

# **Economicité et qualité : une contradiction ?**

**Bâle, 10 novembre 2011**

**Dr Pierre-François Cuénoud**  
**Membre du Comité Central de la FMH**  
**Responsable du domaine SwissDRG**  
**Membre du Conseil d'Administration de SwissDRG SA**

# Economicité et qualité

## Grand écart permanent !

### Bases légales : LAMal

- Art 58 : Garantie de la qualité
  - ... le Conseil Fédéral peut prévoir des contrôles scientifiques...
  - ... il détermine les mesures servant à garantir ou à rétablir la qualité ou l'adéquation des prestations...
- Art 59 : Manquements aux exigences relatives au caractère économique et à la garantie de la qualité des prestations
  - ... les fournisseurs de prestations qui ne respectent pas les exigences... font l'objet de sanctions...
  - ... constituent notamment des manquements aux exigences... le non-respect du caractère économique des prestations...

# Economicité et qualité

## Grand écart permanent !

### Bases légales : OAMal

- Art 77 : Garantie de la qualité
  - ... les fournisseurs de prestations... élaborent des conceptions et des programmes en matière d'exigences de la qualité...
  - ... les réglementations doivent être conformes aux normes généralement reconnues, compte tenu du caractère économique des prestations...

# Qu'est-ce que la qualité ?

## Perspective des patients

- Disponibilité des médecins et du personnel soignant, pour le patient et pour ses proches
- Amabilité des interlocuteurs
- Qualité de l'hôtellerie
- Absence de répétition d'examens
- Prise en charge adaptée à la situation
- "Bouche à oreille"
- Finalement : résultat du séjour hospitalier, qualité de vie améliorée/retrouvée

# Qu'est-ce que la qualité ?

## Distinction par type

- Sécurité des patients
- Qualité structurelle
- Qualité des processus
- Qualité des résultats

# Sécurité des patients

## Mesures et contrôles à court terme : "éviter les catastrophes"

- Consentement éclairé documenté
- Identification des patients à chaque étape
- Marquage du site d'incision
- Check-list préopératoire
- Check-list à l'entrée au bloc opératoire
- Check-list avant l'incision
- .....etc...

**Economicité : évidente ! Avec ou sans DRG !**

# Qu'est-ce que la qualité ?

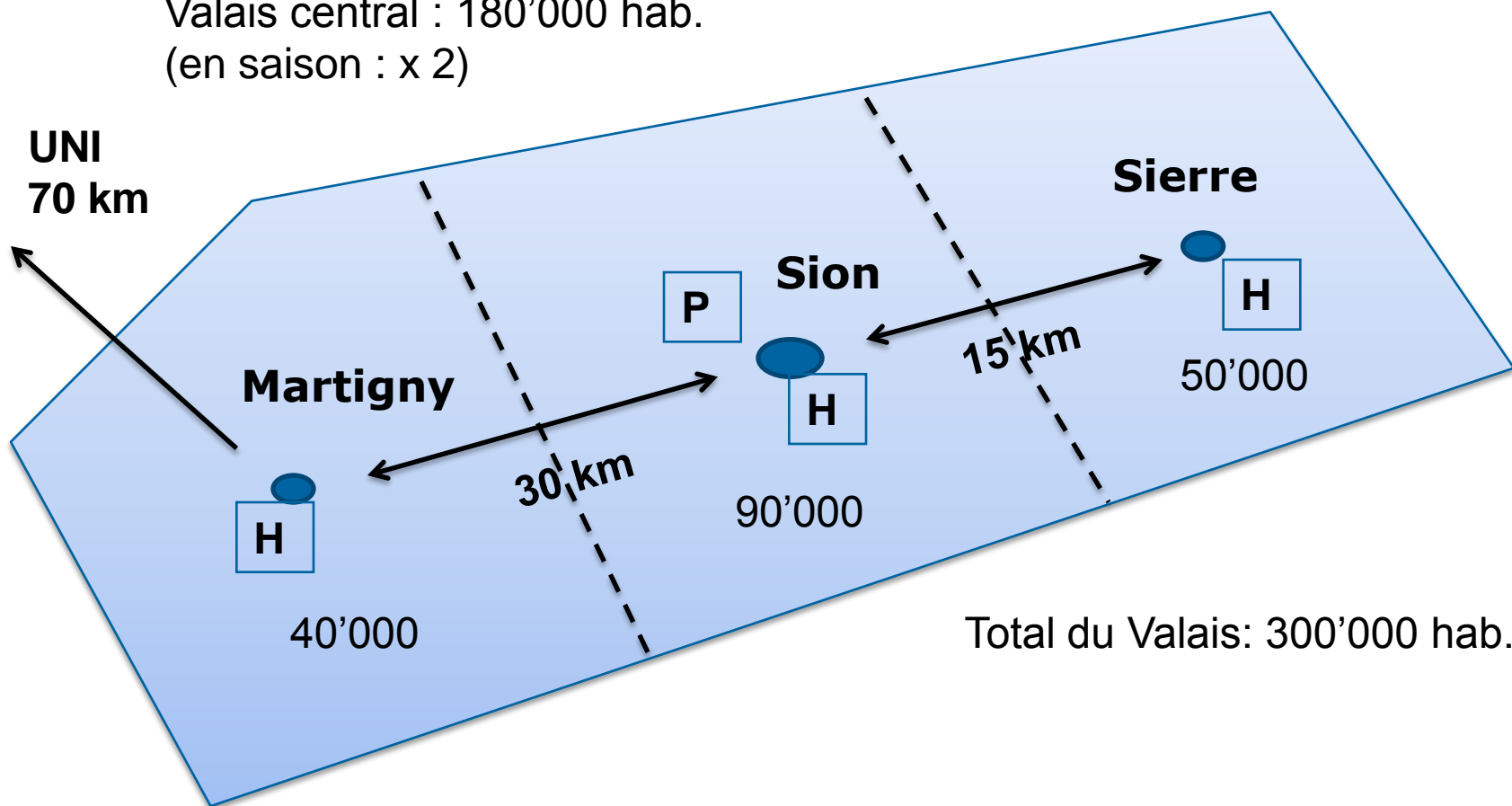
## Distinction par type

- Sécurité des patients
- Qualité structurelle
- Qualité des processus
- Qualité des résultats

# DRG et qualité structurelle

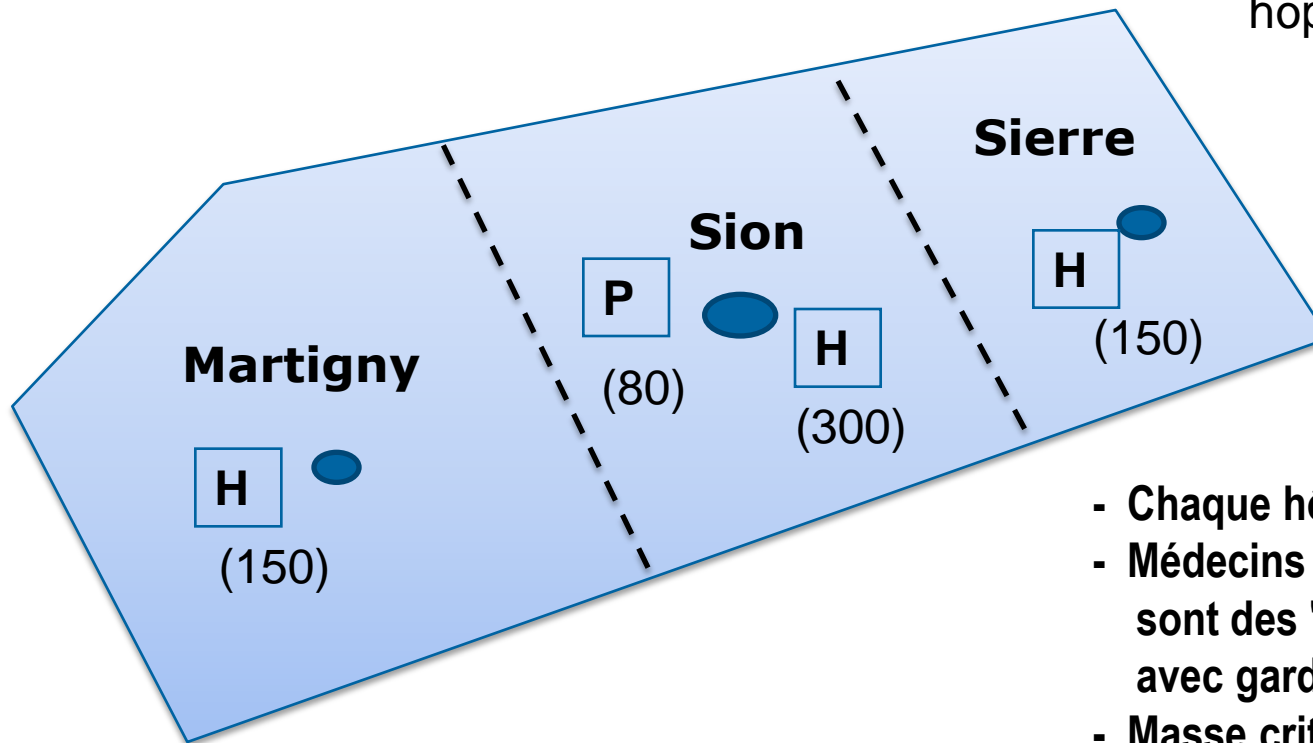
Conséquences possibles : exemple d'un canton pionnier : VS pendant 17 ans

Valais central : 180'000 hab.  
(en saison : x 2)



# VS : situation de départ dans le Valais central en 1994

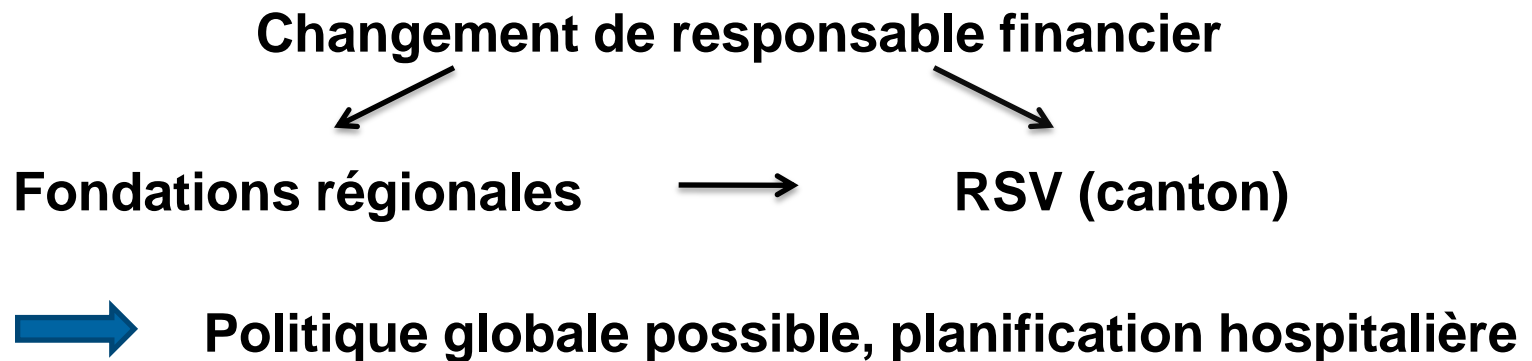
3,8 lits/1000 hab. dans les hôpitaux aigus publics



- Chaque hôpital fait "tout"
- Médecins : méd.-cadres de chirurgie sont des "chirurgiens généraux" (3 x 2) avec gardes par équipes de 2
- Masse critique : seulement à Sion  
 compétence
- Aux 2 autres emplacements :  
 compétence importée

## VS : évolution sur 17 ans

1995 – 1997 : revue des hospitalisations  
 1998 – 2002 : forfaits par cas par service  
 2003 – 2004 : simulation APDRG  
 depuis 2005 : facturation par APDRG



## VS : principes de planification hospitalière

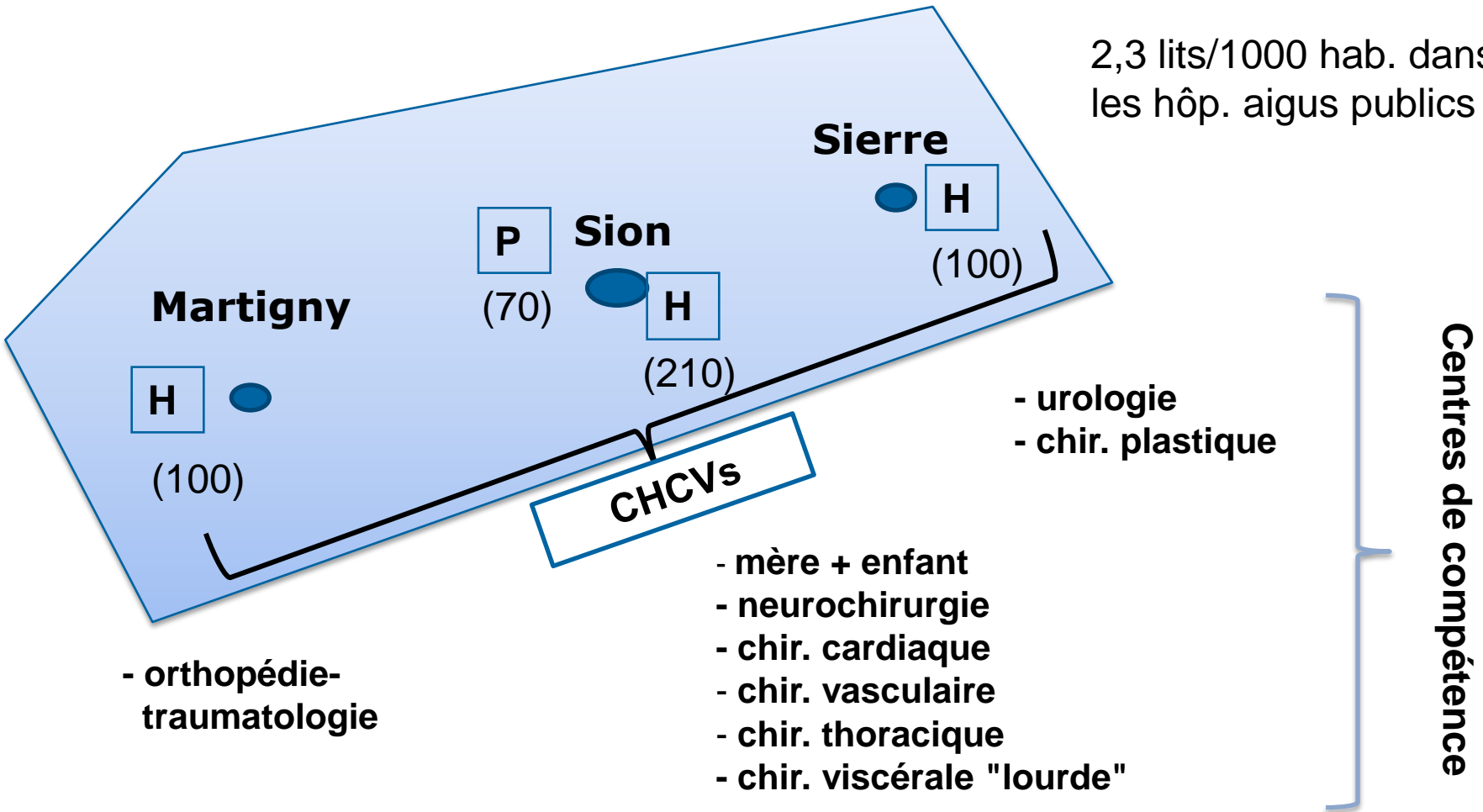
### Effets dans le Valais central :

- 1 hôpital sur 3 sites
- Centralisation des activités "lourdes" à Sion
- Disponibilité salles d'opération 24h/24h seulement à Sion
- Disponibilité des urgences différenciée
- Répartition des disciplines
- Réduction des lits

Médecins doivent souvent travailler sur 2 sites

# VS : paysage hospitalier actuel dans le Valais central

2,3 lits/1000 hab. dans les hôp. aigus publics



## VS : DRG depuis 2003/2005

Effets généraux :

- Rationalisation à tous les niveaux
- Attribution du budget nécessaire pour l'informatique
- Professionalisation du codage
- ↘ protection des données
- Perte temporaire de l'ophtalmologie
- Déplacement des patients avec la clinique privée
 

[	patients "légers"	→	clinique privée	]
[	patients "lourds"	→	hôpital public	]
- ↗↗ CMS
- Comptes équilibrés, bénéficiaires depuis 2006

## VS : DRG depuis 2003/2005 (2)

Médecins :

- Représentant à la direction (auparavant, pas de directeur médical)
- Meilleure implication dans l'hôpital (méd. agréés ↘↘ )
- Charge de travail mieux répartie → ↘ garde
- Les "mauvais" deviennent meilleurs → compétence générale ↗
- La compétence est reconnue → attire d'autres compétences  
 (médecins-cadres chir. VS central : 6 "chirurgiens généraux"  
 → 6 spécialistes avec 11 formations approfondies)
- ↗ nombre de MA, CC + MC
- ↗ catégorie des établissements de formation postgraduée
- ↗ activité ambulatoire
- Contact avec médecins de premier recours ↗↗

## VS : DRG depuis 2003/2005 (3)

Qu'est-ce qui n'a pas été observé ?

- "bloody exits"
- ↗ transferts en clinique universitaire
- ↘ satisfaction des patients
- ↗ mortalité
- ↗ taux d'infections

 ∅ désert sanitaire

 **globale qualité structurelle avec gain d'économicité**

# Qu'est-ce que la qualité ?

## Distinction par type

- Sécurité des patients
- Qualité structurelle
- Qualité des processus
- Qualité des résultats

# Qualité des processus

- Standardisation des procédures
- Informatisation
- Interdisciplinarité
- Flexibilité
- Restructuration du travail
- Réglementation des entrées
- Planification des sorties
- Filières de soins
- ↗ productivité (∅ doublons, délégation du travail ne correspondant pas aux qualifications)

**Pression économique → ↗ qualité des processus  
 (avec ou sans DRG)  
 = méthode la plus facile de rationalisation**

# Qu'est-ce que la qualité ?

## Distinction par type

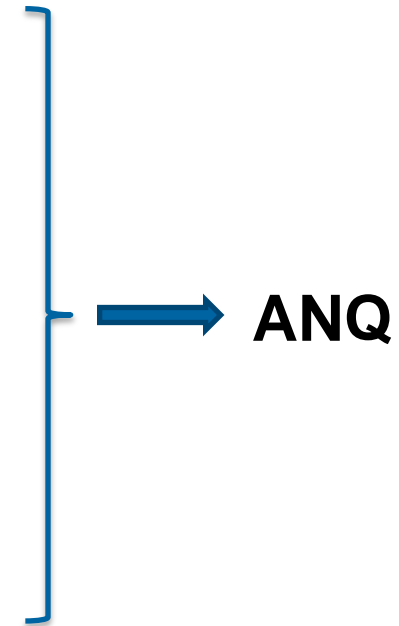
- Sécurité des patients
- Qualité structurelle
- Qualité des processus
- Qualité des résultats

# Qualité des résultats

## Comment mesurer la qualité ?

### Indicateurs pour le court terme :

- Taux de réhospitalisations
- Taux de réopérations
- Prévalence des escarres et des chutes
- Taux d'infections postopératoires
- Taux d'infections nosocomiales
- Satisfaction des patients



Le fait de mesurer la qualité améliore celle-ci, quel qu'en soit le résultat !

**Dans un système DRG, chaque amélioration de ces indicateurs est génératrice de profit**

# Qualité des résultats

## Mesure de la qualité à long terme

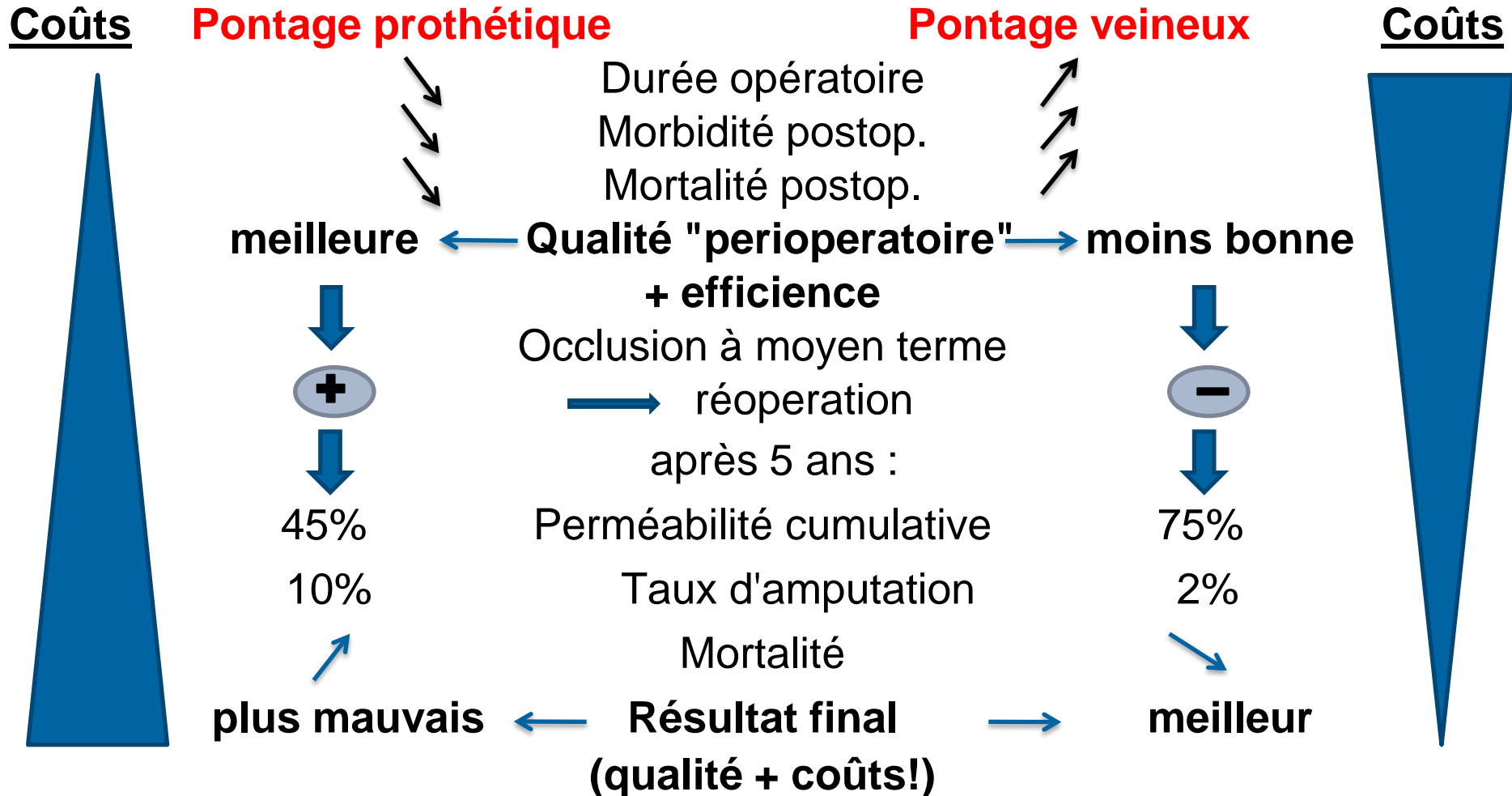
- Depuis > 50 ans : littérature scientifique
  - Evaluations prospectives détaillées des nouveautés
  - Evaluations rétrospectives de cohortes
  - Evaluations comparatives en double aveugle
- Registres des sociétés de discipline, souvent à l'échelle supranationale

**→ ne pas "réinventer la roue"**

Mais : manquements dans la considération d'ensemble  
 (qualité des résultats ↔ économicité)

# Coûts et qualité sur l'ensemble de la chaîne de traitement

## Exemple : Pontage fémoro-poplité pour occlusion artérielle



# Conclusion 1

**Qualité et économicité**

**≠ ennemies**





**= alliées**

**Correspondent à la perspective des patients**

Prédominance de la vision économique !

Assèchement brutal des ressources :



-  transformations nécessaires (structures, processus, mentalités)
-  course au profit à court terme

Incitations économiques



Exigences de qualité

**DRG**

Réglementation transitoire

## Conclusion 2

### Qualité et économicité avec le corps médical

- **Niveau international** : études scientifiques, registres
- **Niveau national** :
  - participation à la structure tarifaire
  - activité des sociétés de discipline
  - participation aux instances de contrôle de qualité + HTA
- **Niveau cantonal/régional** : participation à la planification hospitalière
- **Niveau institutionnel** : participation à la rationalisation des établissements hospitaliers
  - forte représentation des médecins à la direction
  - définition des flux de patients selon critères médicaux
  - élaboration des filières de soins
- **Niveau individuel** :
  - ø de gaspillage
  - liberté thérapeutique



**Merci de votre attention**