

Ogg

Introduction aux DRG
et
possibles impacts sur les achats

Extraits de la conférence de Willy Oggier,
Dr éc. HSG, économiste de la santé, Küssnacht

Sommaire



- Domaines posant problème dans le système de santé (sélection)
- Quelques remarques générales
- Moteurs possibles du système de santé suisse
- Le système actuel
- Pourquoi veut-on en changer?
- Quelle alternative existe-t-il?
- Comment mesure-t-on la dépense des ressources?
- Pourquoi y a-t-il divers systèmes DRG?
- Comment le système doit-il fonctionner en Suisse?
- Quand ce système arrivera-t-il?
- Concrètement, comment se présente tout cela?
- Quels sont les effets possibles produits par un tel système?
- Environnement actuel des caisses-maladies et DRGs
- Répercussions possibles pour les hôpitaux
- Répercussions possibles pour l'industrie
- Quelle peut en être la signification pour les délégués médicaux?
- Conclusion

Domaines posant problème dans le système de santé (sélection)

- Pression sur les coûts
- Désolidarisation
- Évolution démographique
- Besoin de soins
- Hausse des exigences
- Excédent de médecins
- Évolution des technologies médicales
- Retrait du secteur public
- Concurrence
- Excédent de lits en soins intensifs
- Manque de lits de soins
- Personnel insuffisant
- Fédéralisme
- Mauvaises incitations (en terme de financement)

Quelques remarques générales (I)



- Que faut-il faire? Trouver une solution aux problèmes des clients
- Qui est le client? (vu comme un défi)
 - Le médecin assignant?
 - Le médecin agréé?
 - L'assureur-maladie?
 - L'assureur accidents?
 - Le canton?
 - Le patient?
 - Spitex?
 - Les proches?
 - Autres?

Quelques remarques générales (II)



- Le système de santé n'est pas un marché, mais se compose – si l'on peut dire – de segments de marché.
- Les frontières ne sont pas fixes:
 - Système de santé / système social
 - Système de santé / industrie alimentaire
 - Système de santé / bien-être-loisirs
 - Il en va de plus en plus de même pour les frontières entre pays (internationalisation) et entre cantons.

Les moteurs possibles du système de santé suisse (I)



- Évolution démographique
 - Favorise les prestataires lorsqu'ils doivent s'adapter au nouveau besoin
 - Avenir: patients souffrant de polymorbidités à l'hôpital, autres patients ambulatoires
 - Hôpitaux: soins aux cas très complexes, besoin de soignants IPS et de salles d'opération
 - Relativisation de la chirurgie
 - Importance croissante de la médecine et de la psychiatrie
- Révisions de la LAMal
 - Financement des hôpitaux (DRG)
 - Équilibrage des risques
 - Nouveaux produits d'assurance (assurance de base: modèle dualiste, assurance complémentaire)
 - Dimensions minimales (économiquement, qualitativement)

Les moteurs possibles du système de santé suisse (II)



- Manque / excédent de médecins
 - Fournisseur de soins de base / gériatre / zones rurales
 - Médecins spécialistes / grandes agglomérations
 - Appel à impliquer davantage les professions non médicales
- Importance croissante de l'informatique
 - Autonomisation du patient et du consommateur
 - Systèmes de soutien pour les soignants
 - Instruments pour des soins intégrés (diagnostic à distance, triage, traitement à distance, télémédecine)
 - Principe d'amélioration des processus / d'exploitation des synergies
 - L'informatique est de plus en plus l'affaire des dirigeants (stratégique)

Le système actuel



- Comment les hôpitaux sont-ils financés aujourd'hui?
 - Traitements par hospitalisation: forfait par jour/ service/ etc.
 - Financement basé sur les coûts
 - Variable d'un canton à l'autre
 - Traitements dans les hôpitaux publics/subventionnés par des fonds publics financés de façon différente que dans les hôpitaux privés
 - Encore différent pour les traitements ambulatoires

Pourquoi veut-on en changer?

- Ce système crée des problèmes
 - Durée d'hospitalisation élevée
 - Pas d'incitations aux économies
 - Comparabilité impossible/difficile

Quelle alternative existe-t-il?



- Paiement en fonction des ressources médicales requises plutôt qu'en fonction du service dans lequel on se trouve ou en fonction du nombre de jours
- Système de prix plutôt que paiement des coûts

Comment mesure-t-on la dépense des ressources?

- Au moyen de systèmes de classification des patients
- Historiquement: ces systèmes ont fait leur apparition aux Etats-Unis pour les patients de Medicare et Medicaid
- Depuis, divers systèmes de ce type ont été élaborés: Northern DRGs, German DRGs, APDRGs, etc.

Pourquoi y a-t-il divers systèmes de DRG?

- La médecine n'est pas une science exacte
- La médecine est pratiquée différemment dans différents pays
- Des systèmes sont en partie en vente sur le marché et en partie d'accès libre (concurrence entre fournisseurs)

Comment le système doit-il fonctionner en Suisse? (I)



- Base légale pour un système de prix réalisée
- Décision préalable: les Swiss DRGs seront développés sur la base des German DRGs
- Mise sur pied et entretien de la structure tarifaire par Swiss DRG AG pour les hôpitaux somatiques aigus
- Pour la réhabilitation et la psychiatrie: également une structure tarifaire uniforme mais différente

Comment le système doit-il fonctionner en Suisse? (II)



- Les prestations de psychiatrie et de réhabilitation tout de même directement concernées
 - Forfaits complexes
 - DRG pour prestations psychiatriques dans les hôpitaux somatiques aigus (exemple: traitement de dépendances)
- Effets indirects possibles des DRGs sur les psychiatries et les réhabilitations
 - Exemples: Bloody Exits
 - Exemple: Annexes d'un diagnostic psychiatrique

Quand ce système arrivera-t-il?

- Prévu en 2012
- Attention: c'est plus tôt que l'on ne pense car
 - Avec les données des coûts de l'année 2010...
 - ... sont développés en 2011 les DRGs ...
 - ... qui sont utilisés en 2012.

Og

Concrètement, comment
se présente tout cela?

Nouvelle base légale (I)



- Pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour à l'hôpital (art. 39, 1^{er} al.), les parties à une convention conviennent de forfaits. En règle générale, il s'agit de forfaits par cas. Les forfaits sont liés aux prestations et se basent sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Les partenaires à une convention peuvent convenir que des prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales ne sont pas comprises dans le forfait mais facturées séparément. Ces tarifs hospitaliers sont déterminés en fonction de la rémunération des hôpitaux qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse. (LAMal art. 49, 1^{er} al.)

Nouvelle base légale (II)



- Les partenaires tarifaires instituent, conjointement avec les cantons, une organisation compétente pour l'élaboration, le développement, l'adaptation et la maintenance des structures. Pour financer ces activités, une contribution couvrant les coûts peut être prélevée par cas facturé. Les hôpitaux doivent à cet effet livrer à l'organisation les données nécessaires sur les coûts et les prestations. Si une telle organisation fait défaut, le Conseil fédéral l'institue de manière contraignante pour les partenaires tarifaires. Les structures élaborées par l'organisation et leurs adaptations sont soumises par les partenaires tarifaires au Conseil fédéral pour approbation. Si les partenaires ne peuvent s'entendre sur les structures, le Conseil fédéral les fixe. (LAMal art. 49, 2^{ème} al.)

Financement lié aux prestations: Concepts (I)



- Poids des coûts = **Cost Weight (CW)**
Le *cost weight* indique de quel facteur un DRG est plus cher ou meilleur marché que les coûts moyens (CW = 1.000) de l'ensemble d'une population
- **Case Mix Index (CMI)**
La somme de tous les CW des DRGs respectifs d'un hôpital donne le *case mix* de l'ensemble de l'hôpital.
Le *case mix* divisé par le nombre total de cas hospitalisés = *CaseMix Index*
- Prix de base = **Base Rate**
Détermination du prix de base (3 procédés possibles) par l'assureur, le Canton et les hôpitaux
- Durée du séjour (**Inliers - Outlier**)
Cas normaux = **Inliers**, cas extrêmes (**Outlier**) vers le bas = **Low outliers** et vers le haut = **High outliers**
- **Rémunérations additionnelles** (rémunérations spéciales)
= remboursement de prestations qui ne peuvent pas être reproduites de façon adéquate dans les DRGs

Financement lié aux prestations:

Concepts (II)

Exemple (Urs Stoffel, 2007)



DRG	Désignation	Cost Weight (CW)	Base Rate (BR)	Recette
K10Z	Intervention sur la glande thyroïde, la glande parathyroïde et le canal thyroïdologique en cas de néoformation maligne	1,599	3100 €	~ 4957 €

Financement lié aux prestations:

Concepts (III)

Exemple (Urs Stoffel, 2007)



Cost Weight

- Composant de la structure tarifaire uniforme;
- Synonymes: poids des coûts, poids relatif, relation d'évaluation.
- Analogie avec le point-taxe de Tarmed



DRG	Désignation	Cost Weight (CW)	Base Rate (BR)	Recette
K10Z	Intervention sur la glande thyroïde, la glande parathyroïde et le canal thyroïdienne en cas de néoformation maligne	1,599	3100 €	~ 4957 €

Financement lié aux prestations:

Concepts (IV)

Exemple (Urs Stoffel, 2007)

Og

Base Rate

- Résultat de tractations tarifaires annuelles
- Synonyme: prix de base
- Analogie avec la valeur du point-taxe de Tarmed

DRG	Désignation	Cost Weight (CW)	Base Rate (BR)	Recette
K10Z	Intervention sur la glande thyroïde, la glande parathyroïde et le canal thyroïdienne en cas de néoformation maligne	1,599	3100 €	~4957 €



Financement lié aux prestations:

Concepts (V)

Exemple (Urs Stoffel, 2007)


Og

Recette pour un séjour hospitalier

= Cost Weight x Base Rate

$CMI_{\text{CaseMixIndex}} \times \text{BaseRate} \times \text{nombre de cas} = \text{Rémunération pour tous les séjours de patients hospitalisés}$

DRG	Désignation	Cost Weight (CW)	Base Rate (BR)	Recette
K10Z	Intervention sur la glande thyroïde, la glande parathyroïde et le canal thyroïdienne en cas de néoformation maligne	1,599	3100 €	~4957 €



Financement lié aux prestations:


Concepts (VI)

Exemple (Urs Stoffel, 2007)

Société par actions SwissDRG

Conseil d'administration

Bureau des CaseMix



DRG	Désignation	Cost Weight (CW)	Base Rate (BR)	Recette
K10Z	Intervention sur la glande thyroïde, la glande parathyroïde et le canal thyroïdologique en cas de néoformation maligne	1,599	3100 €	~4957 €

Og

Financement lié aux prestations:

Concepts (VII)

Exemple (Urs Stoffel, 2007)

Og

Société par actions SwissDRG

Conseil d'administration

Bureau des CaseMix

Objet de tractations
entre partenaires
tarifaires H+ et
CDS/sas

DRG	Désignation	Weight (CW)	Rate (BR)	Recette
K10Z	Intervention sur la glande thyroïde, la glande parathyroïde et le canal thyroïdienne en cas de néoformation maligne	1,599	3100 €	~4957 €

MDC:

Haus:

DRG: **A06Z: Langzeitbeatmung > 1799 Stunden**

Fall: **Sonderfälle:**

Alte DRG's
 Neue DRG'S

 !

00 | **0: Sonderfälle** | Anz. DRGs: **28** | N: **16.850**

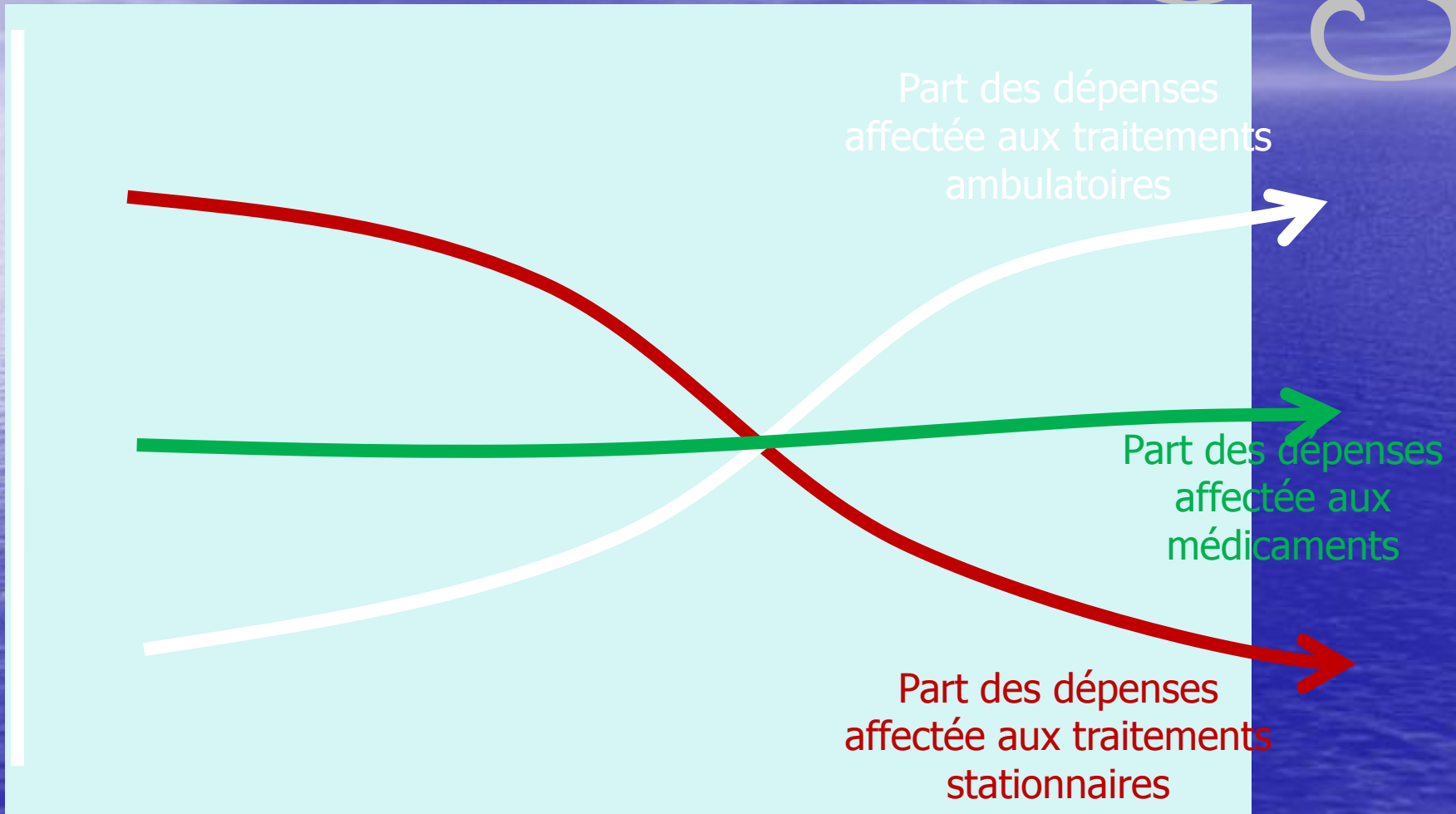
Fallzahl <input type="text" value="47"/> v. MDC: 0,28% v. gesamt: 0,00%	Verweildauer Unterlieger 0,00% Normallieger 74,47% Überlieger 25,53% 1. Tag mit Abschlag 42 1. Tag zus. Entgelt 144 mittl. arithm. VWD 128,6 mittl. geom. VWD 124,2	PCCL 0 0,00% 1 0,00% 2 4,26% 3 2,13% 4 93,62% <input type="button" value="Profil drucken..."/>	Geschlecht Männlich 65,96% Weiblich 34,04% Unbestimmt 0,00% Hauptleistungskosten Gesamt 417692,10 pro mVWD 3248,10 pro uVWD 9713,77	Altersverteilung <table border="1"> <tr><td>< 28 Tage</td><td>0,00%</td><td>30 - 39 Jahre</td><td>8,51%</td></tr> <tr><td>28 T. - < 1 Jahr</td><td>2,13%</td><td>40 - 49 Jahre</td><td>4,26%</td></tr> <tr><td>1 - 2 Jahre</td><td>0,00%</td><td>50 - 54 Jahre</td><td>6,38%</td></tr> <tr><td>3 - 5 Jahre</td><td>0,00%</td><td>55 - 59 Jahre</td><td>10,64%</td></tr> <tr><td>6 - 9 Jahre</td><td>0,00%</td><td>60 - 64 Jahre</td><td>12,77%</td></tr> <tr><td>10 - 15 Jahre</td><td>0,00%</td><td>65 - 74 Jahre</td><td>31,91%</td></tr> <tr><td>16 - 17 Jahre</td><td>0,00%</td><td>75 - 79 Jahre</td><td>17,02%</td></tr> <tr><td>18 - 29 Jahre</td><td>2,13%</td><td>80 Jahre u. älter</td><td>4,26%</td></tr> </table>	< 28 Tage	0,00%	30 - 39 Jahre	8,51%	28 T. - < 1 Jahr	2,13%	40 - 49 Jahre	4,26%	1 - 2 Jahre	0,00%	50 - 54 Jahre	6,38%	3 - 5 Jahre	0,00%	55 - 59 Jahre	10,64%	6 - 9 Jahre	0,00%	60 - 64 Jahre	12,77%	10 - 15 Jahre	0,00%	65 - 74 Jahre	31,91%	16 - 17 Jahre	0,00%	75 - 79 Jahre	17,02%	18 - 29 Jahre	2,13%	80 Jahre u. älter	4,26%
< 28 Tage	0,00%	30 - 39 Jahre	8,51%																																	
28 T. - < 1 Jahr	2,13%	40 - 49 Jahre	4,26%																																	
1 - 2 Jahre	0,00%	50 - 54 Jahre	6,38%																																	
3 - 5 Jahre	0,00%	55 - 59 Jahre	10,64%																																	
6 - 9 Jahre	0,00%	60 - 64 Jahre	12,77%																																	
10 - 15 Jahre	0,00%	65 - 74 Jahre	31,91%																																	
16 - 17 Jahre	0,00%	75 - 79 Jahre	17,02%																																	
18 - 29 Jahre	2,13%	80 Jahre u. älter	4,26%																																	

Profile:

Kostenbereich	Personalkosten:			Sachkosten:					Pers. - u. Sachkosten:		Summe
	Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	med.techn. Dienst	Arzneimittel		Implantate / Transplant.	Übriger med. Bedarf		med. Infrastruktur	nicht med. Infrastruktur	
				4a	4b		5	6a			
▶ Normalstation	824,8	3.166,2	233,7	308,6	294,0	0,2	297,6	32,3	526,6	1.770,7	7.454,8
Intensivstation	14.338,8	42.856,8	2.633,2	12.220,8	3.603,3	20,0	12.840,4	848,5	5.605,9	13.705,6	108.673,5
Dialyseabteilung	60,0	436,0	26,9	107,6	0,0	0,0	417,5	272,3	60,4	282,0	1.662,7
OP-Bereich	833,7	21,6	1.043,5	58,1	13,7	349,2	823,8	338,0	352,3	598,5	4.432,3
Anästhesie	1.169,3	21,9	802,2	96,3	9,6	0,0	395,4	8,0	158,3	247,9	2.908,8
Kard. Diagnostik / Therapie	16,6	0,0	25,0	2,0	0,0	0,0	17,6	0,0	4,6	13,6	79,3
Endoskopische Diagnostik / Therapie	395,3	4,2	530,1	9,3	0,2	65,0	139,7	2,7	200,5	133,9	1.480,9
Radiologie	575,7	1,6	1.017,9	7,4	0,0	26,5	369,3	135,3	499,3	579,9	3.213,0
Laboratorien	624,2	2,2	3.135,7	209,4	1.398,8	0,0	2.881,4	371,8	306,8	1.023,0	9.953,2
Übrige diagnostische und therapeutische	277,8	27,2	2.179,3	11,2	0,1	0,3	110,5	164,4	128,3	567,5	3.466,7
Basiskostenstelle	0,0	0,2	5,0	0,8	0,0	0,0	0,6	0,0	2,1	1.943,8	1.952,4
Summe:	19.116,1	46.537,9	11.632,5	13.031,5	5.319,8	461,2	18.293,9	2.173,3	7.845,0	20.866,3	145.277,6

Quelles étaient les attentes? (Lauterbach, 2009)

Ogg



Introduction du système DRG
en 2003

Og

Quels sont les effets possibles
produits par un tel système?

Expériences à l'étranger avec le financement lié aux prestations (I)

- Chances (I)
 - Meilleure collaboration de toutes les parties concernées
 - Renforcement de l'interconnexion verticale pour la couverture du parcours complet suivi par le patient
 - Renforcement de l'interconnexion horizontale
 - Réduction de la durée d'hospitalisation
 - Transfert à temps dans des institutions de réhabilitation et des homes médicalisés
 - Optimisation des processus et des interfaces
 - Plus de transparence dans la fourniture des prestations

Expériences à l'étranger avec le financement lié aux prestations (II)

- Chances (II)
 - Rémunération liée aux prestations
 - Financement en fonction des coûts plutôt qu'en fonction de la durée d'hospitalisation
 - Economies sur les coûts
 - Utilisation plus efficiente des ressources
 - Exploitation de réserves de rentabilité
 - Concurrence pour les prix et la qualité
 - Optimisations dans le système actuel
 - Pression financière sur les fournisseurs de dispositifs médicaux

Expériences à l'étranger avec le financement lié aux prestations (III)

- Chances (III)
 - Création de centres de compétence
 - Adaptation des structures à une meilleure prise en considération de grandeurs critiques
 - Economicité
 - Qualité

Expériences à l'étranger avec le financement lié aux prestations (IV)

- Dangers (I)
 - Réduction excessive de la durée d'hospitalisation
 - Transfert précoce à des cliniques de réhabilitation où se manifeste une augmentation des tâches de médecine aiguë
 - Sorties d'hôpital prématurées
 - Transfert dans le domaine pré- et post-hospitalisation
 - Transfert non coordonné et matériellement non protégé d'une partie des besoins de traitements dans le secteur ambulatoire
 - Extension des traitements pré- et post-hospitalisation
 - Fragmentation des cas
 - Répartition en plusieurs séjours individuels
 - Effet de porte tournante

Expériences à l'étranger avec le financement lié aux prestations (V)

- Dangers (II)

- Sélection des risques

- Admission ciblée de cas plus légers
- Refus et déplacement de traitements pour raisons économiques
- Refus d'admission ou refoulement de patients d'urgences
- Transfert de patients „coûteux” dans d'autres hôpitaux
- Renforcement de mesures publiques efficaces pour le rattachement de patients à des secteurs profitables

- Réduction de prestations médicales

- Utilisation de procédés médicaux non optimaux
- Rationnement

Expériences à l'étranger avec le financement lié aux prestations (VI)

- Dangers (III)

- Elévation du degré de gravité

- Meilleur codage
- Codage (intentionnellement) faux
- Transfert non nécessaire sur le plan médical dans des unités de soins plus intensifs et plus chères
- Réalisation de traitements et d'interventions non nécessaires sur le plan médical

Expériences à l'étranger avec le financement lié aux prestations (VII)

- Dangers (IV)
 - Optimisations dans le système actuel
 - Adaptation des hôpitaux à des domaines lucratifs (spécialisation)
 - „Désolidarisation“ des assureurs-maladie
 - Autres répercussions
 - Fermetures d'hôpitaux / de services
 - Réduction de prestations „volontaires“

Références

Ogg

- Sources:
 - Längen/ Lauterbach (2003)
 - Klauber/ Robra/ Schellschmidt (Hrsg.) (2004)
 - Indra (2004)
 - Oggier (1999)
 - Riegl (2004)

Environment actuel des caisses-maladies et DRGs



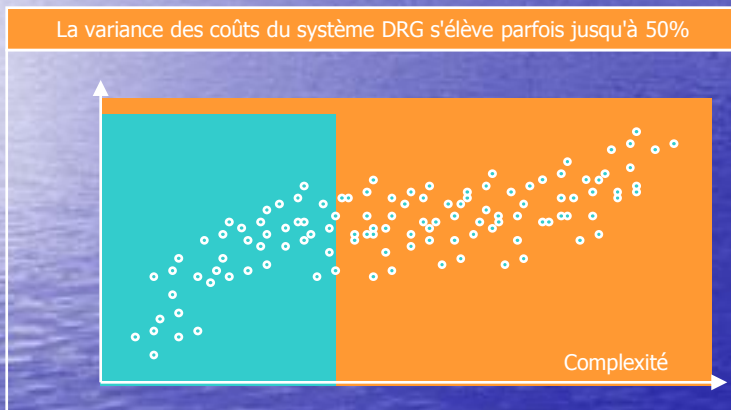
- Cf. les transparents suivants du Dr Herbert Rebscher, président du Directoire de la DAK, Hambourg, 2009

Indications méthodologiques

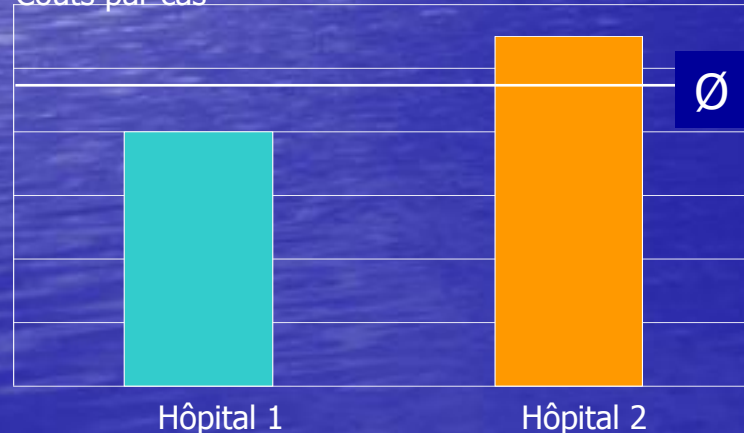
Og

La réduction des coûts comporte un risque de mauvaise gestion - les hôpitaux affichant des coûts bas ne sont pas forcément les plus efficaces

Variance des coûts



Coûts par cas



Hôpitaux affichant des coûts bas:
hypothèses concernant la réduction des coûts

- Plus grande efficacité des processus?
- Sélection des risques («écrémage»)?
- Moindres coûts de fourniture?

Hôpitaux affichant des coûts élevés:
hypothèses concernant la hausse des coûts

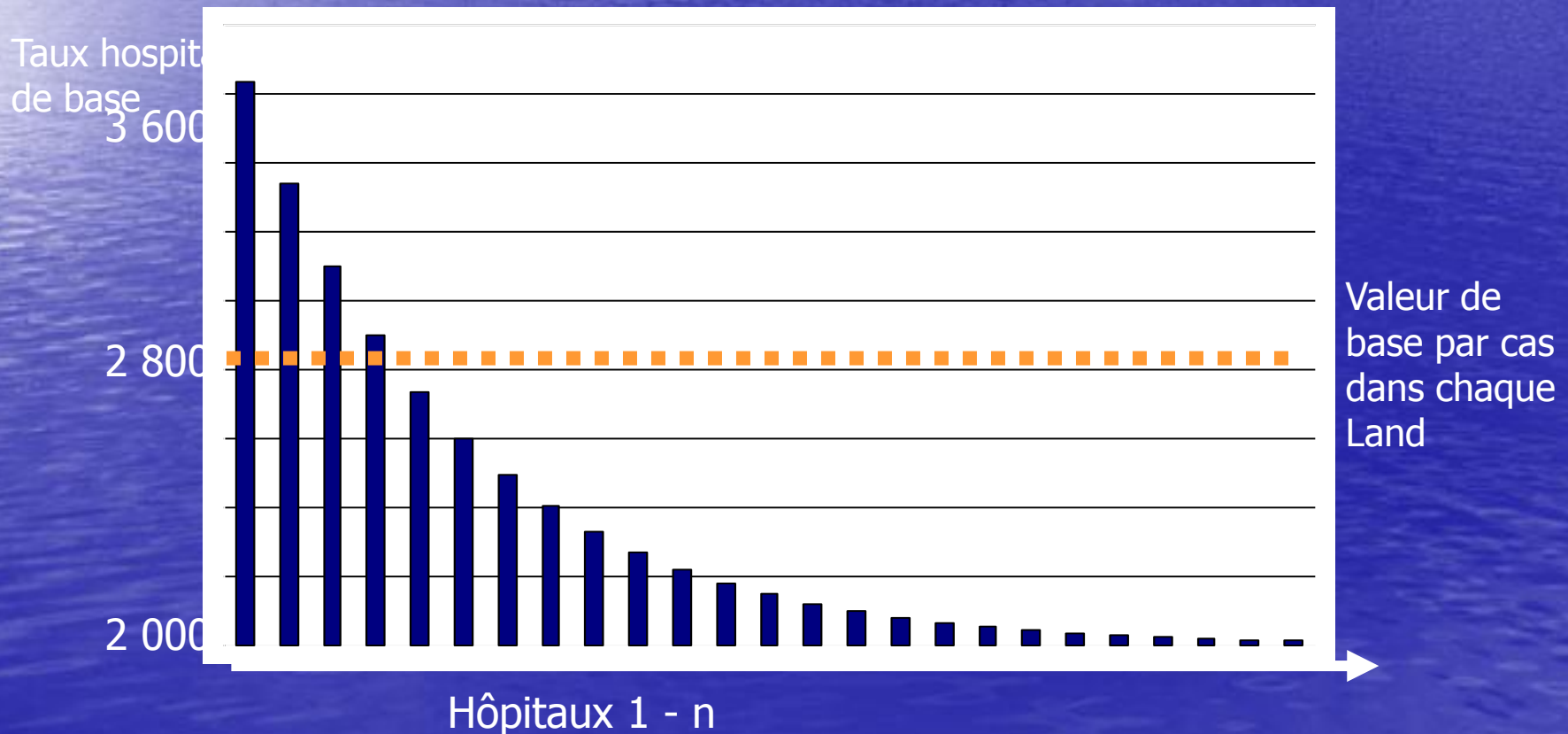
- Moindre efficacité des processus?
- Attraction de risques négatifs du fait de la meilleure qualité attestée?
- Coûts de fourniture plus élevés?

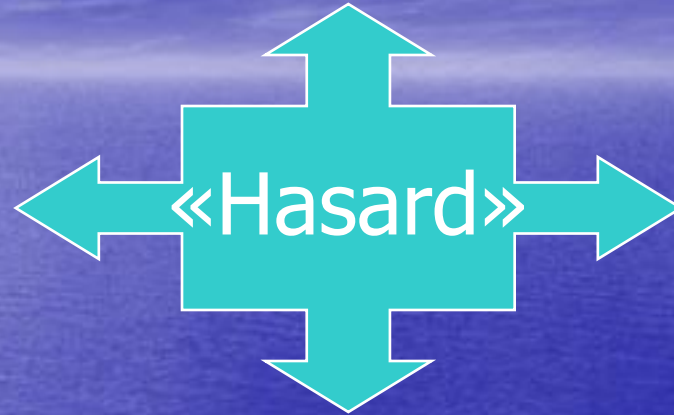
Indications méthodologiques



Comparaison hospitalière avec l'introduction du système DRG

- «Efficience» lors de gains de convergence ?
- «Inefficience» lors de pertes de convergence ?

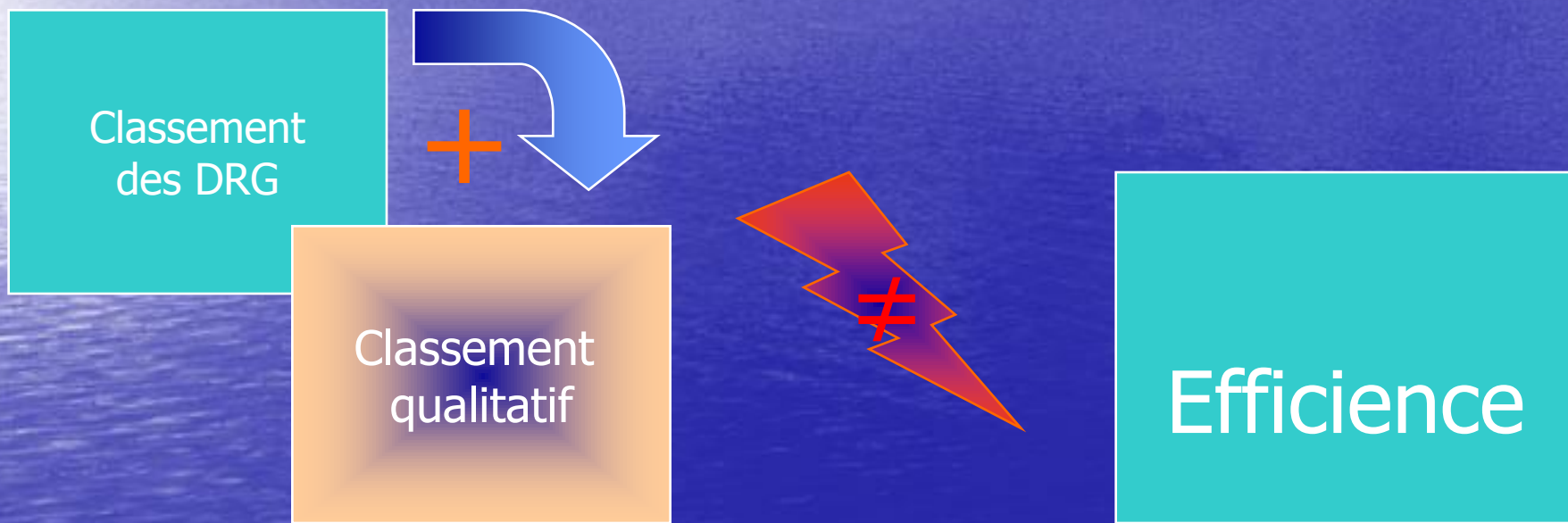




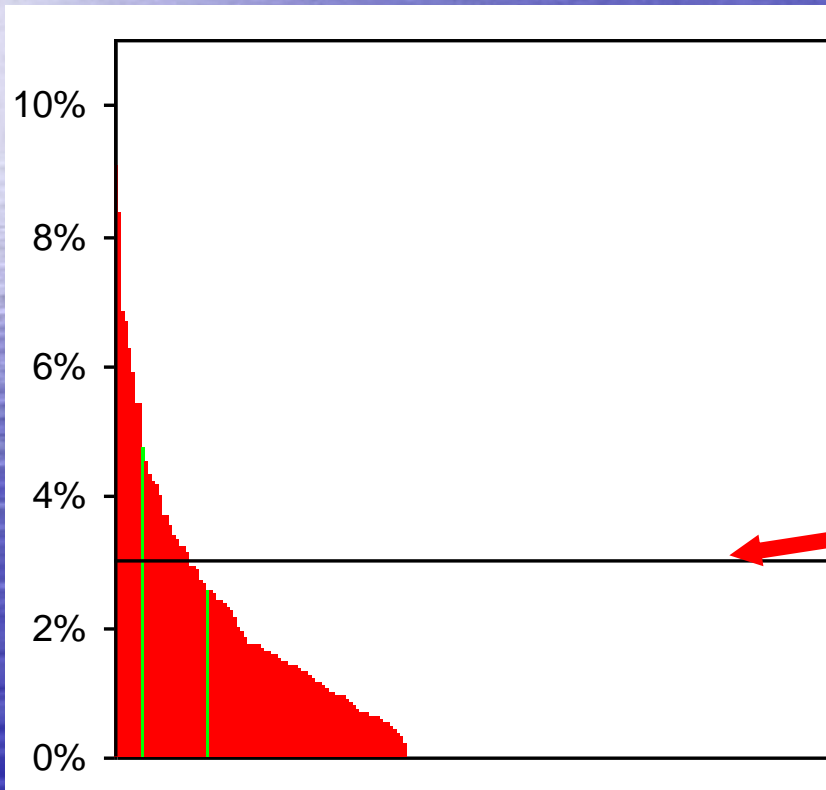
- ➔ La variance élevée au sein d'un cluster (DRG) n'est pas un problème en cas de distribution randomisée.
- ➔ Dans une répartition non randomisée, en général pilotée par des spécialistes, elle peut en revanche générer de fortes distorsions!

Indications méthodologiques

Og



Soins hospitaliers: une qualité variable?



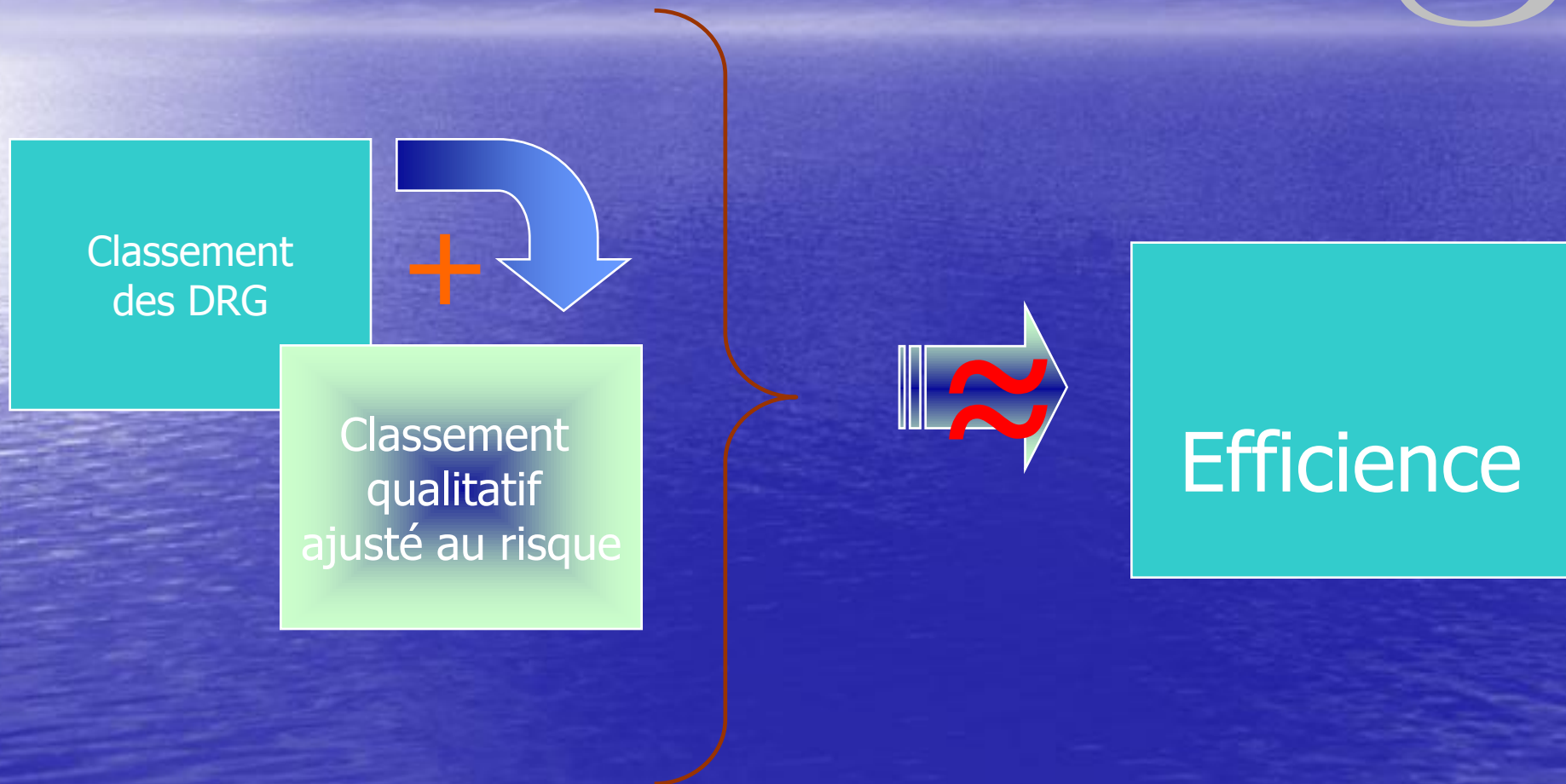
Patienten¹	n = 73.126
Gesamtrate	0,74%
Krankenhäuser	
Median	0,0%
Spannweite	0,0 – 9,1%
Referenzbereich = Unauffälligkeitsbereich	≤ 3,0% (90%-Perzentile)

¹ Patienten mit CDC-NNIS-Risikoklasse 0

Pose initiale d'une endoprothèse de hanche
2004: infection de la plaie

Indications méthodologiques

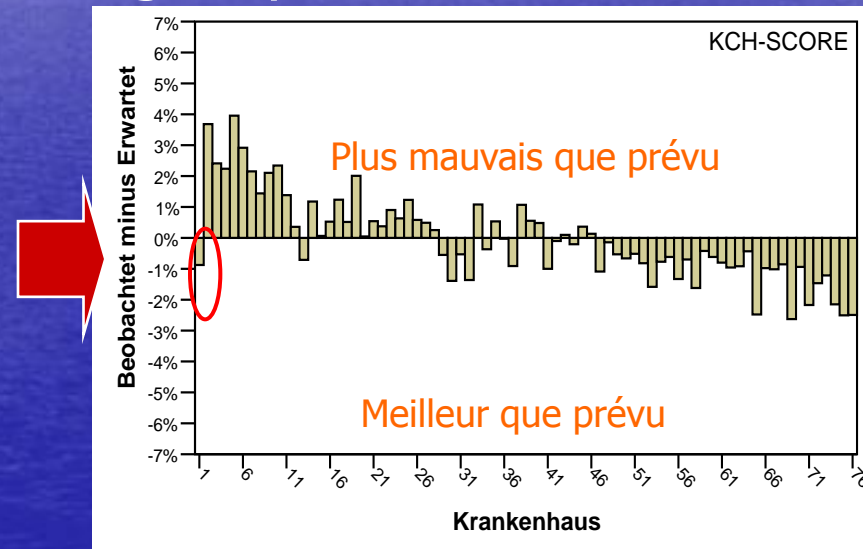
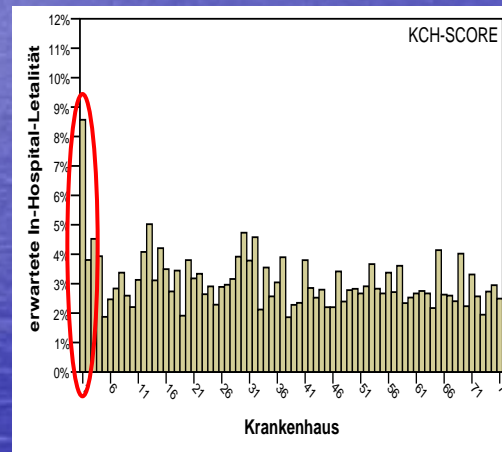
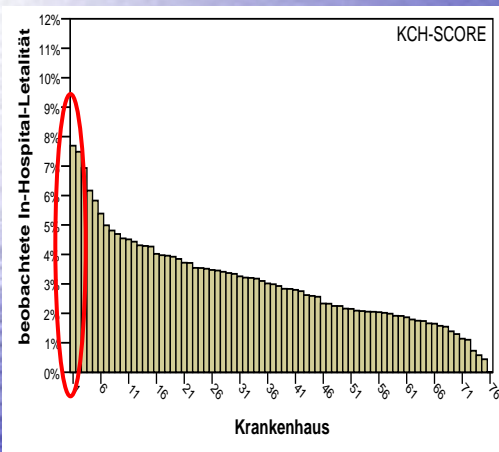
Og



Indications méthodologiques

Og

Objectif de comparaison plus juste: modèle de régression logistique



Taux de mortalité
observé
(O)

Taux de mortalité
prévu
(P)

Taux de mortalité ajusté au risque
(O - P)

Chirurgie cardiaque 2004: létalité hospitalière

Og

Répercussions
possibles
pour
les hôpitaux
(Mecke, 2009)

Aperçu des questions relatives à l'assainissement



1

Optimisation des structures

- Fermetures de services
- Organisation structurelle du personnel

2

Optimisation des fonctions médicales

- Laboratoires, services de radiologie, postes de secours, blocs opératoires, unités de soins intensifs

3

Optimisation des processus médicaux

- Exemples d'optimisation des ressources
- Gestion des sorties d'hôpital
- Plans d'intervention interprofessionnels Vivantes

4

Optimisation des secteurs non médicaux

- Logistique matériaux
- Admission des patients

5

Optimisation des unités en dehors du secteur central

- Restauration
- Nettoyage
- Gestion des infrastructures

6

Production de revenus

7

Gestion du personnel

8

Controlling des programmes d'assainissement

9

Communication

10

Système d'information sur l'hôpital

Aperçu de l'optimisation des secteurs médicaux fonctionnels

Og

Laboratoires

Levier (à titre d'exemple)

- Centralisation des prestations ordinaires et spéciales sur un site
- Réduction des exigences des laboratoires par la normalisation des processus de traitement

Radiologie

- Adaptation des capacités du personnel aux besoins types du site
- Etablissement de structures régionales par l'introduction de la téléradiologie

Postes de secours

- Adaptation des capacités du personnel à la prise en charge des patients
- Réduction des temps d'attente et amélioration de la qualité des traitements par l'établissement de consignes de tri sur la base des symptômes

Blocs opératoires

- Optimisation du taux d'occupation des blocs opératoires par l'amélioration de la planification et des processus
- Adaptation des besoins en personnel par la réduction de l'occupation des salles

Soins intensifs

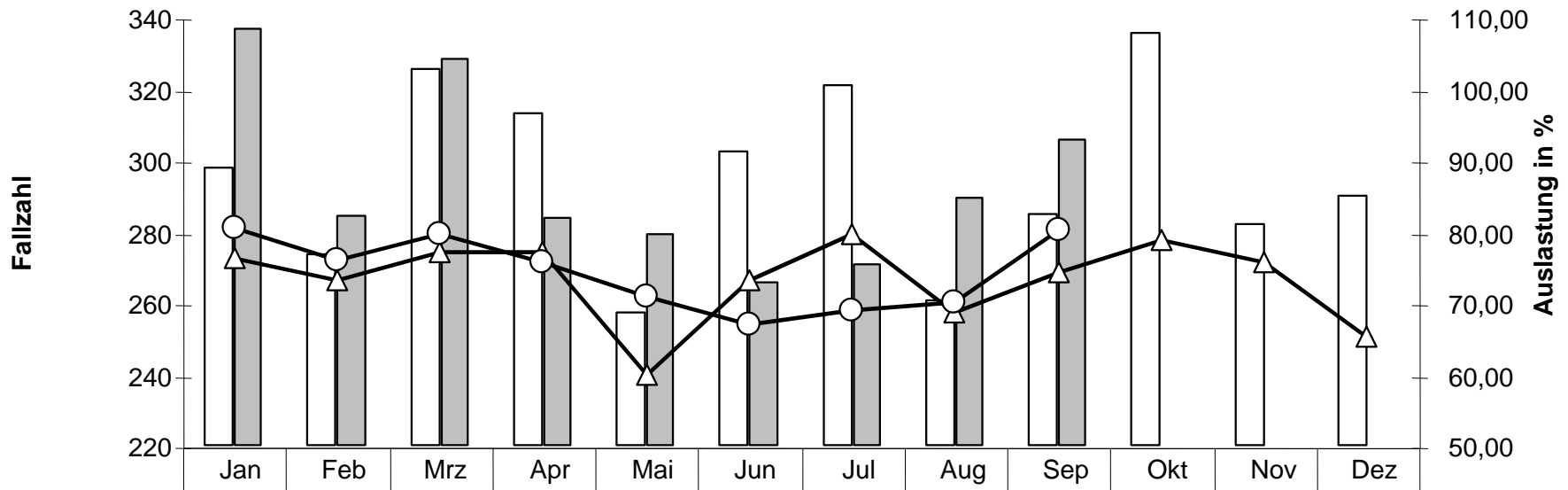
- Adaptation de la capacité en termes de lits aux besoins effectifs par la suppression et la reconversion de lits en soins semi-intensifs sur la base de modèles de notation (tels que TISS)

Organisation des processus ³



Variations saisonnières de l'occupation

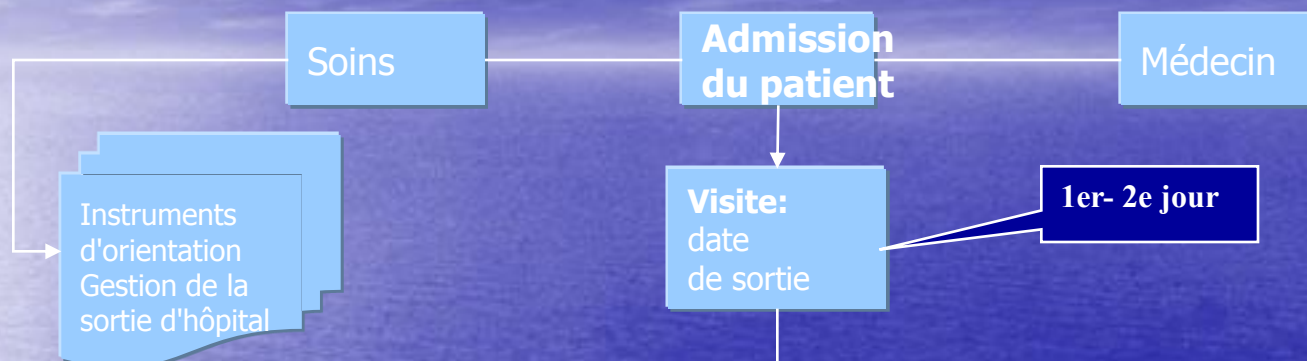
Vergleich Fallzahl (vollst.) und Auslastung (belegbare Betten)
Klinikum X - Gynäkologie und Geburtsmedizin



Gestion des sorties d'hôpital

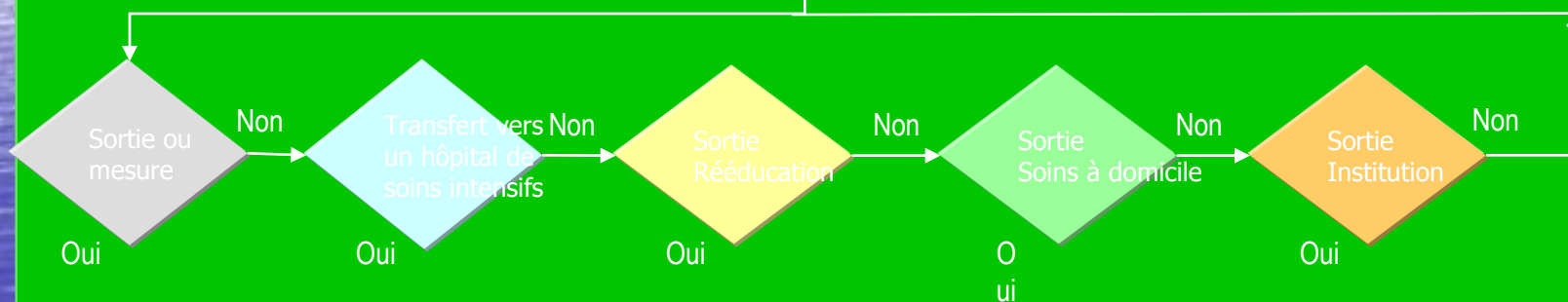


Début du processus



Pilotage du processus par

le directeur des soins par service



Fin du processus

Contrôle de sortie par le service des soins / **Sortie obligatoire à 11 heures du matin**

Le défi de la durée du séjour 3

Bezeichnung		Gesamt	Gesamt	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	InEK
Visceralchirurgie														
Appendektomie														
Appendektomie mit äußerst schweren oder schweren CC		205	10,0	10,1	11,0	8,5	11,5	9,9	10,0	8,0	10,4		10,5	9,2
Appendektomie ohne äußerst schwere oder schwere CC		1309	5,6	5,0	4,6	5,2	6,0	7,3	5,4	5,2	5,3		5,5	5,6
		1514	7,8	7,6	7,8	6,9	8,8	8,6	7,7	6,6	7,9	0,0	8,0	7,4
Leisten und SchenkelhernieHernie														
Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 0 Jahre	2003	1366	5,8	5,5	4,2	7,6	5,9	7,9	5,1	5,5	6,7		6,5	4,7
	2005				2,9			4,3						
Cholezystektomie														
Cholezystektomie mit endoskopischem Gallenwegs-eingriff mit äußerst schweren oder schweren CC		110	17,9	19,2	20,9	13,4	18,0		18,3	18,5	12,6		17,9	14,9
Cholezystektomie mit endoskopischem Gallenwegs-eingriff ohne äußerst schwere oder schwere CC		73	11,5	12,0	8,5	12,7	14,3		13,1	11,0	8,5		12,1	11,4
Cholezystektomie ohne endoskopischen Gallenwegs-eingriff mit äußerst schweren oder schweren CC		334	10,6	8,4	11,8	11,4	11,1	10,8	10,5	9,9	8,1		15,9	9,6
Cholezystektomie ohne endoskopischen Gallenwegs-eingriff ohne äußerst schwere oder schwere CC		1193	6,1	5,2	4,6	6,4	6,7	7,9	5,9	6,5	6,1		6,8	5,9
		1710	11,5	11,2	11,5	11,0	12,5	4,7	12,0	11,5	8,8	0,0	13,2	10,5

Aperçu de la teneur du controlling du plan



	Domaine	Teneur/objectif
Teneur du controlling du plan	1 Analyse des grilles quantitatives	<ul style="list-style-type: none">■ Confrontation quantitative de l'ensemble des patients, des patients relevant potentiellement du plan et des patients relevant effectivement du plan*■ Adoption de mesures en conséquence (par ex. recours accru et ciblé aux VIP, formation complémentaire du personnel)
	2 Analyse de la durée de séjour	<ul style="list-style-type: none">■ Description de l'évolution de la durée de séjour<ul style="list-style-type: none">- Patients relevant du plan contre groupe de contrôle- Evolution de la durée de séjour au fil du temps
	3 Analyse des écarts (variations)	<ul style="list-style-type: none">■ Description des écarts par rapport à la durée de séjour recherchée et analyse des causes■ Introduction des résultats dans l'interface AG pour la production de mesures
	4 Analyse du recours aux services	<ul style="list-style-type: none">■ Analyse des services pris en considération (tels qu'examens radiologiques, analyses en laboratoire), et notamment comparaison avant-après

Exemple Helios (Jakobs-Schäfer, I)

- Le produit le moins cher n'est évidemment pas forcément celui de la meilleure qualité. Objectif: optimiser les besoins des patients par un apport efficient de ressources
 - Définition de la qualité des produits
 - Définition de la relation entre le résultat de la thérapie et le produit y relatif
 - Standardisation des produits

Exemple Helios (Jakobs-Schäfer, II)

- Echange de savoir spécifiques aux produits
- Eviter les risques et augmenter la sécurité
- Regroupement de volume d'achats afin d'arriver à des quantités attractives
- Eviter les situations de monopole du côté de l'industrie
- Réduire la fréquence de commande
- Automatisation de la gestion des expirations

Exemple Helios (Jakobs-Schäfer, III)



- Optimisation du règlement des commandes, du stockage et de la logistique
- Répartition sensée du travail et responsabilités clairement définies
- Qualification du personnel et organisation des compétences
- Gestion des fournisseurs
- Echanges d'information intensives à l'interne et à l'externe
- Création d'une organisation apprenante

Exemple Helios (Jakobs-Schäfer, IV)



- Quelques domaines où il serait nécessaire d'investiguer :
 - Articles
 - Base de données
 - Processus décisionnel
 - Savoir faire
 - Processus de commande
 - Personnel
 - Administration
 - Logistique
 - Fournisseurs
 - Flux d'information
 - E-Procurement
 - Capacité concurrentielle

Exemple Helios (Jakobs-Schäfer, V)

- Conséquences de regroupements internes et parties prenantes (stakeholders)
 - Achat Groupe et responsable d'achat groupé
 - Groupes de spécialistes dans le domaine médical
 - Comité médical
 - HELIOS Académie

Exemple Helios (Jakobs-Schäfer, VI)



- Gestion des fournisseurs
 - Appréciation des partenaires
 - Fournisseur stratégique
 - Fournisseur en développement
 - Fournisseur fiable
 - Fournisseur contraignant
 - Partner News
 - Partner Forum
 - Partner Award
 - Partner Contrat

Og

Répercussions
possibles
pour
l'industrie

Quelques tendances possibles

Industrie (I)



- Facteurs de succès pour Pharma
 - Implication des clients décisifs
 - Occupation de maladies spécifiques
 - Accès aux principales informations
- Formes commerciales possibles
 - Share-Driver
 - Prestataires de concepts innovants
 - Entreprises spécialisées en gestion des maladies
 - Consortiums
 - Fabricants de génériques

Quelques tendances possibles

Industrie (II)



- Défis des programmes de gestion des maladies (DMP) (interrogation des dirigeants de l'industrie Life Sciences en Allemagne, Autriche et Suisse)
 - État actuel: intégration du produit dans les lignes directrices du traitement, commercialisation de services et de prestations, examen des aspects de coûts et d'utilité spécifiques au produit
 - Avenir: élaboration supplémentaire de concepts DMP propres complexes, négociations anticipées avec les assureurs-maladie sur la prise en charge des coûts, l'élaboration de nouveaux modèles tarifaires pour les prestations de services afin de garantir la vente du produit
 - État actuel: le médecin, le principal décisionnaire en matière de traitement
 - Avenir: les assureurs-maladie, les nouveaux prestataires médicaux, les patients, les proches et les groupes d'entraide prendront davantage part à la prise de décision

Quelques tendances possibles

Industrie (III)



- Instruments possibles pour les DMP (Allemagne, Autriche, Suisse)
 - Évaluations coûts-utilité des produits comme argument de vente
 - Développement du Key Account Management en direction des assureurs et des prestataires
 - Systèmes de rappel pour les patients afin d'améliorer l'observance du traitement
 - Formations individualisées pour les patients
 - Suivi personnel par le Service Center
 - Développement de nouvelles stratégies de vente et de marketing qui tiennent compte des nouveaux modèles d'argumentation
 - Contrôle de la gestion des données et de l'infrastructure informatique pour que la langue soit adaptée aux patients avec efficacité et sécurité

Quelle peut en être la signification pour les délégués médicaux? (I)

- S'adapter à un nouveau système
 - Prix au lieu de remboursement des coûts
 - Le produit est-il pris en considération dans le DRG et donc payable?
 - Le produit peut-il être compté comme une rémunération additionnelle? Et, le cas échéant: à quelles conditions?
- S'adapter à de nouveaux interlocuteurs
 - Pharmaciens hospitaliers
 - Directeur d'hôpital
 - Communautés d'achat de plusieurs hôpitaux

Quelle peut en être la signification pour les délégués médicaux? (II)

- S'adapter à de nouvelles questions
 - Qu'apporte à l'hôpital le recours à ce produit?
 - L'utilisation de produits particulièrement innovants et chers est-elle judicieuse?
 - L'utilisation de certains instruments de technique médicale est-elle judicieuse?
 - Les instruments jetables ne sont-ils pas plus chers que les instruments réutilisables?
 - Ces procédés sont-ils reproduits de façon appropriée dans le système DRG?
- Connaître avec précision les DRG importants
 - Importance de la part des produits/ médicaments dans les coûts totaux d'un DRG
 - Dépression vs. oncologie

Quelle peut en être la signification pour les délégués médicaux? (III)

- Définition de voies thérapeutiques (y compris l'influence des co-morbidités sur le choix de produits à l'hôpital)
- Nouveaux défis pour les pharmaciens hospitaliers/ autres acheteurs opérant des achats centralisés pour un groupe d'hôpitaux qui ont peut-être un forte caractéristique aiguë somatique.
- Le commerce extérieur doit développer un autre modèle d'argumentation.

Conclusion (I)

Og

- De nombreuses questions ouvertes
- L'industrie est affectée par ce processus
- Pas de solution brevetée car il y a des situations de départ variables
 - Stratégie
 - Structure du produit

Conclusion (II)



- Les hôpitaux secondaires devront procéder à d'importantes adaptations.
- La formation de chaînes d'hôpitaux et la pression sur des grandeurs économiques et qualitativement critiques peuvent constituer des chances mais aussi des dangers (selon où se trouvent mes clients d'après l'analyse ABC des clients)
- Soyez prudents avec les rabais, accordez plutôt un soutien pour l'adaptation des DRG dans la bonne direction

Og

Il reste beaucoup à faire.
Allez-y!

Og

Merci beaucoup
de votre attention