

Finanzierung der Übergangspflege und der Rehabilitation in Frankreich: Lagestand und Zukunft



Dr Pierre METRAL

ATIH (Agence Technique de l'Information sur
l'Hospitalisation)

Département « Classifications Médicoéconomiques »

Lyon - FRANCE



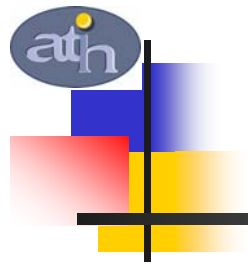
Plan

- 1- Übergangspflege und Rehabilitation in Frankreich
- 2- Die gegenwärtigen Finanzierungsarten
- 3- Arbeiten zur Tarifierung nach Aktivität
 - Modell mit 4 Bereichen der Finanzierung
 - Index der Bewertung der Aktivität (IVA)
 - Benutzung des IVA
 - Diskussion



Dekodierung der benutzten Akronyme

- SSR : Übergangspflege und Rehabilitation
- MCO : Medizin, Chirurgie, Geburtshilfe
- T2A : Tarifierung nach Aktivität = Prospective payment system in Frankreich (in den Bereichen MCO seit 2005)
- RF : funktionelle Rehabilitation
- SSMed : Medizinische Übergangspflege



1- Übergangspflege und Rehabilitation in Frankreich



Die Einrichtungen

- Spitalbereich (Übernahme durch die Krankenversicherung)
 - MCO Medizin, Chirurgie, Geburtshilfe : 75% der Spitalausgaben (acute, short term care)
 - SSR Übergangspflege und Rehabilitation : 13%, 7 Milliarden €
 - Psychiatrie : 12%
- Sozialmedizinischer Bereich
 - Alte und Personen mit schweren chronischen Gebrechen und medizinische Pflege im chronischen Bereich
 - Gemischte Finanzierung: Krankenversicherung + öffentliche Haushalte + Familien
 - (Projekt, ein 5. Risiko in den Sozialversicherungsschutz aufzunehmen: Abhängigkeit)



Der Bereich Übergangspflege und Rehabilitation

- 1.700 Einrichtungen, 100.000 Betten, 1,1 Millionen Aufenthalte, 30 Millionen Tage, durchschnittl. Dauer 28 Tage
- Eher klein: 65 Betten (Teil SSR)
- Sehr differenziert
 - Nur SSR: 60% (Funktionelle Rehab. ++)
 - Gemischt 40%: MCO+SSR, SSR+ sozialmedizinisch
- 3 juristische Formen
 - öffentlich (Geriatric und medizinisch-chirurgische Folgebehandlung)
 - privat nicht lukrativ, teilnehmend am öffentlichen Dienst
 - privat lukrativ
- Erhöhtes Durchschnittsalter: 65 Jahre



Differenzierung der Aktivität

- 1- Funktionelle Rehabilitation
 - polyvalent
 - spezialisiert
 - Kinder / Erwachsene / alte Personen
 - Ortho-Traumatologie, neurologisch, Verbrannte, Amputierte, kardiovaskulär, respiratorisch
- 2- Medizinische Übergangspflege
 - postakute Geriatrie
 - postchirurgische Konvaleszenz
 - Palliativpflege; Onkohämatologie
 - medizinische Thermalkuren
 - perinatal mit grossen Problemen



Kontext der Übergangspflege und Rehabilitation

- Erhöhte Nachfrage
 - Alterung der Bevölkerung (Bsp. Schlaganfall, Abhängigkeit)
 - Aufwändige medizinische Pflege an alten Patienten (Chirurgie)
 - Auswirkungen der Einrichtung der Tarifierung nach Aktivität (T2A) im Bereich MCO mit frühzeitiger Einweisung (« squeezing balloons »)
- Entwicklung der medizinischen Performanz (Angebot)
 - Fortschritt in der funktionellen Rehabilitation, (Bsp.: Schädeltrauma, kardiale Rehabilitation)
 - Fortschritt der Geriatrie: eher Rehabilitation als Konvaleszenz
- Historische geographische Verteilung nicht immer angepasst (historisch "reine Luft": weitab der Städte)



2- Die gegenwärtigen Finanzierungsarten

variabel,

wenig medikalisiert

Angemessenheit nicht nachgeprüft



2- Die gegenwärtigen Finanzierungsarten

- Privater lukrativer Bereich (30%): **Preis pro Tag**
 - "alles inklusive" (funktionelle Rehab.)
 - Zusätzliche Honorare (SSMed) (Ärzte, Biologie, Krankengymnasten) +/- chronische Medikamente
 - Verhandlung vor Ort pro Einrichtung
- Öffentlicher Bereich (40%) und am öffentlichen Dienst teilnehmend (30%): **jährliche Betriebs-Dotierung**
- Risiko bei limitierten Finanzbeträgen für die Einrichtungen (historische Grundlage), aber wenig auf die Aktivität bezogen (**nicht klassifikations-bezogen ausser zwei regionalen Erfahrungen**)



3- Arbeiten zur Tarifierung nach Aktivität

- Modell mit 4 Bereichen der Finanzierung
- Index der Bewertung der Aktivität (IVA)
- Benutzung des IVA



Ziel: Tarifierung nach Aktivität

- **Die Einrichtungen direkt bezahlen entsprechend erfolgter Aktivität (Casemix)**
 - indem die jährlichen Zuwendungen gestrichen werden (öffentlich)
 - indem die gegenwärtig verhandelten Tagesstarife ersetzt werden (private lukrative)
- Tarif für eine Gruppe identisch für alle Einrichtungen (Angemessenheit)
- Modell des nationalen, vom Parlament verabschiedeten Budgets und Tarifabschlag bei Überziehung
- Allmählicher Übergang (Übergangskoeffizient)



Anvisiertes Modell mit 4 Bereichen der Finanzierung

Bereich "Aktivität" basierend auf dem Casemix, benötigt:

- substantielle Überarbeitung der Klassifizierung SSR (Übergangspflege und Rehabilitation)
- eine neue Kostenstudie

Bereich "kostspielige Medikamente"

Bereich "Mesures d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation" (MIGAC)- Massnahmen von allgemeinem Interesse und Hilfe bei der vertraglichen Festlegung

Bereich "spezialisierte technische Ebene"



Die bestehende Klassifizierung GHJ: schlecht beschaffen, um zu zahlen

- Das Bestehende: eine Klassifizierung nach Tagesgruppen
 - "Ältere" Arbeiten 1994-98, aber Sammlung nicht modifiziert,
 - RUG (nursing homes) und FRG, unangemessen
 - => da wurde auf die "französische Art" gebräut
- Die festgehaltenen Prinzipien:
 - Der gewichtete Tag (keine Homogenität der Dauer)
 - Gewöhnliche hierarchische Klassifizierung (med. Gruppen)
 - Kinder von Erwachsenen trennen
 - Die verschiedenen Komponenten der Behandlungsarten ins Modell integrieren: medizinisch, Rehabilitation, Abhängigkeit
 - Abhängigkeit am Ende der Behandlung positionieren
 - Akute Organstörung in der Geriatrie >80 Jahre
 - Rehabilitation: Intensität und Vielfältigkeit
- Offensichtliche Grenzen



Brennpunkte der Klassifizierung

- ✓ Die Tagesgruppen GHJ basieren auf:
 - ✓ Alter (Kinder / Erwachsene)
 - Hauptmorbidity (Ursprung oder GMD)
 - Existenz besonderer Behandlungen (Diagnose / Akte)
 - **Klinisch sehr schweres Krankheitsbild, Bsp.: mechan. Ventil.**
 - **Klinisch schweres Krankheitsbild**
 - **Die Intensität und Vielfältigkeit der Rehabilitation**
 - **KB für komplexe Rehabilitation**
 - **KB für bedeutsame Rehabilitation**
 - Niveau der physischen Abhängigkeit (score >12 bei 4 Var.)



Die Übergangszeit: IVA

- Tunneleffekt vermeiden 2007-2012

- T2A mit einer Übergangszeit vorbereiten
 - Für den Bereich "Aktivität" die Geldmittel auf der Grundlage eines Index der Bewertung der Aktivität (IVA) modulieren
 - Das Modell könnte ab dieser ersten Etappe mit den drei anderen Bereichen vervollständigt werden, die gerade untersucht werden:
 - Dem Bereich "Medikamente"
 - Dem Bereich "MIGAC" ("Mesures d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation" (MIGAC) - Massnahmen von allgemeinem Interesse und Hilfe bei der vertraglichen Festlegung)
 - Dem Bereich "spezialisierte technische Ebene"



Arbeiten für das Übergangsmodell

- **Schaffung eines Bewertungsmodells (IVA), das die Erklärung der Tageskosten verbessert**
 - basierend auf den Ursprüngen der “dominanten Morbiditätsgruppen“ (GMD) anstatt auf GHJ (Gruppen pro Spitaltag)
 - ausgehend von den verfügbaren Kostendaten (2000-2001)
 - abgeleitet von den in den aktuellen Zusammenfassungen existierenden Informationen = RHS
 - mit Hilfe von aufgearbeiteten Kriterien, mit einer Etappe mathematischer Modellierung
- **Valorisierung der verwendeten erklärenden Variablen**
 - **Zusätzliche Valorisierung der verschiedenen Informationen des RHS**



Modellierung

- Analyse der Daten, um die Erklärung der Tageskosten zu maximieren (R^2 oder PVE)
 - Analyse nach Aufenthalt nicht überzeugend => Rest / Tagesgewichtung des RHS
 - Optimierung eher mittels eines zusätzlichen multivariierten Modells, anstatt eines hierarchischen
 - keine GHJ (Entgeltgr./Sp.tag), 2 CMC umverteilt, KB schwer, KB sehr schwer in den Komorbiditäten
 - Bildung von dominanten Morbiditätsgruppen GMD => 70 GMD: 43 Erwachsene und 27 Kinder (<18 J.)
 - Additionelle Benutzung verschiedener Variablen (Alter, Abhängigkeit, ARR, Komorbiditäten, FP, ...)
- => Erklärung der Tageskosten (R^2 -PVE) erhöht sich von 30% auf 45%



Bildung des IVA Index der Bewertung der Aktivität

- **Benutzte Variablen:**
 - **Qualitative Informationen**
 - ✓ **Dominante Morbiditätsgruppen GMD**
 - ✓ **Altersklasse**
 - ✓ **Komorbiditäten** (assoziierte Diagnosen und medizinische Akte)
 - ✓ **Behandlungsart** (RF/nicht RF, dann zukünftige Zerteilung der Daten SSR)
 - ✓ **Art des Spitalaufenthalts** (kompletter / partieller Spitalaufenth., Sitzungen)
 - **Quantitative Informationen**
 - ✓ **Physische Abhängigkeit** (anziehen, fortbewegen, Kontinenz, Ernährung)
 - ✓ **Kognitive Abhängigkeit** (Verhalten, Beziehung-Kommunikation)
 - ✓ **Anzahl der Rehabilitationsaktivitäten** (unter 12 Aktivitäten CDARR - Catalogue des Activités de Rééducation-Réadaptation-Aktivitätenkatalog in der Rehabilitation)



Prinzip der Bewertung mit dem IVA: ZUSATZMODELL

Klassifizierung des RHS in einer GMD «n» (unter den 70)

- **Valorisierung des RHS =**

Anzahl der Basispunkte der **GMD «n» (dominante Morb.gr.)**

- + Anzahl der Punkte in Zusammenhang mit der **Alterklasse**
- + Anzahl der Punkte in Zusammenhang mit **Komorbiditäten**
- + Anzahl der Punkte in Zusammenhang mit **physischer Abhängigkeit**
- + Anzahl der Punkte in Zusammenhang mit **kognitiver Abhängigkeit**
- + Anzahl der Punkte in Zusammenhang mit der **Anzahl d. Aktivitäten CDARR**
- + Anzahl der Punkte in Zusammenhang mit der **Behandlungsart**
- + Anzahl der Punkte in Zusammenhang mit der **Art des Spitalaufenthaltes**

Gesamtanzahl der Punkte IVA des RHS (für jeden Anwesenheitstag)

multipliziert mit der Anzahl der Anwesenheitstage des RHS



Bewertung: Beispiel

Beispiel eines RHA

UM = RF

Alter = 65

FP = physische Rehab.

MP = Hämiplegie

AE = AVC

Spitalaufenthaltsart = HC

DAS = Ø – CCAM = Ø

DEP Ph = 15

DEP Co = 6

ARR = 4 (ME, NP, SM, RR)

GMD	Basis GMD	Age							DEP Ph*	DEP Co*	Anz. ARR*	Comorb	FPC		Spit.	
		0-6	7-12	13-17	18-30	31-60	61-75	>75					nic ht RF	RF	H P	H G
12-002	950	-	-	-	0	27	+10	15	x10	x3	x25	20	-	35	-	15

Bewertung

$$950 + 10 + ((15-4)*10) + ((6-2)*3) + (4*25) + 35 + 15 = 1\,232 \text{ Punkte IVA (x Anw.tage)}$$



Benutzung des IVA (Laufende Simulationen 2008)

- 1- Berechnung der **Anzahl der Aktivitätspunkte** für das Jahr für jede Einrichtung
- 2- Neubearbeitung des Budgets, um das **Bereichsbudget "Aktivität"** zu identifizieren
- 3- Berechnung des Basisfallwerts der Einrichtung
- 4- Vergleich bezüglich der Referenz (regional oder national): Schlussfolgerung auf Typ "gut dotiert", "überdotiert", "unterdotiert".
- 5- allfällige Entscheidung der Modifizierung des Budgets oder des Tagespreises für die über- oder unterdotierten.



Weitergehende Entwicklungen

- Kostenstudie 2009
- Neue Klassifizierung: Behandlungsart mehr berücksichtigen (realisierte RR-Akte)
- Übergang zu einem Modell der Tarifierung nach Aktivität möglich (T2A: Fakturierung pro Patient entsprechend den Informationen des PMSI - Programme de médicalisation des systèmes d'information)
- Einführung des Begriffs des Aufenthalts (Index der mittleren Aufenthaltsdauer? Kombination Pauschale + Dauer?)



Was unser Modell nicht leistet

- Keine vollständige Vision der Behandlung der Pathologie (MCO+SSR) => Risiko für den Zahler (frühzeitige Verlegungen)
- Diagnose und Abhängigkeiten, nicht die funktionelle Fähigkeit (CIF)
- Keine Anreize bezgl. der Aufenthaltsdauern (Thema momentan noch zu empfindlich)
- Keine angemessene Berücksichtigung der Krankenpflegeleistungen bei technisch schweren Fällen (post chir. viszeral)
- Noch keine Zahlung, einfache Modulierung nach Aktivität



Weitere Informationen

- Webseite von ATIH (in französischer Sprache)
www.atih.sante.fr
- Meine Daten: pierre.metral@atih.sante.fr
- Merci à vous / Danke