

Conséquences du financement par DRG pour la pratique médicale en médecine palliative

Prof. Gian Domenico Borasio
Chaire en médecine palliative

Définition Soins Palliatifs

Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychosociaux et spirituels qui lui sont liés.

OMS, 2002

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

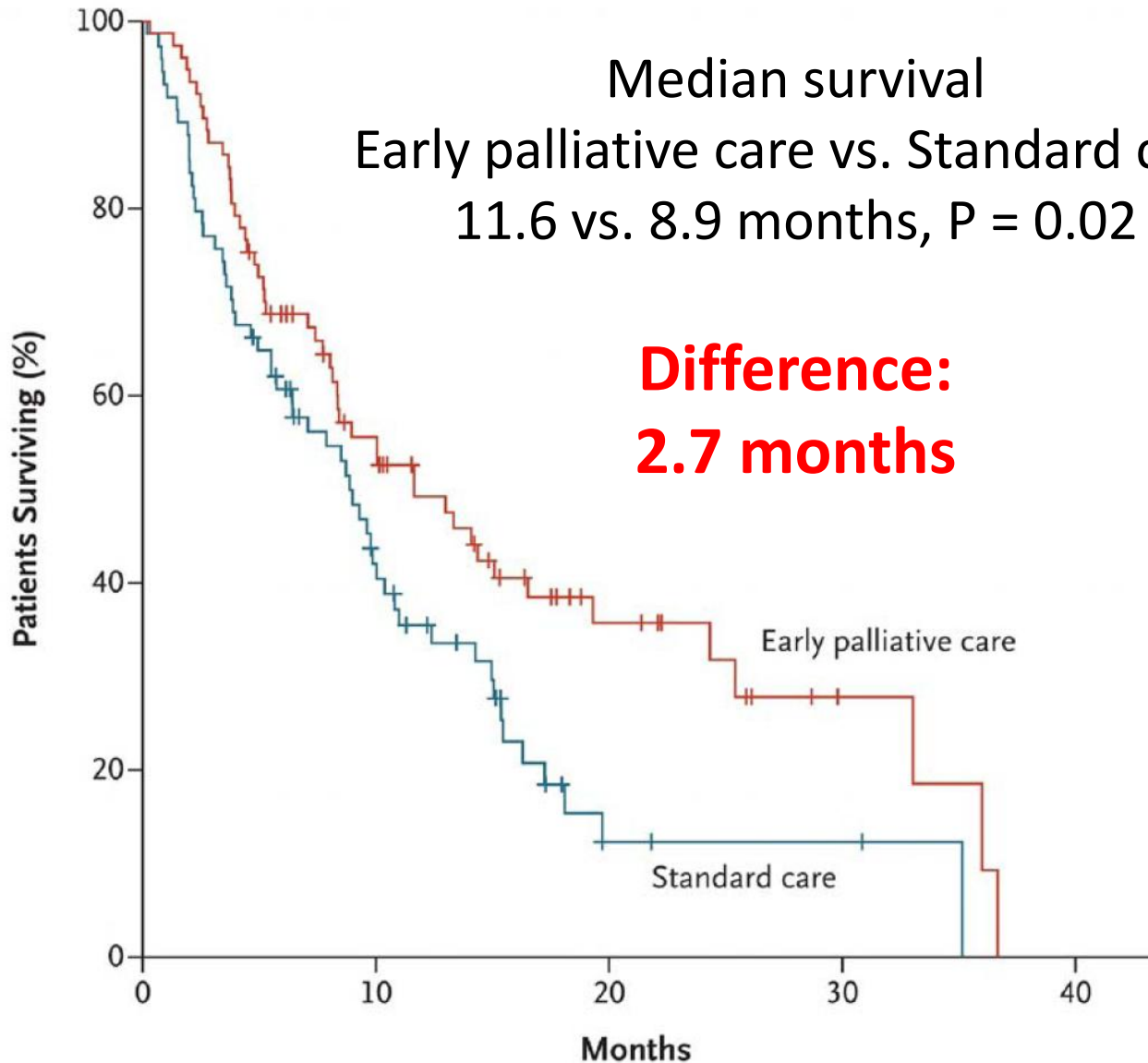
ORIGINAL ARTICLE

Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer

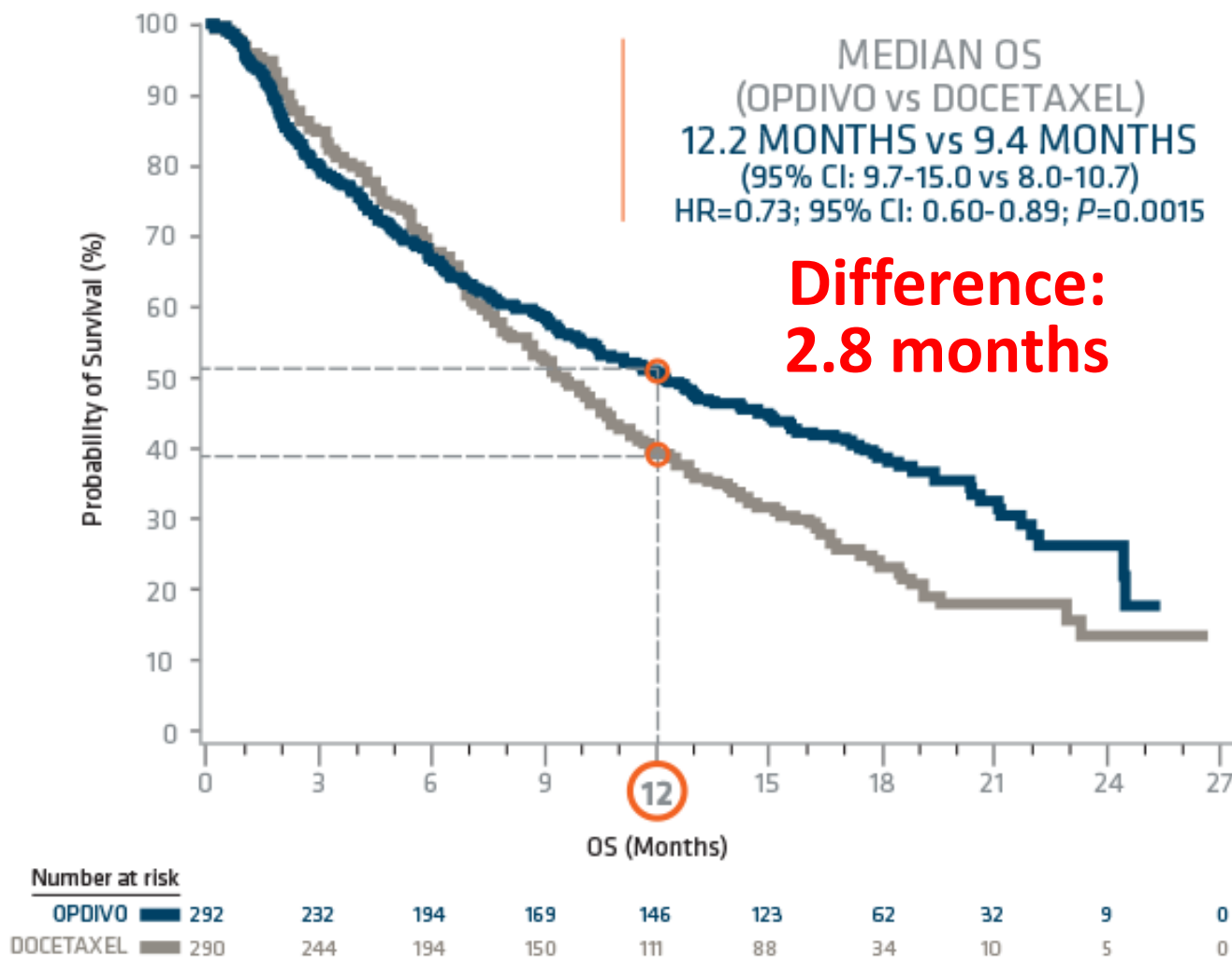
Jennifer S. Temel, M.D., Joseph A. Greer, Ph.D., Alona Muzikansky, M.A.,
Emily R. Gallagher, R.N., Sonal Admane, M.B., B.S., M.P.H.,
Vicki A. Jackson, M.D., M.P.H., Constance M. Dahlin, A.P.N.,
Craig D. Blinderman, M.D., Juliet Jacobsen, M.D., William F. Pirl, M.D., M.P.H.,
J. Andrew Billings, M.D., and Thomas J. Lynch, M.D.

Median survival
Early palliative care vs. Standard care
11.6 vs. 8.9 months, $P = 0.02$

**Difference:
2.7 months**



CHECKMATE 057: Overall Survival^{1,2}



Comparaison

	Nivolumab	Soins palliatifs
Augmentation survie	2.8 mois	2.7 mois
Effet secondaires	Fatigue Dyspnoe Douleurs musculosquel. Pneumonite Colite Hepatite Nephrite Hypo/Hyperthyroidisme	Réduction des traitements agressifs en fin de vie Réduction des symptômes dépressifs Amélioration de la qualité de vie
Coûts	>100'000 US \$	-117 US \$ /d
NICE	-	+++

Temel et al., NEJM 2010; Greer et al., J Palliat Med 2016

La loi fondamentale de l'économie

**Les gens réagissent aux incitatifs.
Tout le reste c'est que des explications**

De: Nicholas Gr. Mankiw, Mark P. Taylor: „Grundzüge der Volkswirtschaftslehre“, 4. Aufl., Schäffer-Poeschel, Stuttgart 2008.

Soins palliatifs hospitaliers

- Prise en charge aigue (unités de lits aigues)
- Accompagnement en fin de vie (résidences palliatives, „Hospize“)
- Formes mixtes („Hospices“ anglais)

Soins palliatifs hospitaliers – CH

(n = 25 institutions)

Parametre	Etendue
Nombre de lits	4 – 32
DMS (mediane)	6 – 31,5 j
% décès	34 – 91 %
% pat. oncologiques	70 – 99 %

Structures homogènes au niveau fédéral ??

Financement actuel

- Formes de financement hétérogènes
- Romandie : „Lits B“ (comme les lits de réadaptation)
- Suisse alémanique : dépendant du canton et de l'institution
 - DRG
 - Forfaits journaliers
 - Formes mixtes (?)

Il semble plus que douteux qu'une seule forme de financement – provenant de plus du domaine des soins aigus – puisse répondre aux besoins de ce système de soins hétérogène et partiellement situé en dehors des circuits hospitaliers.

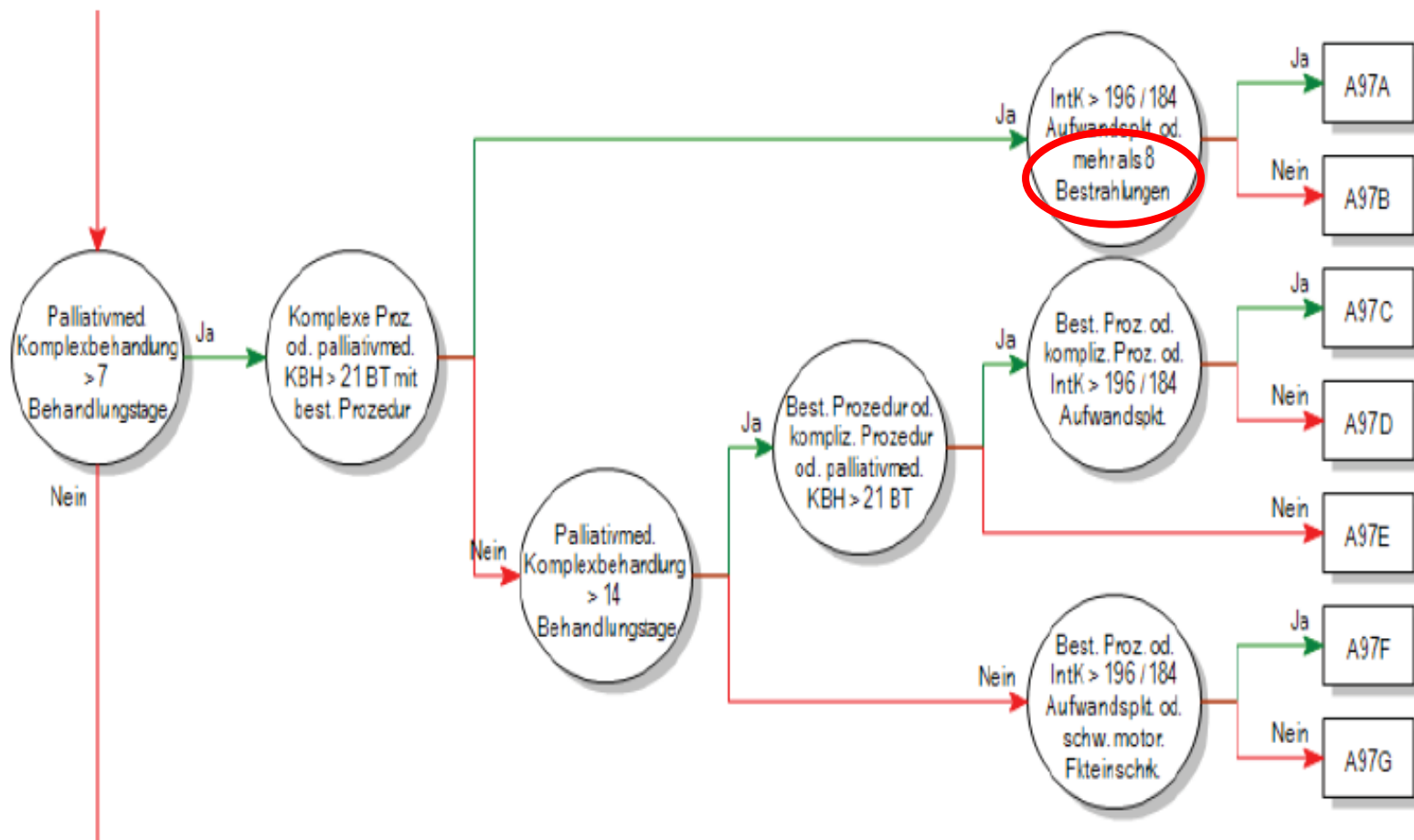
Evolution en Allemagne

Nouvelle loi sur les soins palliatifs (2015)

Unités de lits de médecine palliative, qui sont autonomes du point de vue des locaux et de l'organisation et qui disposent d'au moins 5 lits, peuvent être reconnues comme « institutions à caractère particulier » et être rémunérées au moyen de forfaits journaliers. **Pour ceci, une demande écrite de la part de l'hôpital est suffisante.**

Nouvelle classification DRG Pré-MDC

Traitement complexe de médecine palliative



Conséquences pour la pratique médicale en médecine palliative

- **Sélection des patients**
- **Traitement des patients**
- **Sortie des patients**

Conséquences pour la pratique médicale: sélection des patients

Type de patients :

- Incitatif à la sélection des patients avec un revenu potentiel le plus haut possible (en particulier patients oncologiques).

Moment du transfert :

- Incitatif à un transfert aux soins palliatifs le plus tard possible, pour permettre au service d'origine de toucher un pourcentage le plus haut possible du DRG.

Conséquences pour la pratique médicale: traitement des patients

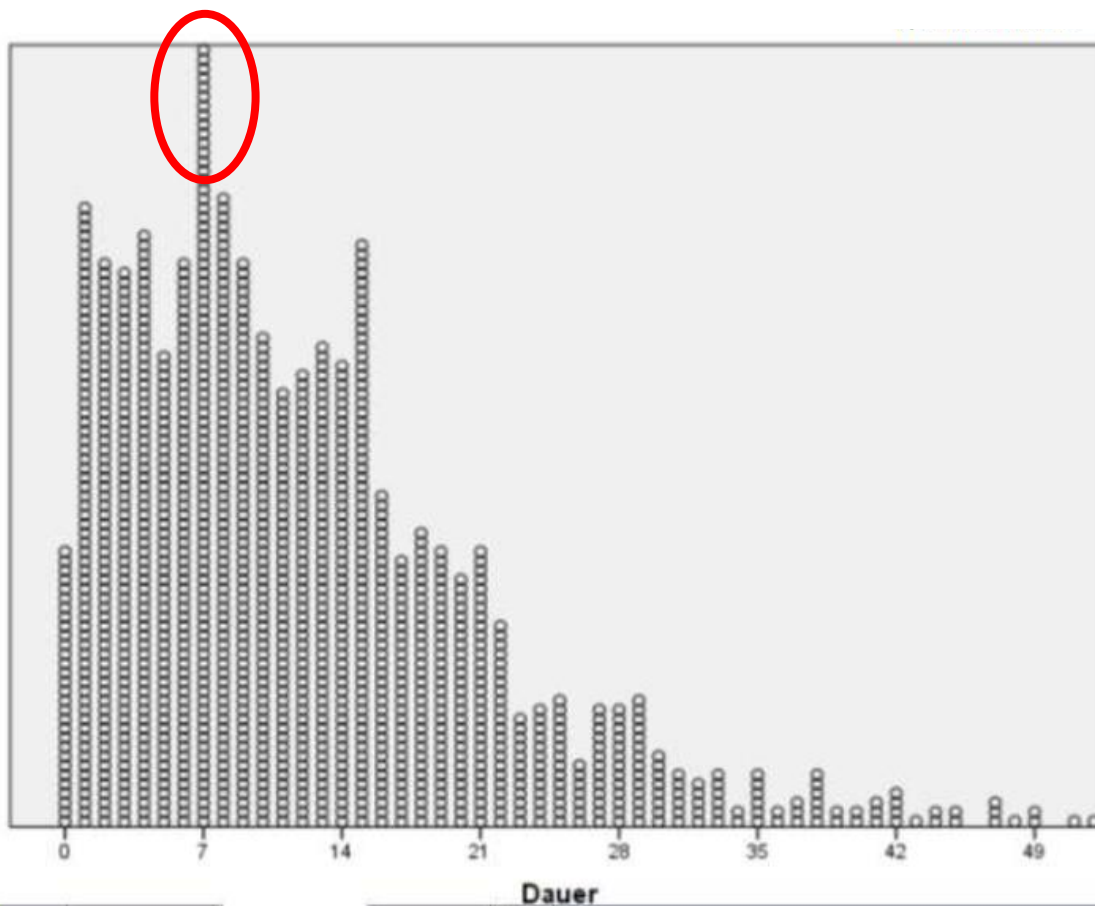
- Priorisations des traitements avec relevance pour les DRG
- Performance des « 6 heures de thérapies additionnelles » presque impossible surtout chez les grands malades
- Incitatif à faire des thérapies potentiellement très lourdes comme la radiothérapie hyperfractionnée (jusqu'à 17'000 CHF de revenu supplémentaire si >8 séances)

Conséquences pour la pratique médicale: sortie des patients

- Introduction de « jours préférentiels de décès » (jour 8, 15 et 22)
- A partir du 23^{ème} jour charge financière progressive pour l'hôpital → incitatif à faire sortir le patient – mais avec jusqu'à 91% de décès...



Jours de sortie dans des unités de lits de médecine palliative (DRG)



**L'argument «Mais-la-déontologie-des-médecins-est-toujours-irréprochable»
est le sommet du cynisme.**

Conclusions

Un financement de type DRG

- ne peut pas représenter adéquatement les formes hétérogènes de soins dans les soins palliatifs hospitaliers
- met en place de **mauvais incitatifs majeurs** concernant la sélection, le traitement et la sortie des patients
- entrave l'extension des soins palliatifs aux patients non-oncologiques
- de toute probabilité, il ne couvrira pas les coûts

Nouvelles données suisses (2015-16)

- Sous-financement d'env. 5000 CHF/patient avec DRGs dans les unités de lits de soins palliatifs
- Cause: patients transférés en interne (jusqu'à 80%)
- Sous-financement aussi dans les « cliniques palliatives » (au dépit de l'avantage lié aux nouveaux cas) à cause du haut pourcentage de patients qui restent <8j. (jusqu'à 60%)
- Sous-financement particulièrement prononcé dans les outliers, en particulier les patients SLA

Alternative

Les système australien (forfaits journaliers échelonnés) ...

- permet un financement adapté aux efforts et à la performance
- évite les mauvais incitatifs des DRG
- respecte les cours individuelles de la maladie
- A été utilisé avec succès dans un contexte de financement DRG

(Gordon et al., J Pain Symptom Manage 2009; Queensland Dept. of Health, Health Funding Principles and Guidelines 2013-14)

Les gens réagissent aux incitatifs



**Nous avons besoin d'un financement
équitable et éthiquement acceptable
pour les soins palliatifs en Suisse.**