

½ journée fournisseurs de la CAIB
Lausanne – 15 septembre 2017

DRG ?

Stéphane Johner
Directeur administratif et financier adjoint -
CHUV



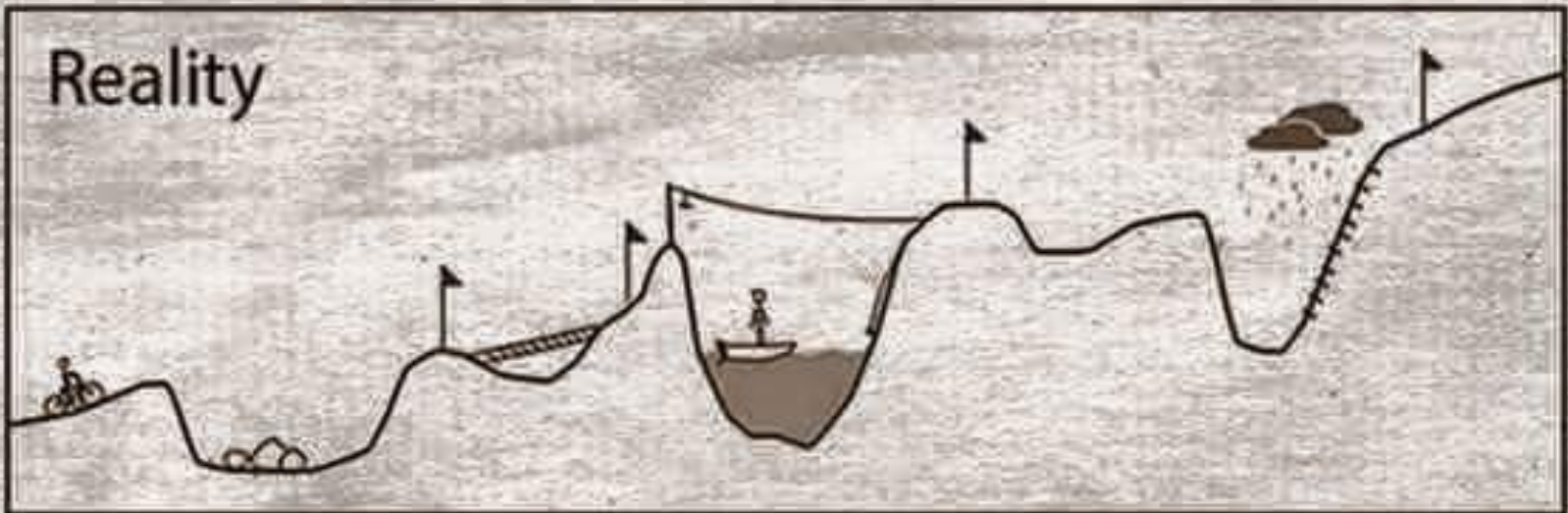
Agenda

- Contexte et développements récents
- Les DRG ?
- Ce qu'il faut garder à l'esprit
- La réalité

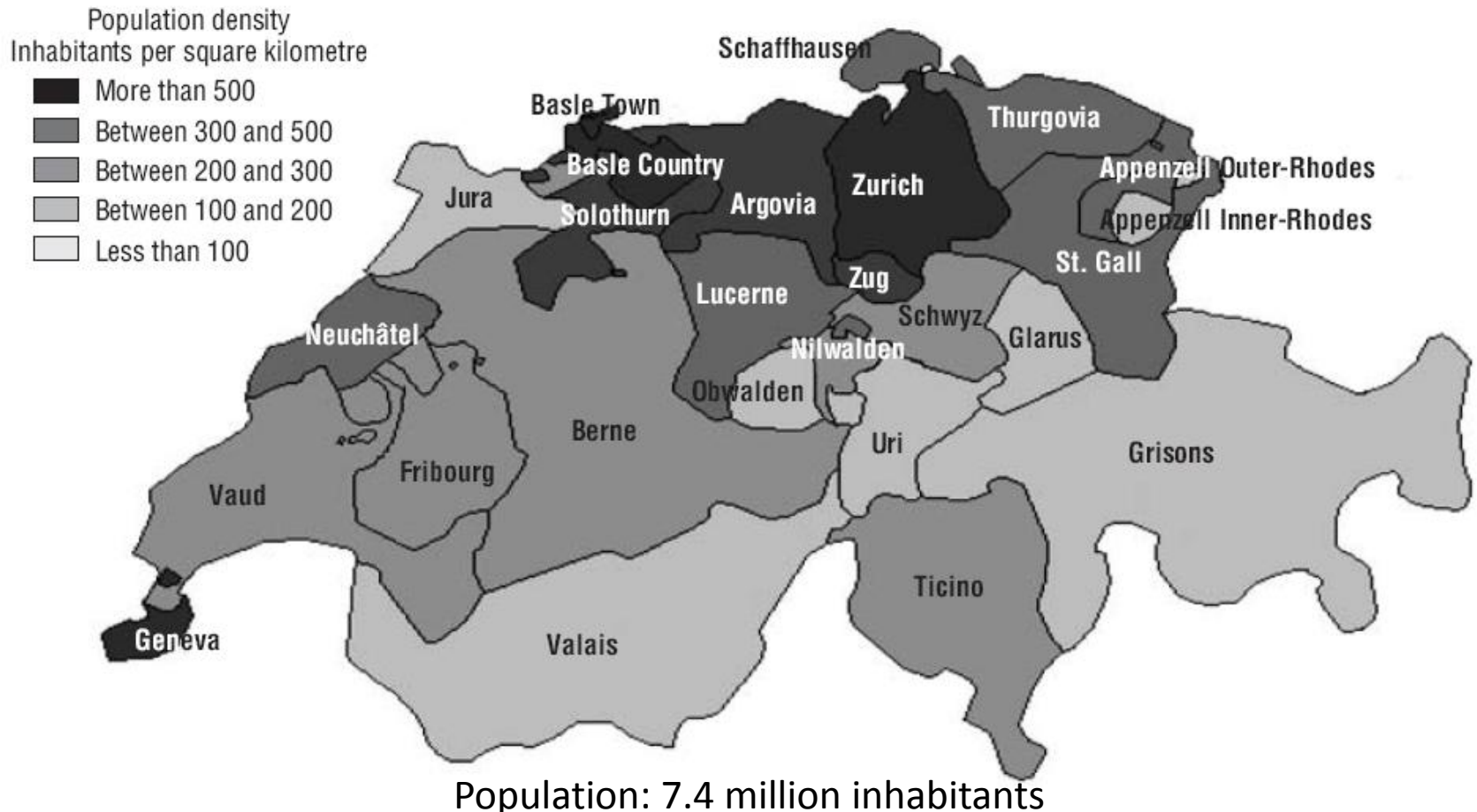
Your plan



Reality

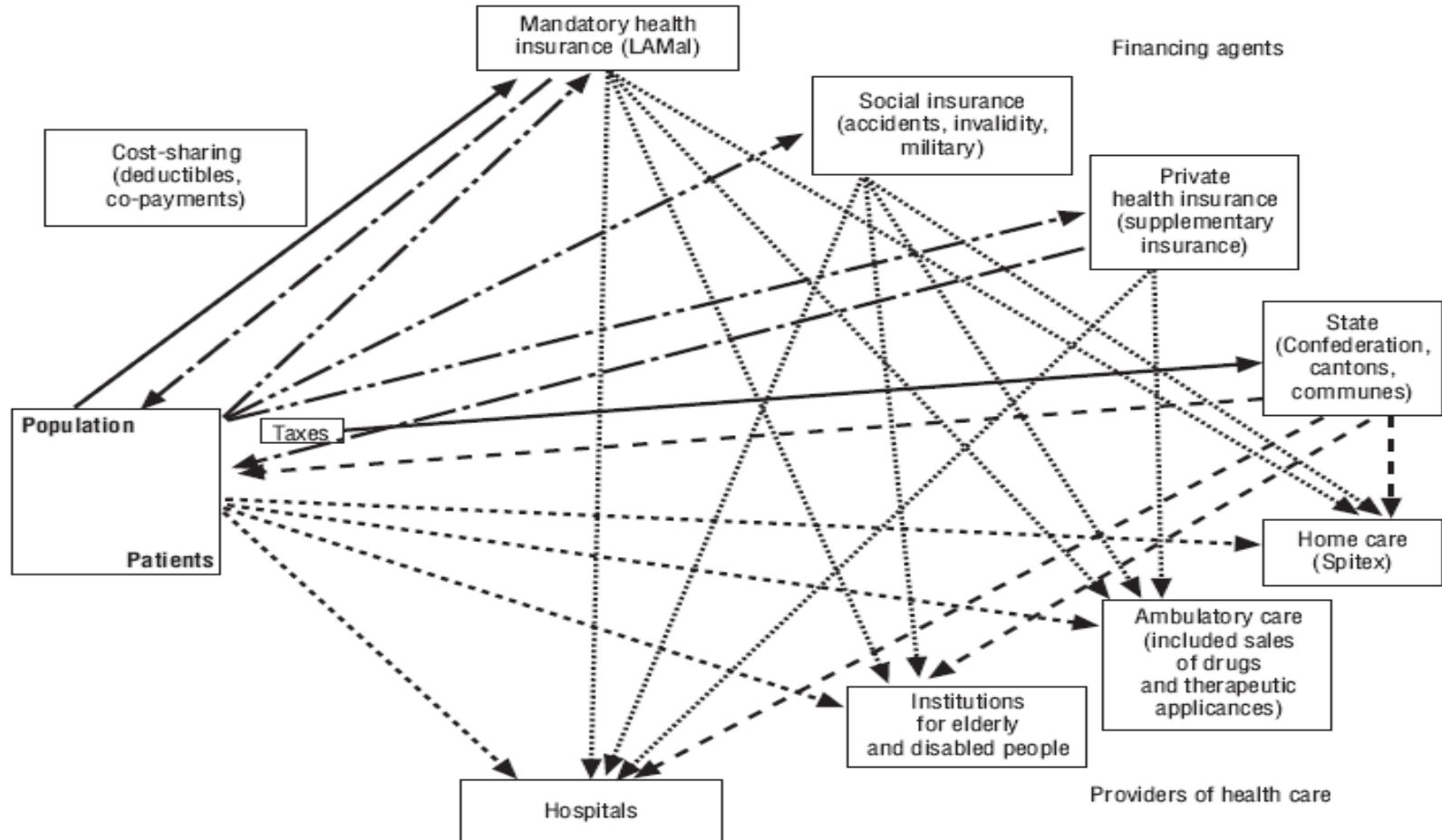


Swiss health care system



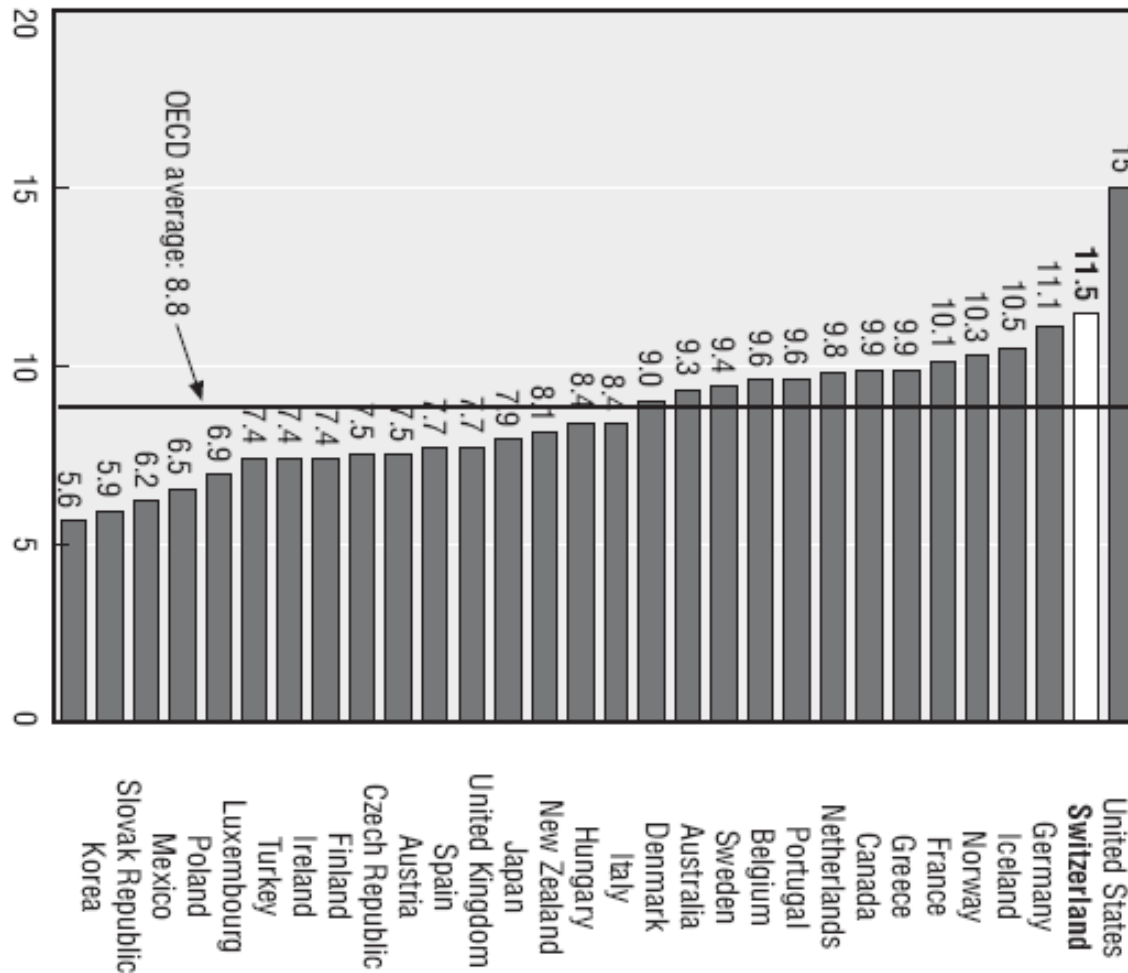
Swiss health care system

Financial flows, 2005



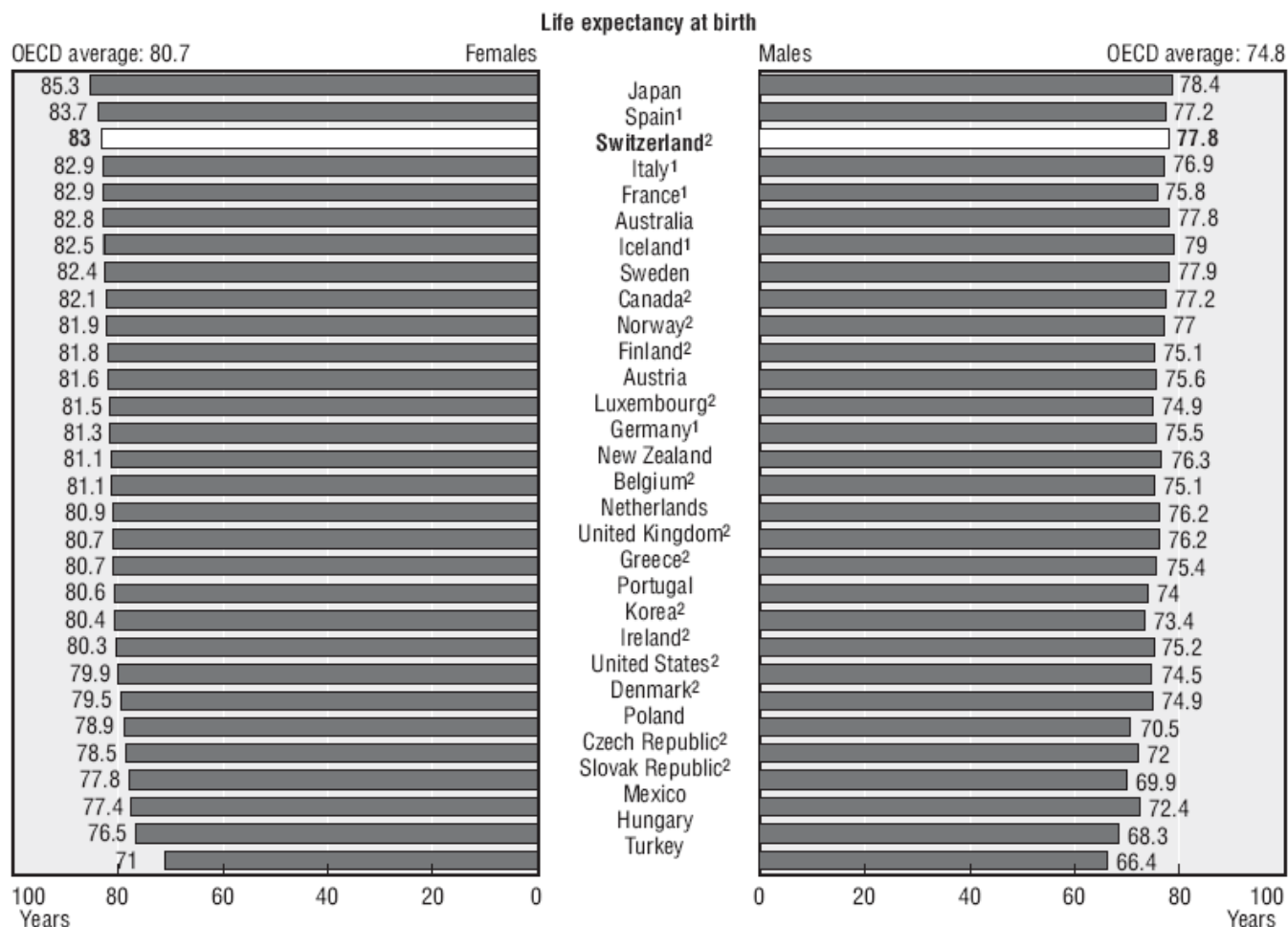
Swiss health care system

Health expenditure in OECD countries as a percentage of GDP, 2003



Swiss health care system

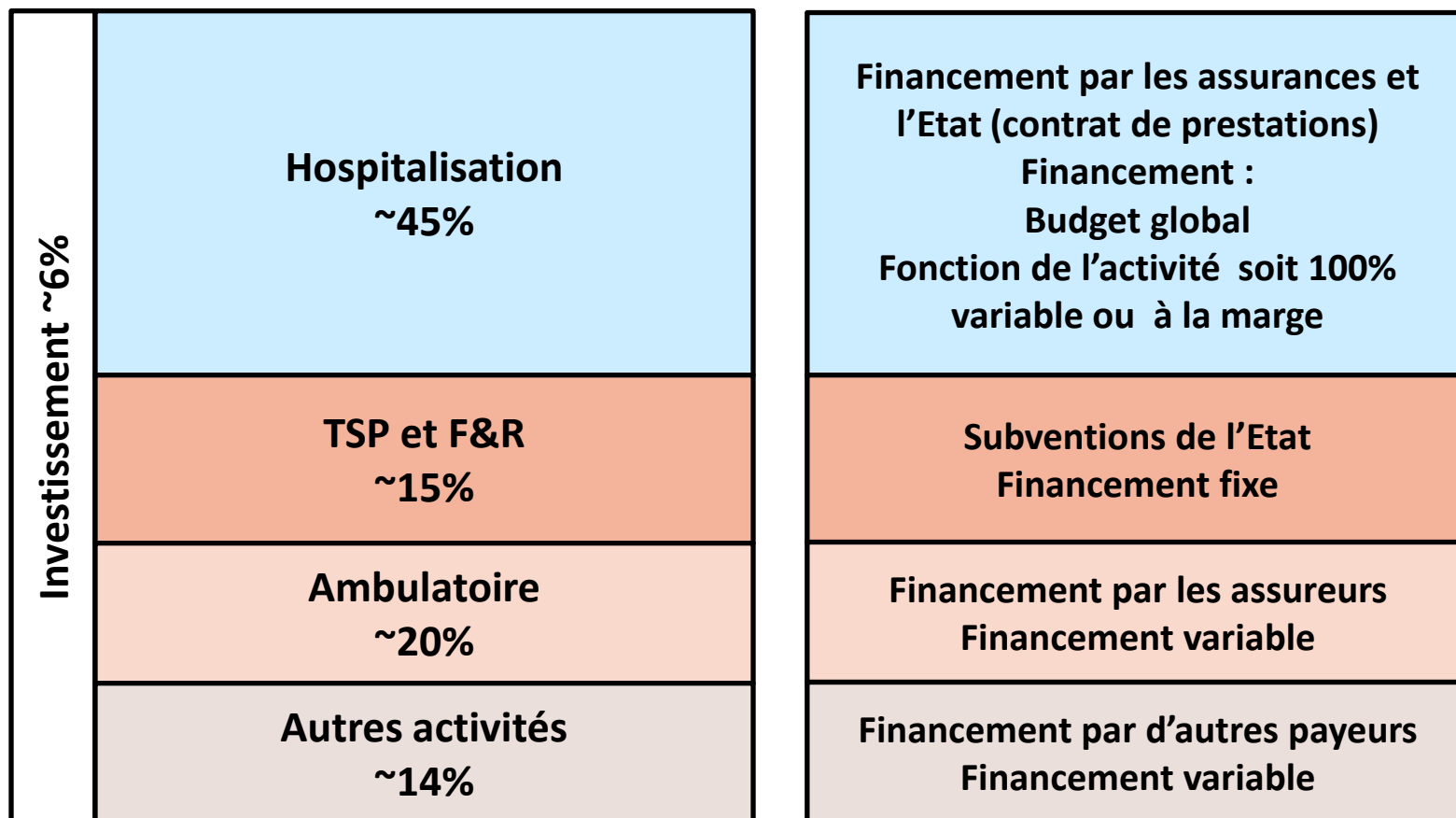
Life expectancy at birth in OECD countries, 2003 or latest available year



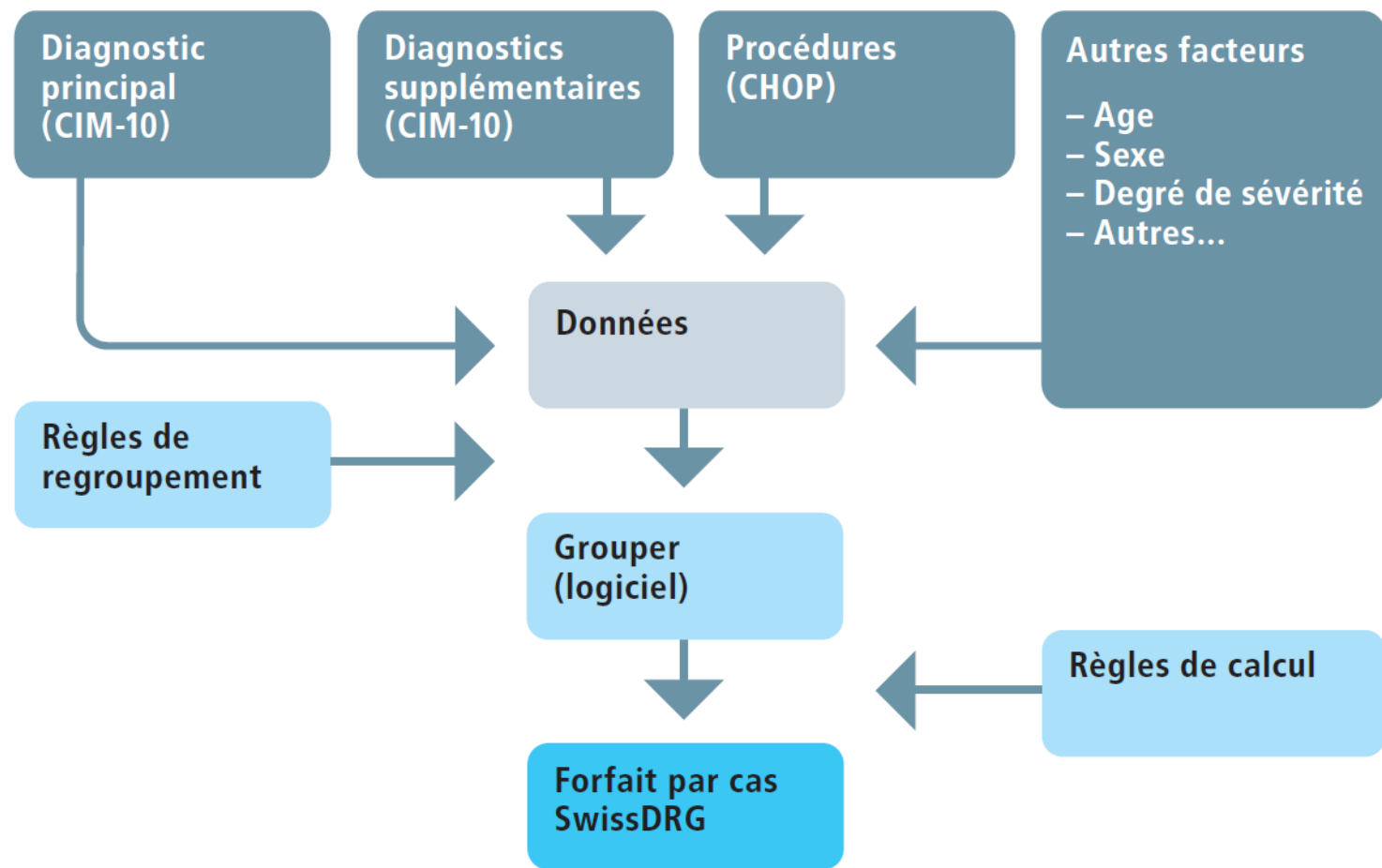
2015

- Total des dépenses : CHF 77.8Mia
- PIB : 12.1% (+0.4% vs économie +0.3%)
- Croissance des dépenses : +4.3%
 - Imputable :
 - 70% Prestataires de soins (45% hôpitaux, 40% cabinets, 13% EMS, 2% autres)
 - 30% commerce de détail (consommables)

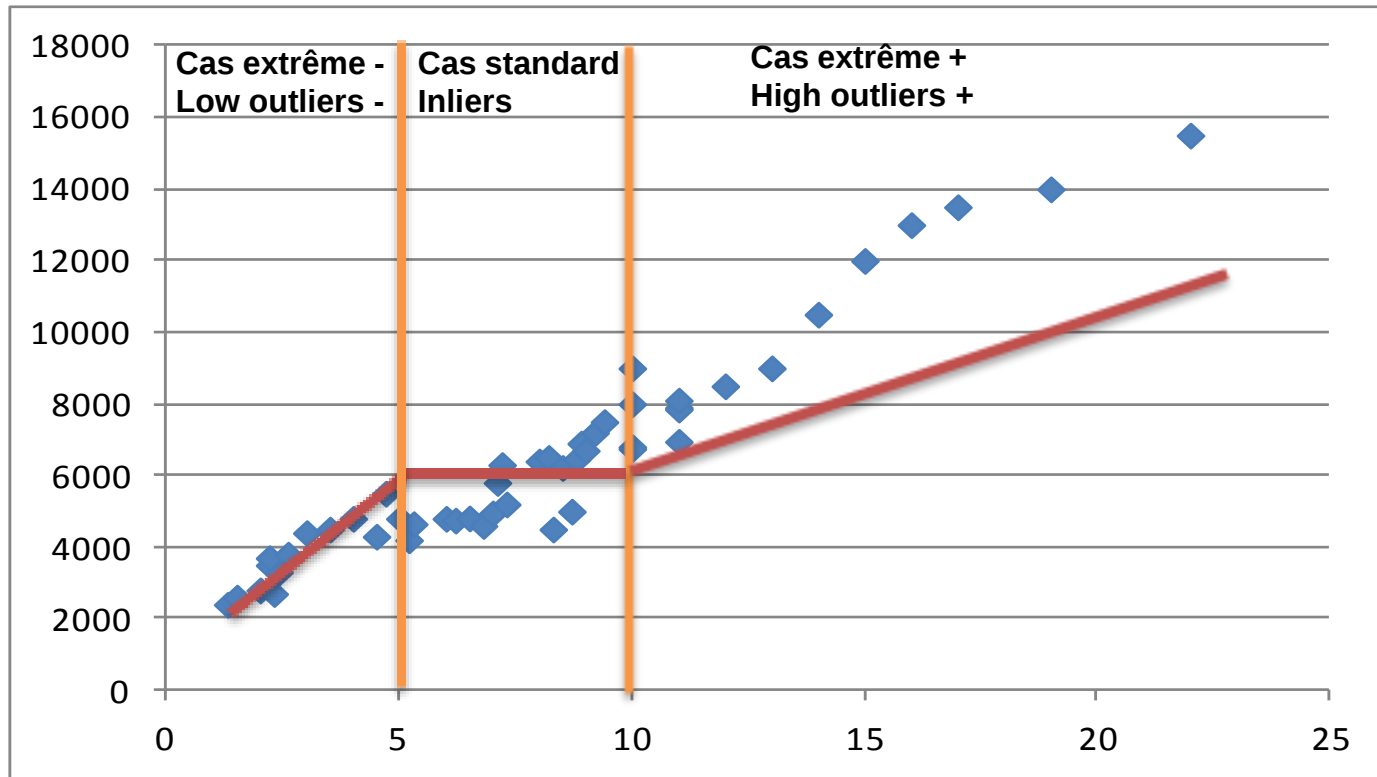
Structure de financement d'un établissement sanitaire



Comment fonctionne le système SwissDRG ?



Le modèle de rémunération – DRG fictif



- Bleu = coût réel pour l'hôpital
- Rouge : montant facturé

Un système de type DRG ne peut pas résoudre tous les problèmes

“Cross-DRG differences explain only half of (...) price variation, with the other half explained by patient-level intra-DRG differences in patient condition that are not accounted for by patients’ DRG classifications”

William Lynk, One DRG, One Price?

*The Effect of Patient Condition on Price Variation Within DRGs and Across Hospitals,
International Journal of Health Care Finance and Economics, 1, 111–137, 2001*

C’est la raison pour laquelle la plupart des pays qui ont adopté les DRG ont introduit des paiements complémentaires.

La situation en Suisse

Constanze Hergeth, Christopher Schmidt: Abteilung Medizin

28. Juni 2011

© SwissDRG AG

	R ² – Wert	SwissDRG Version 0.3 zum Vergleich		G-DRG zum Vergleich	
	SwissDRG-Version 1.0	SwissDRG-Version 0.3	SwissDRG 0.3 vs. 1.0	G-DRG 2010	G-DRG 2009 vs. 2010
Alle Fälle	0.6039	0,4992	+21,0%	0,7443	+0,2%
Inlier	0.7488	0,6849	+9,3%	0,8430	+0,8%

CH:

40% des différences de coûts non expliquées par la structure tarifaire (Inliers: 25%)
 0-1% : Part des paiements complémentaires dans le financement des hôpitaux

D:

25% des différences de coûts non expliquées par la structure tarifaire (Inliers: 16%)
 17% : Part des paiements complémentaires dans le financement des hôpitaux

Les différences de coût non expliquées ne se répartissent pas uniformément

Les grands hôpitaux publics attirent des cas plus complexes :

- *Ils offrent une palette complète de prestations (y.c. pour des pathologies rares, coûteuses et difficilement planifiables)*
- *Ils offrent des infrastructures pour prendre en charge les urgences dans toutes les disciplines*
- *Ils sont souvent le dernier maillon dans la chaîne de soins*

Les prestataires privés pratiquent la sélection des risques et des prestations :

- *Concentration sur des segments de clientèle et d'activités rentables*

Tant que le système de financement ne tiendra pas compte des différences de complexité des cas masquées par les DRG

- Les hôpitaux offrant des prestations tertiaires seront clairement sous-financés (déficit pour les collectivités publiques)
- Inversément, ceux qui pratiquent la sélection des risques seront clairement surfinancés
 - ➔ *L'écrémage deviendra vraiment rentable*
 - ➔ *Acquisition d'équipements coûteux pour traiter des cas légers.*

DRG mixtes (univ.-non univ.)

- Ex : nouveau-nés de poids normal (dès 2,5 kg)

DRG		CW	Nb cas CH	% pris en charge par hôp. uni. et centraux
P67A	plusieurs pb sévères	2.13	363	51%
P67B	Pb. grave + diag. de complication	0.87	1'969	38%
P67C	Autre pb., sans diag. de complication	0.44	4'051	22%
P67D	Nv-nés sains	0.21	47'264	15%



DRG P67C

= base pour le calcul du CW

	CHUV	Hôp. UNI+Z.	Ensemble CH	Source
Coût par cas	6'603	7'251	5'079	Webfeedback SwissDRG 2012

**Zoom CHUV :
deux sous-
populations**

Passage en néonatalogie	oui	non
Coût par cas	9'460	4'453
Nb cas	64	85

Cas typique : enfants avec des petites anomalies morphologiques (« funny looking baby ») nécessitant de multiples investigations (procédure standard). En cas de résultat négatif des investigations, le traitement sera codé comme un nouveau-né à terme sain.

Perte totale du CHUV pour les cas des 4 DRG P67 pris en charge par la néonatalogie : CHF 1 million/année

La problématique des innovations

- Les hôpitaux tertiaires introduisent fréquemment des modes de traitement innovants, dans une phase où ils sont encore très coûteux.
- Ces dépenses représentent toutefois un volume limité (~1% du total des coûts)
- C'est pourquoi il n'est pas judicieux d'introduire des procédures de demande compliquées. Des suppléments forfaitaires sont plus appropriés.

La réalité

Analyse par composante de coût

Coût par point sans investissement et sans honoraires

	CHUV	Total
Matériel et implants	4'701	3'997
Médicaments et produits sanguins	335	273
Prestations de tiers	165	179
Diagnostic	79	685
Imagerie	1'851	316
Bloc opératoire et anesthésie	41	53
Laboratoire	258	243
Corps médical	1'742	1'489
Soins	1'216	1'015
Soins intensifs et continus	1'977	1'228
Urgences	147	102
Thérapies	119	62
Hôtellerie	454	350
Autres	316	162
Total	13'402	10'152

Les différences dans les coûts par catégorie et par point sont dues pour partie à des méthodes différentes de classement des coûts.

Les différences de coûts de matériel médical et d'implants explique un tiers de la différence.

Matériel et implants par cas

	CHUV	HUS	Différence
F24A	11'659	7'700	3'959
F24B	9'311	6'512	2'799
F52A	5'340	5'091	249
F52B	4'674	3'599	1'075
F56A	12'244	6'251	5'993
F56B	9'286	5'912	3'374
F57A	6'532	3'285	3'247
F57B	5'072	3'287	1'785
Total	6'746	5'189	1'557

Conclusion (1/2)

Management – Gestion

Facteurs internes

- Maîtrise interne des processus avec impact financier : **Efficacité**
 - Amélioration de la discipline de facturation
 - Maîtrise des coûts (Biens et services médicaux: discipline d'utilisation et de facturation; Personnel)
 - Information, planification, durée de séjour
- Maîtrise des processus avec impact clinique : **Efficience** (diagnostic, traitement selon standards, amélioration de la transmission de l'information,...)
- Evaluation pharmaco-médico-économique : **Adéquation**

Facteurs externes

- Tarification : Différenciation renforcée du tarif de base entre hôpitaux (CHU, hôpitaux cantonaux, etc.), différenciation de certaines positions du catalogue, meilleure reconnaissance des rémunérations supplémentaires
 - Spécialisation / coopération (VD-GE)

Conclusion (1/2)

Innovation (chirurgie, micromécanique, médication,...)

Concurrence (participation active au marché des activités à haute valeur ajoutée, dont ambulatoire à composante technologique élevée et stationnaire privé)

Politique (défense des intérêts particuliers hôpitaux universitaires)

- Il est illusoire de faire confiance à la main invisible des DRG pour reconnaître la lourdeur des cas à sa juste mesure et la financer d'une manière appropriée
- Il est nécessaire d'introduire des instruments de financement complémentaires ou différenciés

Merci de votre attention et
participation

Back-up

Les SwissDRG



Quelques notions	
Unité de facturation	Forfait par pathologie (« groupes »)
	On facture un forfait global « tout compris » pour <u>l'entier du séjour</u> basé sur les coûts moyens observés par groupe Forfait sans lien avec la durée du séjour (à l'exception des durées hors norme – séjours low outliers ou high outliers)
Forfait DRG	1 séjour = 1 forfait DRG qui comprend tout en règle générale : prestations de soins, médicaments dispensés entre l'entrée et la sortie du patient, y compris la visite d'un médecin externe à l'hôpital ou un examen effectué ailleurs (sous-traitance)
Suppléments	Quelques suppléments facturables : médicaments coûteux, dialyses...
CW	Cost-Weight : coût relatif du DRG
	$CW = \frac{\text{coût moyen des hospitalisations du DRG}}{\text{coût moyen de toutes les hospitalisations}}$

Exemples de SwissDRG

DRG	Parti-tion	Désignation	Cost-Weight	Durée moyenne de séjour	Borne inférieure de durée de		Borne supérieure de durée de		Transfert externe réduction/jour (Cost-Weight)	DRG de transfert	Exception de réadmission
					Premier jour avec réduction	Cost-weight/jour	Premier jour avec supplément	Cost-Weight/jour			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
E71A	M	Néoformations des organes respiratoires, plus d'un jour d'hospitalisation, avec CC extrêmement sévères ou bronchoscopie rigide ou avec biopsie pulmonaire complexe ou avec mise en place d'extenseurs bronchiques	1.465	11.5	3	0.308	24	0.075	0.099		x
E71B	M	Néoformations des organes respiratoires, un jour d'hospitalisation ou sans CC extrêmement sévères, sans bronchoscopie rigide, sans biopsie pulmonaire complexe ou sans mise en place d'extenseurs bronchiques	0.670	5.3	1	0.260	14	0.076	0.091		x
E73A	M	Épanchement pleural avec CC extrêmement sévères	1.336	11.4	3	0.294	23	0.072	0.095		
E73B	M	Épanchement pleural sans CC extrêmement sévères	0.907	7.2	1	0.596	17	0.076	0.095		
E74Z	M	Maladie pulmonaire interstitielle	1.218	10.0	2	0.345	22	0.073	0.094		
E76A	M	Tuberculose, plus de 14 jours d'hospitalisation, en cas de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants ou âge < 16 ans ou procédure de complication ou avec CC extrêmement sévères	4.450	28.5			47	0.096		x	
E76B	M	Tuberculose, plus de 14 jours d'hospitalisation, sauf en cas de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants, âge > 15 ans, sans procédure de complication, sans CC extrêmement sévères	2.024	20.7			32	0.058		x	
Pré-MDC											
A11F	O	Ventilation artificielle > 249 heures et < 500 heures sans procédure opératoire complexe, sans procédure opératoire particulière, sans procédures de complication, sans traitement complexe de soins intensifs > 1104 points, âge > 5 ans	6.532	21.9			39	0.203	0.278		x

Le patient hospitalisé en soins somatiques aigus

Etape	
Saisies des prestations – documents fournis	Dossier médical : lettre de sortie (information médicale et base pour le codage), protocole opératoire, PRN, saisie des médicaments
Codage	Codage de l'hospitalisation sur la base du dossier médical par des spécialistes (formation spécifique)
Exhaustivité de la saisie	• De nombreux éléments influencent le DRG (actes pratiqués, heures de ventilation, comorbidités, etc.) • Médicaments facturables en sus du DRG • Marché interne : importance pour le budget du service • Heure d'entrée et de sortie : • Congés à déduire (> 24 heures) • Rabais transfert (pas de rabais si transferts < 24 heures)

La lettre de sortie

- Diagnostic principal
- Exacerbation d'une bronchopneumopathie chronique obstructive de stade IV (VEMS 24% de la valeur prédite en 2011)
 - O² dépendante à domicile 24h/24 (2l au repos, 6l à l'effort)
 - CPAP nocturne (sous 1l d'O²)
- Diagnostics secondaires
- Nodules pulmonaires de probable origine infectieuse
- Ostéoporose fracturaire avec tassements vertébraux D7 et L3
- **Décompensation anxieuse réactionnelle d'un état anxio-dépressif chronique et troubles de la personnalité de type borderline**
- Dénutrition chronique multifactorielle
- Comorbidités passives
- Ancien tabagisme à 55 UPA arrêté il y a un an
- Hypertonie du muscle cricopharyngien
- Cyphose lombaire sur discopathie L2-L2-L

Les codes diagnostiques

Codes diagnostiques (CIM-10 GM)	
J	Maladies de l'appareil respiratoire
J40-J47	Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures
J44	Autres maladies pulmonaires obstructives chroniques
J44.1	<i>Maladie pulmonaire obstructive chronique avec épisodes aigus, sans précision</i>
F	Troubles mentaux et du comportement
F40-F48	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes
F41	Autres troubles anxieux
F41.2	<i>Troubles anxieux et dépressif mixte</i>
F60-F69	Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte
F60	Troubles spécifiques de la personnalité
F60.3	Personnalité émotionnellement labile
F60.31	<i>Type borderline</i>
M	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif
M80	Ostéoprose avec fracture pathologique
M80.9	Ostéoporose avec fracture pathologique, sans précision
M80.98	Ostéoporose avec fracture pathologique, autres localisation (colonne vertébrale)

Les codes diagnostics

Codage

Nr	ICD	Diagnostic	I	a
DP	J44.10	Maladie pulmonaire obstructive chronique avec épisodes aigus, sans précision: VEF10 < 35 % de la norme		
1.DS	R64	Cachexie		
2.DS	M80.98	Ostéoporose avec fracture pathologique, sans précision: Autres [cou, tête, côtes, tronc, crâne, colonne vertébrale]		
3.DS	F41.2	Trouble anxieux et dépressif mixte		
4.DS	F60.31	Personnalité émotionnellement labile: Type borderline		
5.DS	R91	Résultats anormaux d'imagerie diagnostique du poumon	0	
6.DS	R84.5	Résultats anormaux de prélèvement effectués sur l'appareil respiratoire et le thorax: Résultats microbiologiques anormaux		
7.DS	B96.5!	Pseudomonas et autres bacilles non fermentants cause de maladies classées dans d'autres chapitres		
8.DS	M54.5	Lombalgie basse		
9.DS	R09.8	Autres symptômes et signes précisés relatifs aux appareils circulatoire et respiratoire		
10.DS	Y57.9!	Complications dues à des médicaments ou à des drogues		
11.DS	R06.88	Anomalies respiratoires autres et non précisées		

Les codes CHOP

Codes CHOP	
87-99	Techniques diagnostiques et thérapeutiques diverses
93	Médecine physique et thérapie respiratoire, réhabilitation et techniques annexes
93.1	Kinésithérapie
93.18	Thérapie respiratoire
93.18.00	Thérapie respiratoire, SAP
93.9	Ventilation et anesthésie
93.96	Autre enrichissement en oxygène
93.96.99	Autre oxygénation, autre
89	Anamnèses, consultations, expertises et examens
89.1	Mesure anatomique et physiologique et examen manuel du système nerveux et des organes des sens
89.13.26	Traitement complexe de médecine intensive, 829 à 1104 points de dépense

Les codes CHOP et le DRG

Nr	CHO	Traitement	Date	I	t
TP	93.18.00	Thérapie respiratoire, SAP	24.08.2012 14:34		
1.TS	89.13.26	Traitement complexe de médecine intensive, 829 à 1104 points de dépense	24.08.2012 14:34		
2.TS	93.96.99	Autre oxygénation, autre	24.08.2012 14:34		

Seulement les 100 premiers codes CHOP sont pris en compte dans le calcul de DRG

DRG-calculé

A11F Ventilation artificielle > 249 heures et < 500 heures sans procédure opératoire complexe, sans procédure opératoire particulière, sans procédures de complication, sans traitement complexe de soins intensifs > 1104 points, âge > 5 ans

ALOS: 21.9 LTP: 0 HTP: 39

Durée du séjour: 33 jours

CW: 6.532 (Version 1.0A) | Durée de séjour dans zone normale

CW calculé: 6.532

codeur: cmarchon 06.02.2013 08:18

archiveur: cmarchon 06.02.2013 08:18

Codage

Principes	
Diagnostic principal	Importance du choix du diagnostic principal
Codes de complications	Par rapport aux autres hôpitaux universitaires, le CHUV code beaucoup moins de codes de complications -> Ces éléments doivent être plus clairement indiqués dans la lettre de sortie
Justifications	Le CHUV doit pouvoir justifier les éléments pris en compte, par exemple : <u>Heures de ventilation</u> enregistrées dans Nemscod (perte de 129.781 pts en 2015), mais aussi : Comorbidités, interventions, transfusions, médicaments, traitements complexes, etc...

Valorisation

Baserate à 100%

Points DRG * valeur de point = montant de la facture

2

PROFORMA

Concerne

MUTUEL ASSURANCES

No de la facture [REDACTED]		Date facture 24/03/2013	Délai paiement 26/04/2013	No séjour [REDACTED]	No IPP 271646	Page 2/2
No run 9256	No de tiers payeur T11479	EAN payeur 7601003004106	RCC auteur facture O714822	EAN auteur facture 7601002074803		NIF 408

Date	Tarif	Code	Code réf.	Séance	Côté	Obli.	Usage interne	E	R	Quantité	Pts Méd./BR	Taux	Pts Tech.	Val. point	Montant
HOSPITALISATION GENERALE FORFAIT SWISSDRG, SEJOUR HOSPITALIER															
24/08/2012	010	A11F			O		MIFH60000	3	4	1.00	10'400.00	45.00%	6.5320	4'680.00	30'569.76
Taxe ANQ															
26/09/2012	012	01.00.ANQ			O		CPTN60951	3	4	1.00			1.00	2.55	2.55

Rémunérations supplémentaires

Rémunération de certaines prestations qui ne peuvent pas être financées de façon adéquate par le biais des forfaits (liste nationale)

-> Différentiation en lien avec la prestation de la rémunération totale

- Dialyses
- Implants coûteux
- Médicaments chers (facteurs de coagulation)

➔ En développement

SwissDRG : quelques règles particulières

	Règles SwissDRG
Durée de séjour	Date sortie – date entrée – jours de congé (Durée minimale de 1 jour) <i>Définition appliquée dans le canton de Vaud également aux séjours en psychiatrie et réadaptation</i>
Congé administratif	Congé administratif dès que le patient quitte l'hôpital pour une <u>durée de plus de 24.00 heures</u> (en heures et fractions)
Prestations ambulatoires pendant un congé administratif	A charge de l'hôpital (= du service médical concerné) duquel le patient est en congé = sous-traitance. Fiche d'info au patient.

SwissDRG : quelques règles particulières

	Règles SwissDRG
Patients transférés	Chaque hôpital doit accorder un rabais si la durée de séjour est inférieure à la DMS du DRG. Exception : pas de rabais pour l'hôpital receveur si séjour précédent < 24 heures
Regroupement de cas	Regroupement si même MDC dans les 18 jours -> création d'un super-séjour administratif pour la facturation (Multiples exceptions et règles particulières)
Les transports secondaires	Frais de transport à charge de l'hôpital expéditeur (y compris rapatriement extra-cantonal) Exception : transport facturé à la personne qui a demandé le transfert • patient si le patient souhaite être transféré par convenance personnelle • SSP du canton de domicile si celui-ci a demandé le rapatriement

SwissDRG : quelques règles particulières

	Règles SwissDRG
Split de factures	Split de factures pour les séjours AI-LAMal Le DRG du séjour est facturé aux différents payeurs selon le poids respectif de la partie de séjour à leur charge <i>Exemple d'un séjour de néonatalogie :</i> <i>DRG du séjour (DRG1) : P65A – CW 4.5620</i> <i>DRG AI (DRG2) : P65C – CW de 3.417</i> <i>DRG LAMal (DRG3): P67A – CW de 1.794</i> <i>CW 2 + CW3 = 5.211</i> <i>Répartition du CW du DRG 1 selon poids respectifs de DRG AI (2) et LAMal (3)</i> <i>CW AI = 65.5% de 4.5620 (3.417/5.211)</i> <i>CW LAMal = 34.5% de 4.5620 (1.794/5.211)</i>