



## **Le système DRG comme financement hospitalier en Allemagne et en Suisse**

**- Idée, mise en œuvre, expériences et besoins de réforme -**

Zurich, le 02.09.21

# Défi stratégique

Tous les hôpitaux sont confrontés aux mêmes défis

- Consolidation économique
- Adaptation du portefeuille de prestations
- Identification des collaborateurs
- Modernisation technologique
- Taille concurrentielle

Mais il est nécessaire de tenir compte du développement historique de la situation et de la relier au discours plus général sur la politique et l'économie hospitalières.

# Les DRG comme modèle de rémunération / idée

Le **concept cible des DRG est essentiellement un consensus** entre les parties impliquées :

- Rémunération liée aux prestations
- Transparence au sein des cliniques et entre elles
- Contrôle des processus dans les cliniques
- Spécialisation du portefeuille de prestations
- Promotion de la qualité par la spécialisation
- Développer une offre axée sur les prestations au lieu de planifier les besoins en lits

# Les DRG dans le cadre du double financement hospitalier en Allemagne et en Suisse

## Allemagne :

Les DRG incluent les coûts d'exploitation, financés à 100% par les assureurs

**DUALITÉ**

Les investissements doivent être financés par les Länder

## Suisse :

Les DRG comprennent les coûts d'exploitation et les quotes-parts pour coûts d'investissement

Financement des DRG à hauteur d'environ 55% par les cantons

**DUALITÉ**

Financement des DRG à hauteur d'environ 45% par l'AOS

# Différenciation

<b>Établissements de santé exclus</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Établissements psychiatriques et de psychosomatiques</li><li>- Établissements spéciaux</li></ul>
<b>Différences dans le système DRG</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Forfaits par cas non évalués et rémunérations supplémentaires</li></ul>
<b>Taux de base différent</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Taux de base national</li><li>- Majorations et déductions du § 17b KHG</li></ul>
<b>Majorations et déductions liées au cas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Majorations et déductions en cas de dépassement de la durée limite du séjour</li><li>- Déductions de transfert</li></ul>
<b>Prestations exceptionnelles</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Nouvelles méthodes de traitement et d'examen</li><li>- Rémunérations supplémentaires hautement spécialisées</li></ul>

# Mise en œuvre

Les résultats de la mise en œuvre des DRG après plus de 15 ans de fonctionnement offrent une image contrastée :

- Dans certains cas, on constate **une forte baisse de la durée de séjour** ; toutefois, en comparaison internationale, certains résultats indiquent que cela n'est pas (uniquement) dû à l'introduction des DRG, mais correspond à une tendance générale (progrès médicaux et techniques, etc.).
- Les **dépenses** pour le secteur stationnaire (ajustées au pouvoir d'achat) sont légèrement supérieures à la moyenne de l'OCDE.
- Les prix (**attention : G-DRG sans investissements**) se situent dans la fourchette inférieure de l'OCDE.
- En termes de volumes (**nombre de cas par habitant**), l'Allemagne reste en tête.

# Cadre politique (Allemagne) I

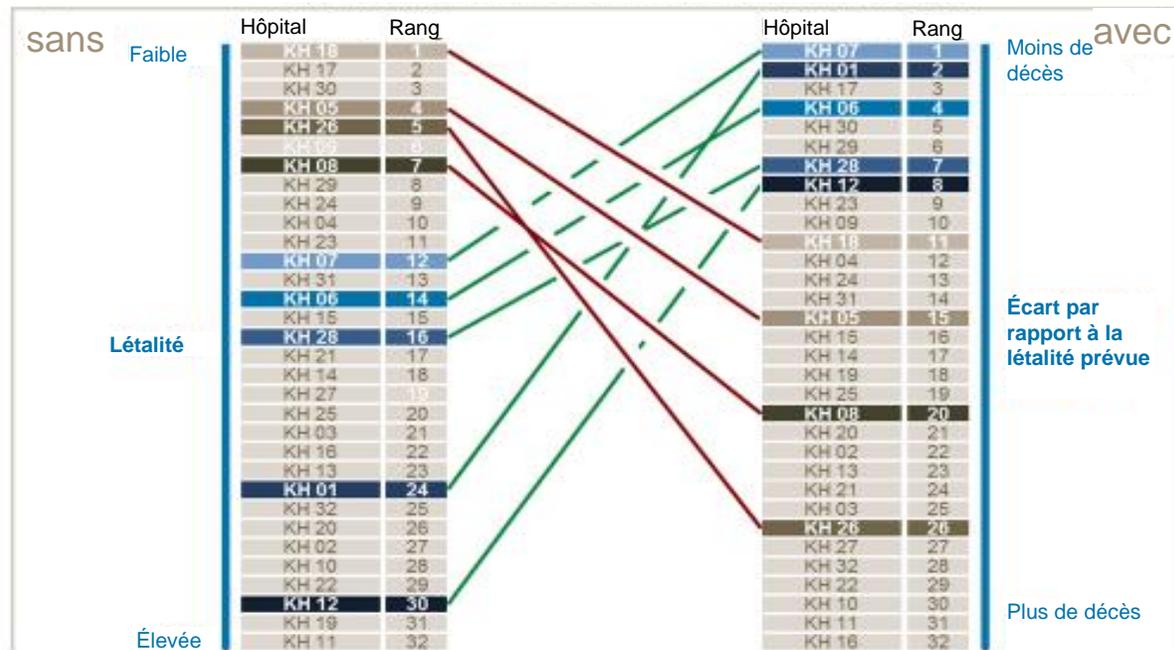
Maintenant que l'espoir d'une concentration et d'une adaptation des capacités d'offre par les organes de planification des Länder s'est évanoui, la politique de santé du Gouvernement fédéral mise de plus en plus sur des **incitations économiques et axées sur la qualité** visant à la spécialisation et à la concentration par les acteurs eux-mêmes.

# Orientation qualité

L'absence d'ajustement des risques peut donner lieu à des interprétations erronées (exemple)



Évaluation sans et avec ajustement des risques

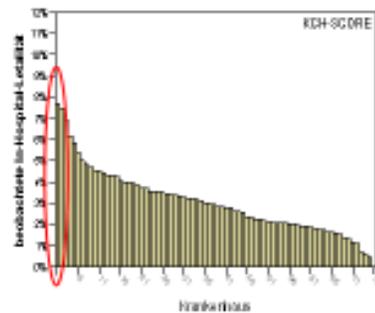


Source. Med Advisors

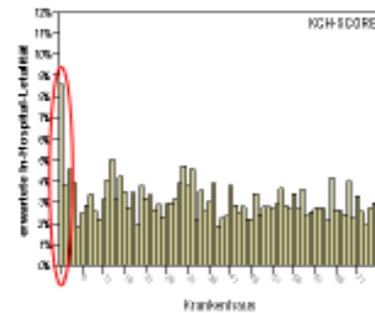


# Orientation qualité

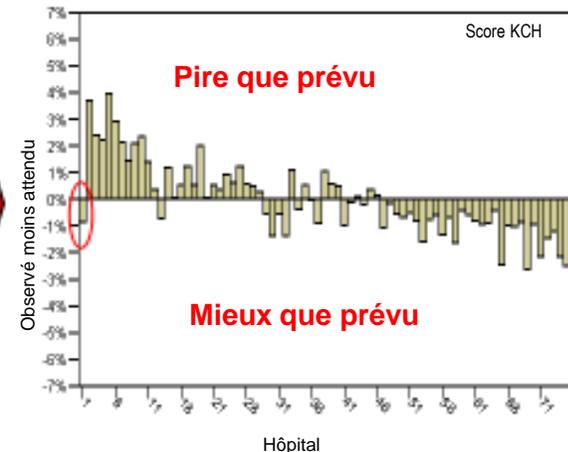
## Objectif « Comparaison équitable » : Modèle de régression logistique



Taux de mortalité observé (O)



Taux de mortalité attendu (A)



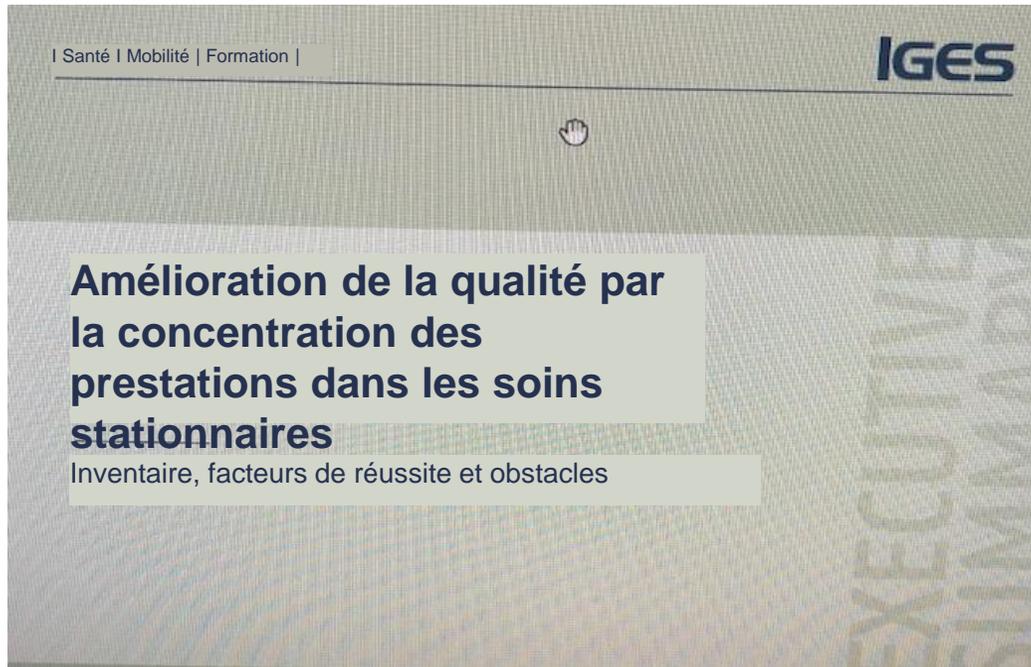
Taux de mortalité ajusté au risque (O - A)

Chirurgie coronaire 2004 : mortalité en milieu hospitalier

Source: BQS

# Nombres de cas et qualités

## Nouvelle expertise Avril 2021



**Exigence : Faire des volumes minimaux un instrument de développement structurel**

# Cadre politique II

## ALLEMAGNE

- La séparation des coûts des soins des DRG remet le système en question
- Discussion sur l'avenir du système DRG
  - en particulier le rapport entre les coûts d'investissement et d'exploitation
  - frais de mise à disposition (pandémie)
  - clarification des portefeuilles de prestations

## SUISSE

- Rapport d'évaluation Juin 2019
- Différentes mises en œuvre cantonales 2019

# Pression pour l'adaptation

- **Leviers économiques :** Réduction de la dégressivité des coûts fixes, élargissement du système forfaitaire, calcul des procédures complexes, frais matériels.
- **Leviers qualitatifs :** Volumes minimaux, qualité des indications, limites inférieures des effectifs (soins d'urgence), etc. pour les efforts visant à la réduction de la capacité et à la spécialisation.
- **Leviers politiques :** Le monitoring des hôpitaux (WIdO), le rapport d'évaluation des hôpitaux (RWI), le simulateur de clinique (GKV), le rapport de qualité spécifique à une indication (IQTIG), les expertises (Bertelsmann, etc.) renforcent les arguments économiques et politiques en faveur d'un processus de concentration.
- **Les moteurs de recherche** de tous les assureurs et la transparence des clients/patients par le biais de portails de qualité des organes responsables (qualitätskliniken.de) contribuent à faire de la spécialisation et de la qualité associée la base de la demande ou de la décision d'orientation.
- **La stratégie de numérisation** entraînera une accélération considérable de la mise en réseau des acteurs (y compris les assureurs), les dossiers des patients (aux mains des patients) entraîneront de nouveaux défis en termes d'interopérabilité, d'échange de données et de sécurité des données, avec un besoin correspondant d'investissements.

# Les 6 points d'une stratégie d'entreprise durable

- 1. Analyse des réseaux de soins régionaux et définition du mandat de soins spécifique des cliniques.**
- 2. Coopérations régionales pour la préparation des conséquences structurelles, y compris échange de mandats de soins.**
- 3. Développement de partenariats systémiques avec l'environnement (ass. mal.), les professions de santé (physio/logo etc.), les établissements de réadaptation et de soins, y compris les soins aux personnes âgées / appartements protégés.**
- 4. Développement/profilage de structures d'offres spécialisées, projets phares régionaux avec attention suprarégionale (diagnostics innovants, processus numérisés, phares personnels). Partenariats de soins avec les assureurs (avantages pour les patients, stratégies d'orientation, réhabilitation pour les hôpitaux de soins aigus).**
- 5. Mise en œuvre d'outils numériques (intégration systématique pour le patient [analyse de marché !] des dossiers d'outils de soutien numériques, des procédures de facturation, des modules de suivi).**
- 6. Coopération des entreprises dans l'environnement pour le développement de mesures de gestion de la santé au travail.**

Merci



Institut für Gesundheitsökonomie  
und Versorgungsforschung

Prof. Dr. rer. pol. h.c. Herbert Rebscher

In den Wiesen 17

27404 Gyhum – Hersedorf

E-mail : [herbert.rebscher@igv-research.com](mailto:herbert.rebscher@igv-research.com)

Téléphone : 0172 2608888