

Facteurs de succès d'un forfait lié aux prestations dans la psychiatrie – Parallèles avec le système allemand PEPP

Dr Johannes Nebe
nebe leben GmbH

Conférence TARPSY Berne
22 juin 2017

Perspective de l'intervenant

- Médecin spécialiste en neurologie, psychiatrie et psychothérapie
 - Début du controlling médical en 2002
 - MBA
 - Fonction centrale dans la gestion de la qualité et le controlling médical auprès d'exploitants d'hôpitaux privés
 - Développement commercial de produits pharmaceutiques
-
- Depuis 2011, propre société de conseil [nebe leben GmbH](#) axée sur la gestion des recettes à l'hôpital
 - Depuis 2014, projets d'introduction et d'optimisation du PEPP
 - Quelques semaines par an en tant que médecin indépendant sur mandat en neurologie et avant tout en psychiatrie

Les raisons d'un système de rémunération forfaitaire en psychiatrie et en psychosomatique (PEPP)

Officiellement

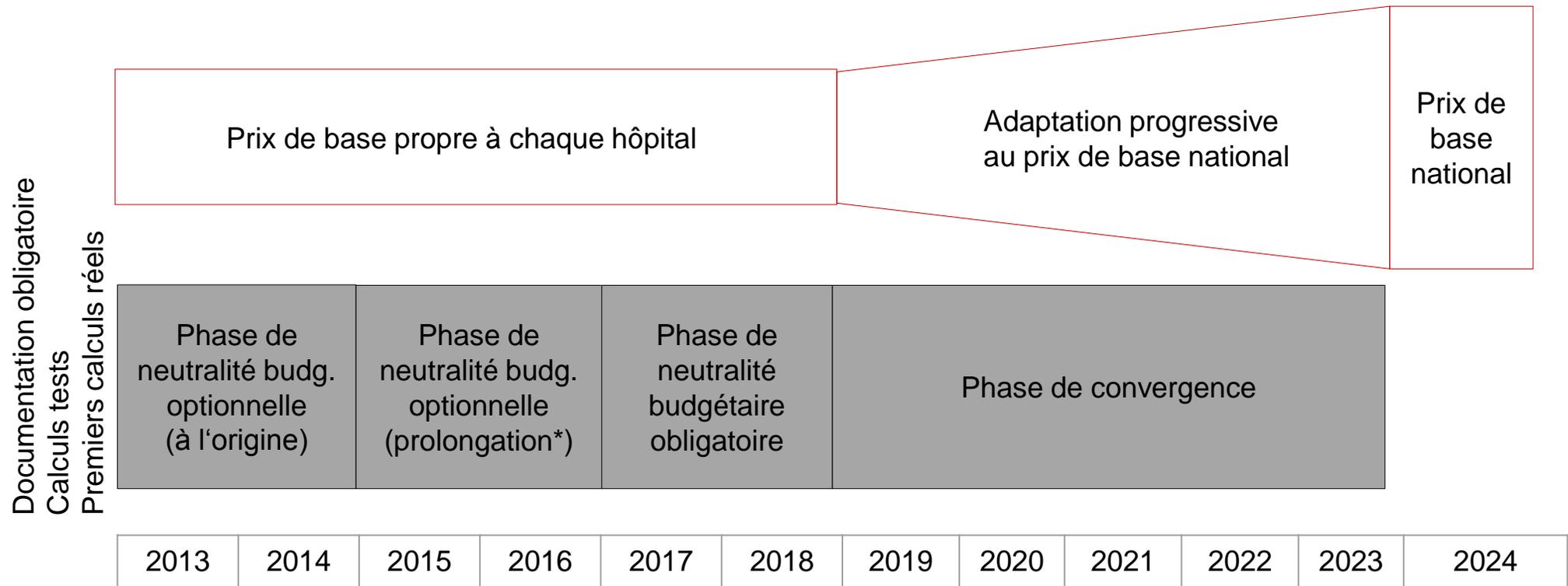
Suppression d'une injustice: des rémunérations à la journée très différentes les unes des autres et sans rapport avec la prestation ou la gravité du cas se sont développées au fil des ans à travers des budgets d'hôpitaux renégociés sur la base de l'année qui précède

Mais aussi

Pour diverses raisons, les caisses maladie et les autorités souhaitent davantage de transparence dans les prestations psychiatriques

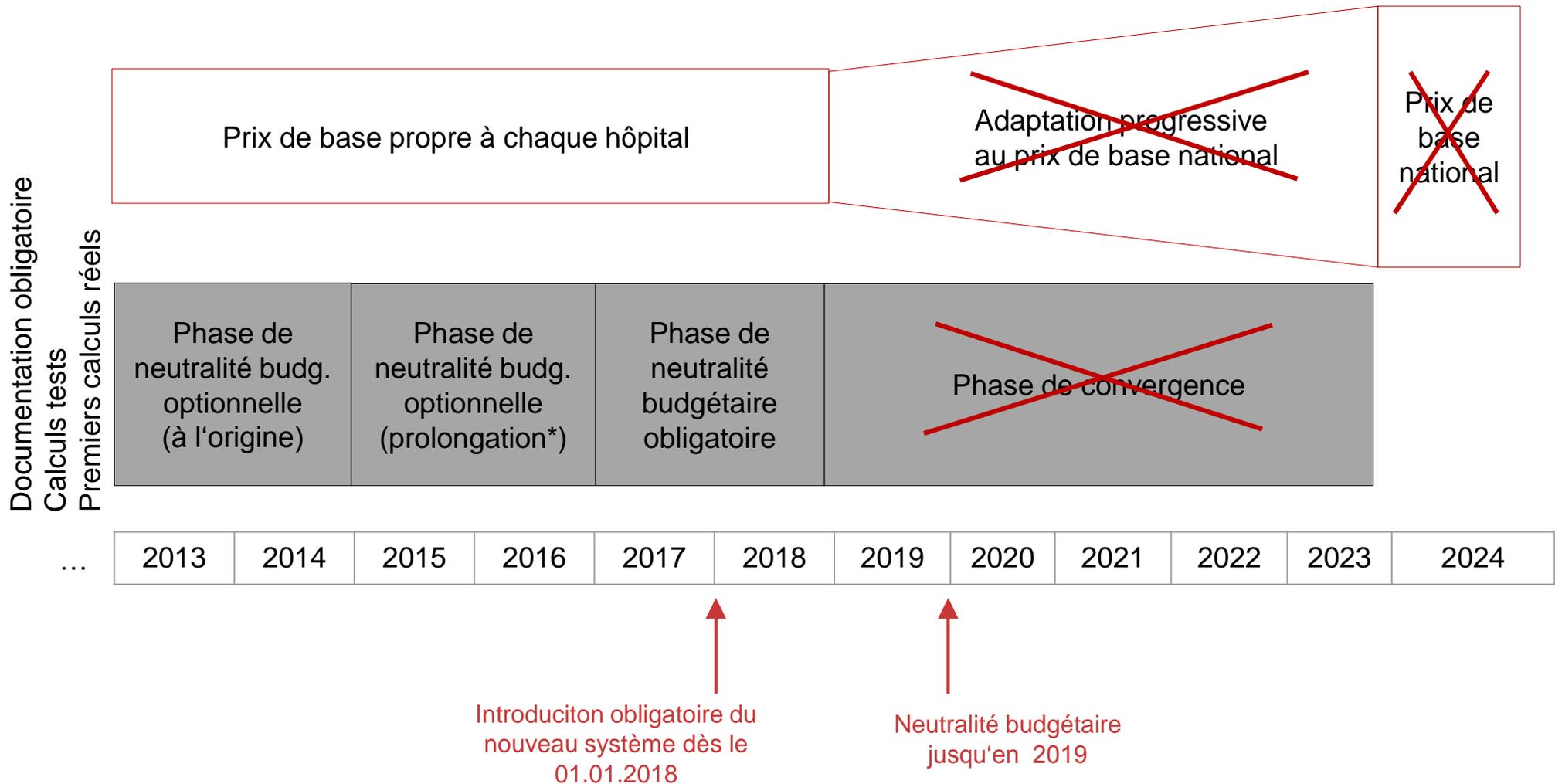
Systeme DRG comme modèle de réussite → le PEPP s'inspire du mécanisme (et pas des forfaits par cas)

Calendrier PEPP avant la PsychVVG (loi sur le développement de l'offre et sur la rétribution des prestations psychiatriques et psychosomatiques)



* „Loi sur le développement de la structure de financement et de la qualité dans l'assurance-maladie légale (GKV-FQWG 2014), en vigueur dès le 01.01.2015

Calendrier PEPP avant la PsychVVG (loi sur le développement de l'offre et sur la rétribution des prestations psychiatriques et psychosomatiques)



* „Loi sur le développement de la structure de financement et de la qualité dans l'assurance-maladie légale (GKV-FQWG 2014), en vigueur dès le 01.01.2015

Situation actuelle entre PEPP et PsychVVG

- Officiellement retour au système de budget
- Accent sur le traitement remplaçant l'hospitalisation, sans relation avec l'indemnisation de l'hôpital
- Pas d'utilisation du terme „PEPP“, mais...
 - lien avec le prix de base dépendant de la prestation
 - lien avec les catalogues nationaux selon § 9 al. 1 No 1 et 2 (donc PEPP et catalogue des rémunérations supplémentaires)
- Relevés de données et transparence réglementés dans le détail

Retour du système des prix à celui du budget

- Budgets à négocier localement
- Qu'est-ce qui compte?
 - comparaison des hôpitaux
 - professionnalisme des équipes de négociation
- Il n'y a pas de budget adapté aux prestations qui n'implique pas également un prix

Tout le monde est favorable aux budgets à négocier localement



Tous les hôpitaux sont-ils «particuliers» et doivent-ils disposer d'un budget plus élevé que la moyenne?

Controlling médical conventionnel dans le cadre du PEPP

- Garantie de sets de données corrects
 - Le diagnostic principal manque-t-il?
 - Le code de traitement ou le code pour le classement PsychPV (ordonnance sur la dotation en personnel pour la psychiatrie) manque-t-il dès le premier jour?
 - Un traitement régulier et un traitement intensif sont-ils mentionnés pour le même jour?
 - Le rythme des codes supplémentaires pour les unités thérapeutiques est-il perturbé?
- Codage approprié
- Documentation conforme aux critères du MDK
- Reporting, cours, planification des prestations
- Organisation du codage par des spécialistes du codage
 - Accompagnement du cas par des spécialistes du codage?
 - Diagnostics importants pour la clinique ≠ diagnostics selon les DKR (directives allemandes de codage)
 - Les critères pour l'intensif doivent se retrouver dans la documentation

Problème: service médical de l'assurance maladie (MDK)

- Les contrôles des MDK augmentent après l'introduction du PEPP
- La majeure partie des contrôles porte sur des questions d'hospitalisations inappropriées (qui auraient tout aussi bien pu être contrôlées plus tôt, mais pour lesquelles il y a désormais des points d'accroche détaillés)
- Décisif (au tribunal): les systèmes de classification (CIM, OPS), lignes directrices de codage, catalogue de rémunération, manuel de définition, convention PEPP
- Indicatif: positions de la MDS (association faîtière des MDK), positions des sociétés de discipline et jugements des tribunaux (tribunaux et tribunaux supérieurs de contentieux social – cour fédérale de contentieux social)

Problèmes

- Effort des cliniques pour garantir le revenu
- Opérationnalisation insuffisante des catalogues
- Danger d'arbitraire et de fait accompli de la part des caisses maladie et des MDK
- Consommation de ressources pour les procédures juridiques (y compris du temps)

Tâche des hôpitaux: Intégration des processus cliniques et documentation

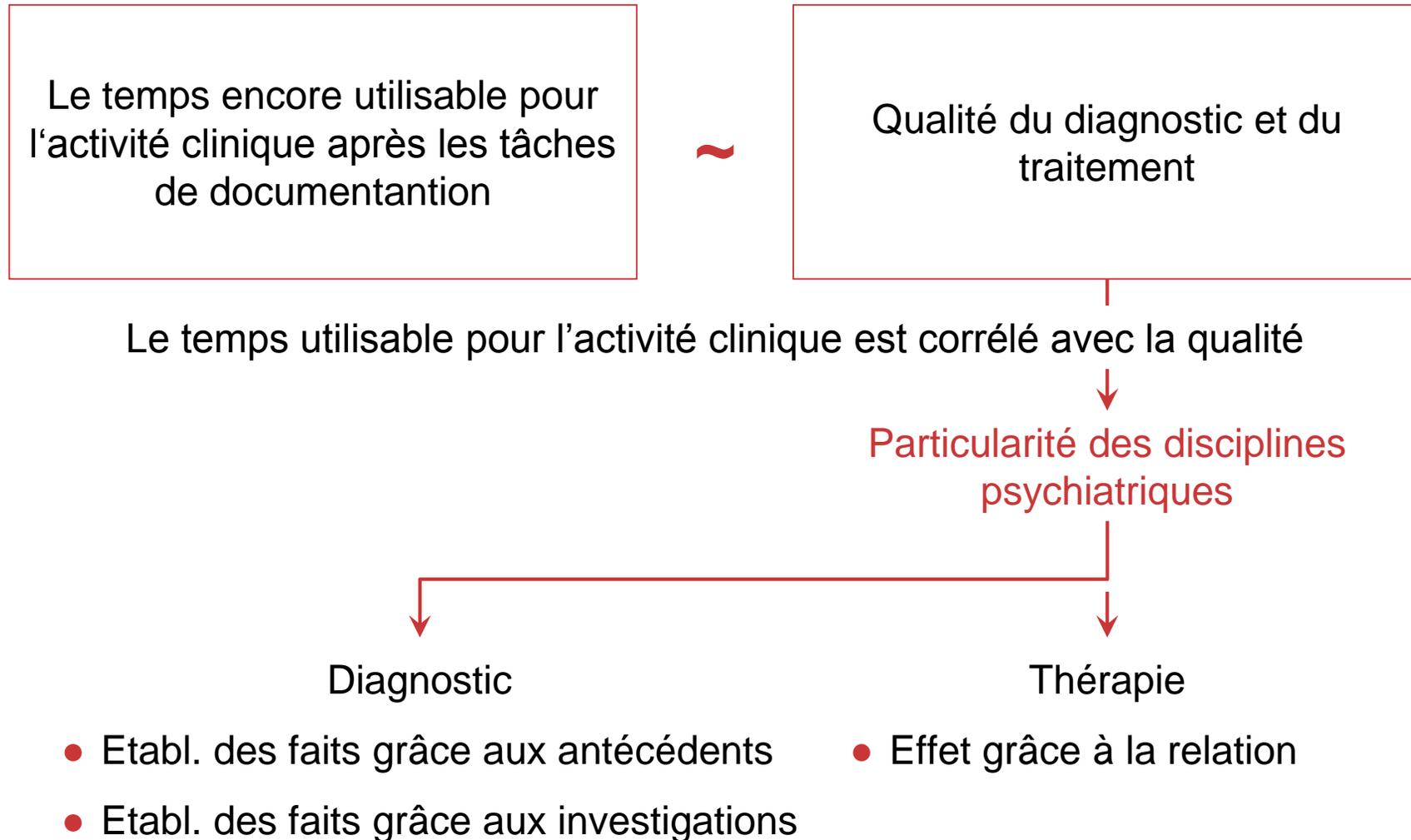
Le temps encore utilisable pour
l'activité clinique après les tâches
de documentantion



Qualité du diagnostic et du
traitement

Le temps utilisable pour l'activité clinique est corrélé avec la qualité

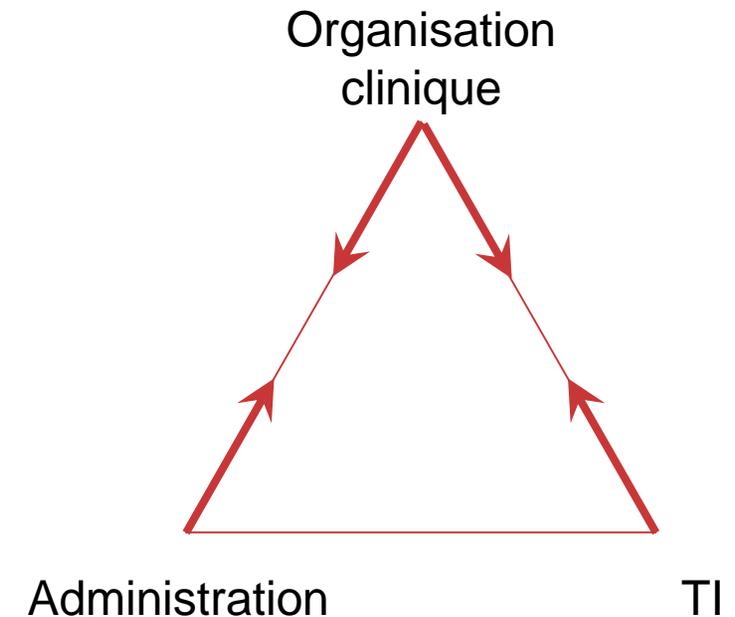
Tâche des hôpitaux: Intégration des processus cliniques et documentation



Taille critique du temps utilisable pour l'activité clinique

Niveau de l'hôpital

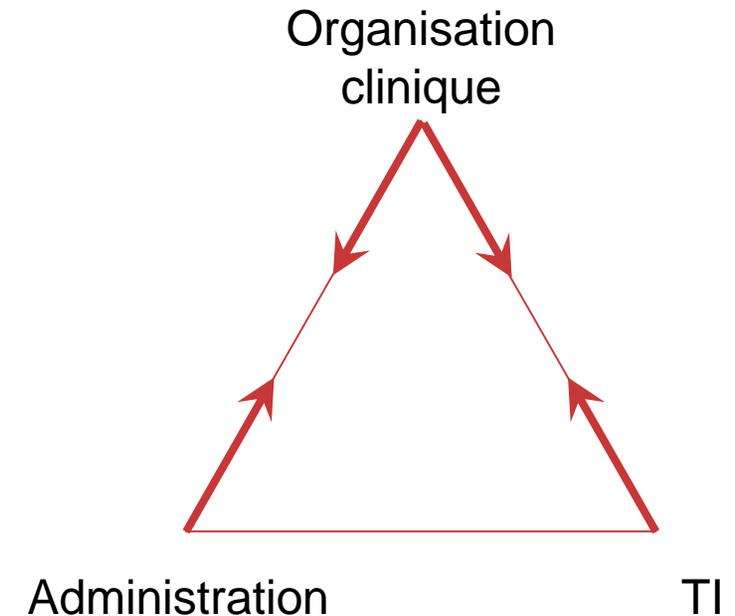
- Minimiser les ressources qui échappent aux secteur clinique
- Récupérer des médecins et des psychologues
- Optimisation en triangle
Clinique – administration – TI
 - Activité avec des processus pratiques
 - Adaptation des outils TI



Taille critique du temps utilisable pour l'activité clinique

Niveau de l'hôpital

- Minimiser les ressources qui échappent aux secteur clinique
- Récupérer des médecins et des psychologues
- Optimisation en triangle
Clinique – administration – TI
 - Activité avec des processus pratiques
 - Adaptation des outils TI



Niveau système de santé

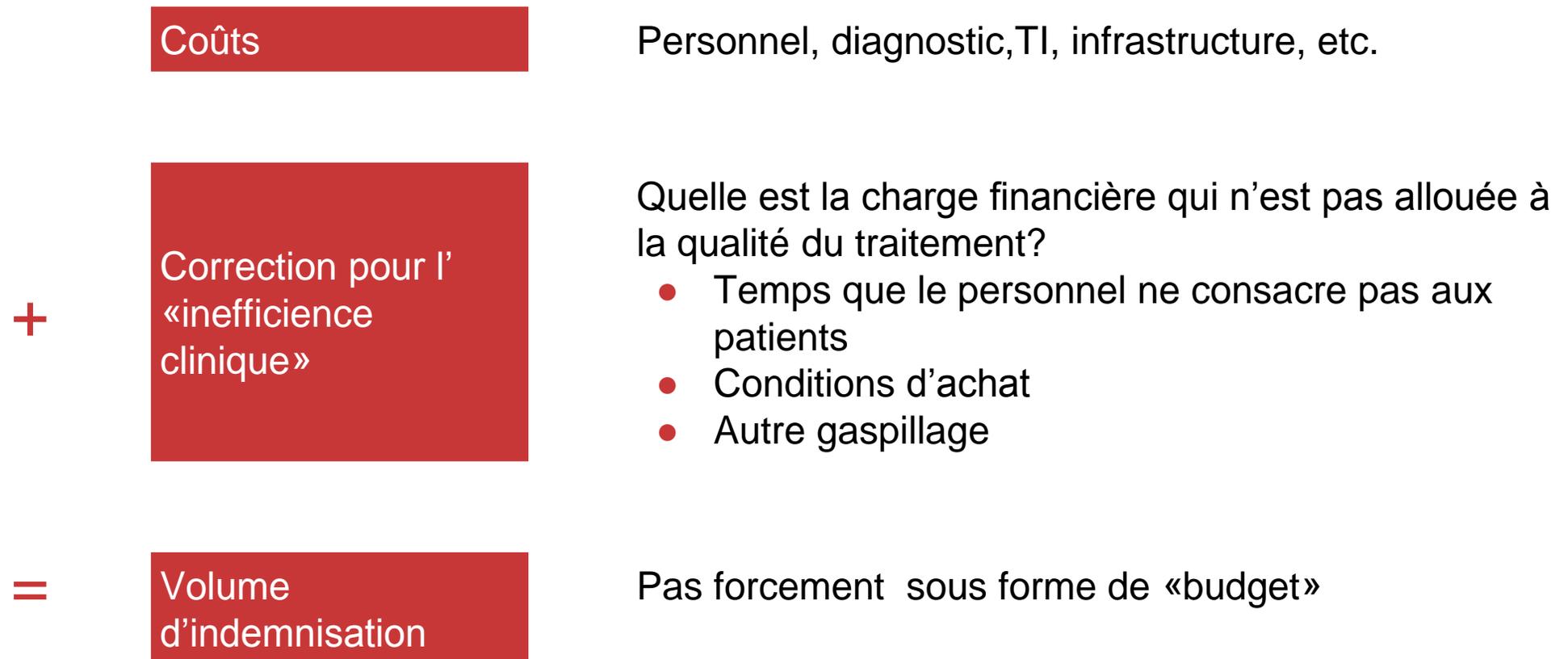
Pas de solution sans alternative au catalogue OPS qui soit pratique et spécifique à la psychiatrie

Problème des hôpitaux universitaires et de prise en charge maximale avec un prix de base élevé

- Les ressources mobilisées dans les hôpitaux sans obligation de couverture régionale sont-elles plus élevées que celles des autres hôpitaux?
 - Hypothèse: les cas sont d'abord traités dans les hôpitaux avec couverture régionale, puis certains cas difficiles sont traités dans les hôpitaux universitaires
- Indices
 - Indirect: les hôpitaux sans obligation de couverture ont des patients dont le nombre de traitements précédents est plus grand (liés à l'épisode de maladie)
 - Direct: l'utilisation des ressources est plus importante (par unité de temps).

Type de mobilisation de ressources plus importantes	Evaluation
Durée de traitement plus grande	Pas pertinent car sans influence sur le prix de base
Traitement plus intensif en raison de comorbidités	Déjà calculé par l'InEK
Traitement plus intensif, mesurable à la prise en charge 1:1, aux unités thérap., aux coûts en médic.	Calculé de toute façon par l'InEK, entraînerait une différence de revenu si c'était aussi un critère de séparation des coûts
Diagnostics plus poussés (CCT, IRM, PET, électrophysiologie, avis, pharmacovigilance, etc.)	Pertinent, car l'InEK a la directive politique de ne pas honorer ces coûts diagnostics

Idéal: Mesure de l'inefficience



Défi actuel: application de la PsychVVG

Réglementation de la PsychVVG relative au relevé des données et à la transparence

Rubrique	Détails	Spécification, délais
Prestations	Obligation de documentation et codage comme auparavant, représentation des prestations au moyen du catalogue des rémunérations	Catalogue de rémunérations existant et catalogues annuels (dépendants des calculs et de la documentation comme l'OPS)
Personnel	D'abord remplir complètement la PsychPV pour les hôpitaux «de calcul»; pour tous les hôpitaux, documentation de l'effectif dans la durée, par groupe professionnel, par poste et occupation effective	Obligation de preuve pour les prescriptions PsychPV 2016 à 2019; évolution des prescriptions minimales de personnel 2020 par le comité fédéral mixte (G-BA) jusqu'au 30.09.2019
Traitement équivalent à l'hospitalisation	Données documentant le traitement et relatives à la qualité	Accord des partenaires autonomes jusqu'au 30.06.2017
Comparaison d'hôpitaux	Prestations, particularités régionales et structurelles (décrites quantitativement), effectif, coûts fixes de base justifiés	Accord sur la base d'un concept de l'InEK jusqu'au 01.01.2019
Qualité	Indicateurs pour la qualité de la structure, des processus et des résultats (également interétablissements et intersectoriels)	A concrétiser par le G-BA jusqu'au 30.09.2019
Hospitalisation inappropriée	Correction explicite du montant global du budget à travers un raccourcissement des durées de séjour et le transfert vers l'ambulatoire	Valable au plus tard avec l'accord sur le budget global dès 2020

Publications

A télécharger sous forme de PDF

Titre	Revue	Lien
Mythos Degression	f & w, juin 2015, page 442–445	PDF
Der Übergang von PEPP zum PsychVVG	KU special, septembre 2016, page 24–26	PDF , bibliographie

Contact

nebe leben GmbH
Dr méd. Johannes Nebe, MBA
Tobias-Mayer-Str. 4/1
73732 Esslingen am Neckar (Deutschland)
+49 151 56929346
www.nebe-leben.de
jn@nebe-leben.de