donc les DRG ne sont pas vraiment comparables. Une harmonisation paraît souhaitable, comme recommandée en 3., à la fois pour des raisons de qualité scientifique du recueil et du traitement et pour des raisons de coût de développement et de mise à jour. Aucune organisation internationale européenne ne semble à ce jour décidée à soutenir une telle action.

Utilisation

L'utilisation des DRG est un objet de débat en soi depuis les années septante. On ne doit pas perdre de vue que l'utilisation la plus connue, le système de paiement basé sur un prix fixé à priori par DRG, n'était pas celle envisagée au début des travaux aux USA [6]. Il s'agissait bien alors de séparer des procédures stables de soins pour en déterminer la qualité.

Par ailleurs, on doit bien opposer ce mode de paiement fixé à priori à l'ancien remboursement des coûts à posteriori, tel que le réalisait le mode de paiement basé sur le prix de la journée ou per diem.

Le système de paiement prospectif US, incitation forte à l'augmentation de l'efficacité, a été d'emblée rejeté par l'ensemble des pays européens [7]. Ceux-ci ont longtemps hésité à réserver le système à la gestion interne et au contrôle de la qualité ou à l'utiliser pour fixer, en partie, le budget des hôpitaux (1, 2). Un mouvement notable se dessine depuis 1988 (2) et connaît en 1989 sa première application pratique au Portugal [8]. Une partie du budget hospitalier sera déterminée en fonction du Casemix en DRG des hôpitaux dans une limite dépendant de l'homogénéité des groupes. C'est le nouveau PPS = Product Payment System au lieu de Prospective Payment System. L'Irlande est prête à suivre. La Norvège envisage de déterminer jusqu'à 20% du budget en fonction des DRG (comme l'Etat de Victoria en Australie). Enfin, le Royaume-Uni, dans le cadre de la réforme prévue par le Libre Blanc, prévoit de fixer «les prix du marché intérieur par DRG», aussi bien que de se servir de l'outil pour rendre possible la gestion clinique.

Conclusion

Alors que s'achève la première décennie des développements DRG en Europe, un certain nombre d'enjeux apparaissent. Au niveau de la classification DRG, deux points sont critiques:

- la qualité des informations médicales du résumé standardisé d'hospitalisation est une condition essentielle de l'amélioration de l'utilisation des DRG; la nouvelle version des A-DRG, qui détermine beaucoup mieux la nature des diagnostics secondaires, est indispensable et probablement aussi le recueil d'informations supplémentaires;
- l'harmonisation des codifications des diagnostics et actes opératoires et des classifications DRG en Europe est nécessaire.

Au niveau de l'ensemble des systèmes de classification des malades, deux enjeux apparaissent:

- le concept de PCS (Patient Classification System), c'est-à-dire un langage commun qui permettrait de faire communiquer médecins et non-médecins pour atteindre des objectifs différents selon les acteurs et les niveaux: mesure de la performance et de la qualité, gestion interne ou clinique, financement, planification, comparaisons régionale, nationale, internationale, tout concourant à l'amélioration de l'efficacité et de l'efficacité du système [9];
- l'extension de la méthodologie à l'ensemble des services de soins ambulatoires, de long séjour et de rééducation.

Enfin, au niveau du financement, comment concilier efficacité et équité, c'est-à-dire amélioration de la gestion interne et de la qualité des résultats? Les différents projets DRG européens vont devoir se mesurer à ces enjeux dans les années nonante.

Résumé

L'article décrit l'état d'avancement des expériences entreprises dans les différents pays d'Europe occidentale. Les problèmes techniques rencontrés, ainsi que les perspectives d'utilisation des DRG, y sont abordés, de même que les prises de position de différentes organisations intergouvernementales telles que le Conseil de l'Europe, l'OCDE, la CEE et l'OMS.

Zusammenfassung

DRGs in Europa

Seit 1982 haben sich in verschiedenen europäischen Ländern ähnliche DRG-Projekte entwickelt, welche sich vor allem vom prospektiven Zahlungssystem der Vereinigten Staaten herleiten. Internationale Organisationen wie der Europarat, OECD, WHO Europa und die EG unterstützten das neue System. Als wichtigstes technisches Problem, welches in den verschiedenen europäischen Ländern unterschiedlich gehandhabt wird, stellt sich die Codierung von Diagnosen und therapeutischen Massnahmen heraus. Hauptherausforderung ist immer noch die Anwendung der DRGs in Europa. Bisher wurden sie hauptsächlich für internes Management, Planung und Funktionskontrolle eingesetzt. Im fortgeschrittensten Projekt wurde aber das Spitalbudget in Beziehung zu den auf DRGs beruhenden Patientenkategorien gesetzt und daraus ein Ansporn zur grösseren Effizienz gewonnen.

Summary

DRGs in Europe

DRG projects developments in Europe are shown since 1982 until 1989 being much similar in Western Europe different countries just as Prospective Payment System was implemented in the US International intergovernmental organizations like Council of Europe, OECD, WHO Europe and European Economic Community have supported and support the new system. Diagnostics and procedures coding was the main technical issue and European countries found different ways to cope with. How to use DRGs in Europe is still the main challenge. The European use is mainly in favour of internal management, planning, performance measurement but recently the most advanced projects have decided to relate partly hospital budget to case mix bases on DRGs as an incentive to greater efficiency.

References

- [1] First International Conference on the Management and Financing of Hospital Services, London 1986. Yale University, 1988.
- [2] Second International Conference on the Management and Financing of Hospital Services, Sydney 1988. Yale University, 1988.

- [3] *Rodrigues JM* et al. Informatisation des données médicales dans les établissements hospitaliers, y inclus dans les hôpitaux universitaires. Strasbourg: Conseil de l'Europe, 1988.
- [4] The new ICD9CM diagnosis related Groups classification scheme HCFA Pub no 03167 Baltimore MD: US D HHS, 1983.
- [5] *Rodrigues JM*. The International Scene. In: Bardsley M et al, eds. DRG and health care: the management of health services. London: King Edwards' Hospital Fund, 1987.
- [6] *McMahon LF*. The development of diagnosis related groups. In: Bardsley M et al, eds. DRG and health care: the management of health services. London: King Edwards' Hospital Fund, 1987.
- [7] *Rodrigues JM*. DRG: The European scene. *J Manag Med* 1987; 2: 139-50.
- [8] *Bentes M, Urbano J, Hindle D*. Output based funding in Portugal: Taking the first steps. Third International Conference on the Management and Financing of Health Services, Washington DC, 25-27th May 1989.
- [9] *Rodrigues JM*. DRG and alternative classification systems for Europe. EFMI Working Conference 89 on DRG, Bruxelles, 18-20th June 1989.

Adresse pour correspondance:

Prof. J.M. Rodrigues
Faculté de Médecine, Université Jean Monnet
Rue Ambroise Paré 15
F-42100 Saint-Etienne