

Genève, novembre 2017

**DRG pour mieux représenter les patients: des systèmes de tarification aussi pour la psychiatrie et la réadaptation?**

**Simon Hölzer, SwissDRG SA**

# Pourquoi les DRGs?

- DRG = définition du produit
- DRG = transparence  
(Exemples : naiss. par césarienne, colonne vertébrale - privé, nombre minimal de cas d'opérations du pancréas, rég. implants du genoux, comparaison des tarifs amb-stat)
- DRG = budget global minimum

# DRG = transparence

- Qui et quelles prestations
  - Quels volumes
  - ~~Quels coûts~~/ Quels tarifs ??
  - Quelle qualité !!
- 
- Bases de chaque comparaison (ou concurrence)
  - Structure tarifaire des DRGs  
+ règlement + conditions générales <> efficacité

# « DRG » en psychiatrie : caractéristiques de TARPSY version 1.0 / 1.1.2018

- Introduction autorisée en 2018 par le Conseil fédéral
- Développement basé sur les données : statistiques médicales, coûts par cas, valeurs HoNOS/CA
- Définition des groupes de coûts psychiatriques (PCG au lieu de DRG) à l'aide des « critères de séparation des coûts » identifiés : diagnostic principal, diagnostic secondaire, fiches HoNOS/CA, âge
- Catalogue PCG avec répartition quotidienne des coûts : appui sur les coûts effectifs, pas de répartition normative.

# « DRG » en psychiatrie : caractéristiques de TARPSY version 1.0 / 2018

- Rapport aux prestations réalisées et aux patients
- Les déboursements supplémentaires doivent être décomptés en supplément d'un forfait TARPSY
- Système d'apprentissage intelligent :  
développement ultérieur de TARPSY 2.0 à partir  
des nouvelles données sur les coûts et les  
prestations, examen des demandes

# Psychiatrie stationnaire

Exemple du calcul des remboursements dans le cadre de TARPSY 1.0, extrait du catalogue PCG

TP27B Depressive Störungen, Alter > 17 Jahre										
	Phase 1							Phase 2		
Verweildauer	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kostengewicht pro Tag	1.432	1.381	1.33	1.279	1.228	1.177	1.126	1.075	1.072	1.07
Verweildauer	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Kostengewicht pro Tag	1.067	1.064	1.062	1.059	1.057	1.054	1.052	1.049	1.047	1.044
Verweildauer	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Kostengewicht pro Tag	1.042	1.039	1.036	1.034	1.031	1.029	1.026	1.024	1.021	1.019
Verweildauer	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
Kostengewicht pro Tag	0.996	0.996	0.996	0.996	0.996	0.996	0.996	0.996	0.996	0.993
Verweildauer	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
Kostengewicht pro Tag	0.970	0.970	0.970	0.970	0.970	0.970	0.970	0.970	0.970	0.968

**Exemple** : cas en TP27B avec durée de séjour de 30 jours :

- Répartition des coûts par jour : 1 019
- Répartition effective des coûts :  $1\ 019 * 30 \text{ jours} = 30\ 570$
- Remboursement effectif en CHF =  $30\ 570 * \text{Prix de base par jour}$

# Défis liés au développement de la structure tarifaire

- Critères médicaux :
  - Relevant des prestations
  - Représentation du niveau de gravité / vue d'ensemble rétrospective
  - Homogénéité médicale
  - Traçabilité
  - Caractère mesurable du concept de soins (culturel) / de la structure de soins
  - Actualité (prestations méd.)
- Critères tarifaires :
  - Relevant des cas
  - Valeur des projections / qualité statistique
  - Homogénéité des coûts
  - Résistance à la manipulation, caractère vérifiable (vérification, examen au cas par cas)
  - Efficacité des mesures
  - Dépenses <> profits
  - Tarifs et benchmarking prévisionnels

## « DRG » en réhabilitation : caractéristiques de Reha ST

- En préparation pour 2020, version actuelle 0.5 et 0.5b à évaluer par le partenaire
- Problèmes :
  - Séparation entre les objectifs de qualité, les objectifs de personnel et l'infrastructure de la structure tarifaire
  - Parcours de soins clinique quasi-inexistant
  - Dépend de la durée de présence / moins de rapport au cas
  - Base d'évaluation hebdomadaire, modèle de régression multiple
  - Actuellement 4 domaines de prestations : neurologie, cardiologie, pneumologie, autre
  - Comparaison indirecte des prestations par évaluations (entre autres ADL / FIM)



# Mesures de réduction des coûts (BAG) : contrôle des volumes par la réglementation !?

- Unanimité de la Confédération, des cantons et ... des médias :  
y aurait-il un problème !?!!
- Intervention du Conseil fédéral =  
attire lourdement l'attention des prestataires
- Domaine d'expertise de la Confédération :  
M07 transfert de stationnaire à ambulatoire  
M13 Exigence d'un second avis  
M37 Budget(s) global



# Contrôle des volumes (de patients) par l'État en faveur des patients ?

- Volumes minimaux
- Listes ambulatoires (liste 13, liste BAG)
- Médecine actuelle = médecine maximale
- « Wait and see » et compétence des patients (consentement informé)



# Réflexions sur le thème des tarifs en ambulatoire / DRGs en ambulatoire

- I. Fonctionnement au forfait possible
- II. Données sur les coûts et les prestations
- III. Analyse des soins médicaux
- IV. Points de tensions

# Nécessité d'une analyse exacte de la situation de soins

- L'adaptation de la structure tarifaire peut soutenir le transfert des prestations dans le secteur ambulatoire [Déjà 98 % des opérations de la cataracte en ambulatoire, mais seulement 27 % des implantations de stimulateurs cardiaques, selon Obsan 2015]
  - La structure tarifaire n'est pas la seule solution
  - Mêmes tarifs pour des prestations identiques (?)
  - **Adaptation impérative des conditions générales**



## En bref

- Définir les forfaits / DRGs de façon sensée
- Conditions générales nécessaires
- Assurer la sécurité des soins (pour des prestations non lucratives, cas exceptionnels, maladies rares)
- Garantir la sûreté des traitements et la liberté des soins médicaux :  
Le médecin donne l'indication. L'indication (modalités et étendue du traitement) doit ensuite être décidée sur le lieu de réalisation de la prestation.



Merci de votre  
attention

## **SwissDRG AG**

Haslerstrasse 21  
CH-3008 Bern  
Suisse

Tel.: +41 (0)31 3100550

Fax: 031 3100557

e-mail: [simon.hoelzer@swissdrg.org](mailto:simon.hoelzer@swissdrg.org)