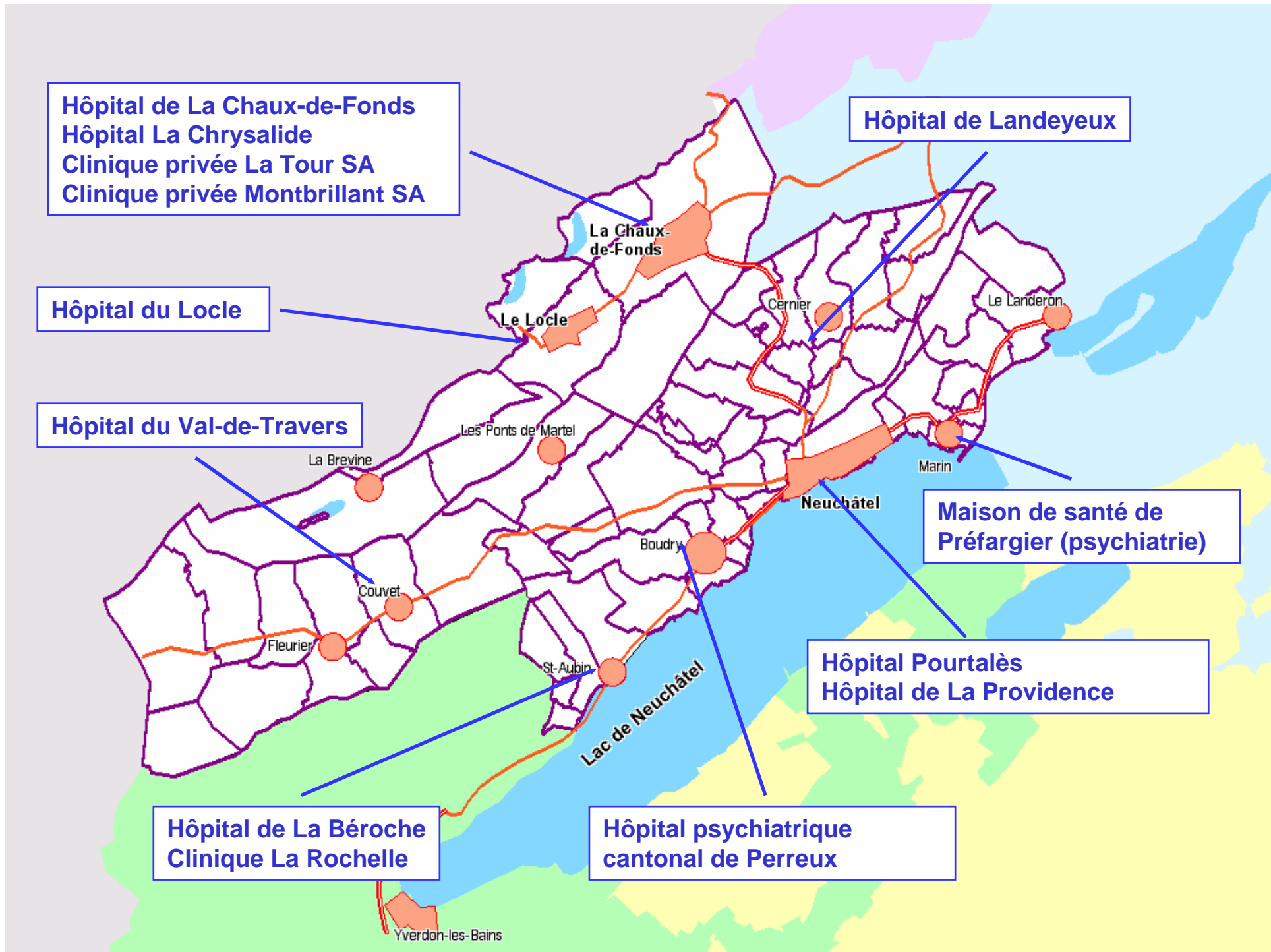


# Mise en œuvre des APDRG : les préparatifs

## Le cas neuchâtelois

Conférence « Utilisation des APDRG en Suisse »  
Olten, 7 avril 2006



# Défis à relever :

Changement du mode de financement décidé par le Conseil d'Etat au début 2003 : abandon de la couverture du déficit et passage au financement par prestations

Révision de la LAMal

Qualité des soins et sécurité des patients

Attractivité des hôpitaux pour recruter le personnel médical

Capacité financière du canton et de la population

Conventions tarifaires avec les assureurs

# Limites constatées du système :

Coût du système de santé neuchâtelois

Complexité du réseau hospitalier vu la multiplicité des structures juridiques

Difficultés d'organiser des services médicaux au niveau cantonal

Confusion des rôles entre l'Etat et les hôpitaux

Risques financiers pour les hôpitaux suite à l'abandon de la couverture du déficit

# Problématique financière :

Augmentation constante des dépenses de santé :

Charges hospitalières :	1990	237 millions
	B2005	382 millions (+ 60 %)

Causes :

- Technicité des soins
- Exigences de sécurité
- Vieillesse de la population
- Comportement des personnes

Situation inquiétante à long terme car capacité financière de l'Etat et de ses contribuables pas infinie

# Réponse 1 : création de l'EHM

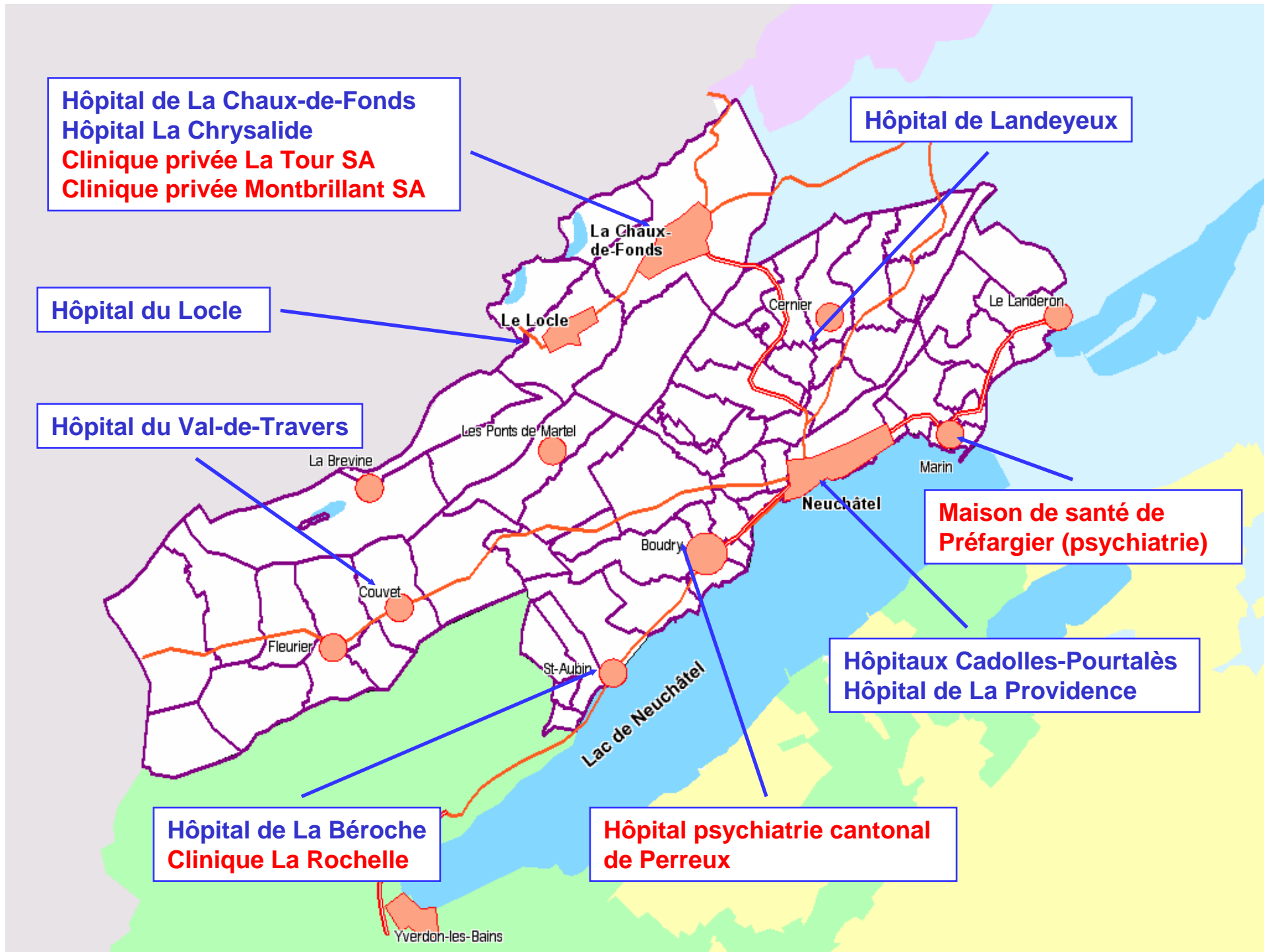
Création de l'Etablissement Hospitalier multisite cantonal neuchâtelois (EHM) pour les soins physiques

Etablissement de droit public indépendant de l'Etat (autonomie de gestion)

L'Etat conserve ses obligations (p.ex. assurer l'accessibilité aux soins) ainsi que ses prérogatives (p.ex. attribution des missions)

Issu d'une large consultation et des travaux d'une « assemblée constituante »

Démarrage effectif au 1er janvier 2006 en parallèle à celui du financement par pathologie



Hôpital de La Chaux-de-Fonds  
Hôpital La Chrysalide

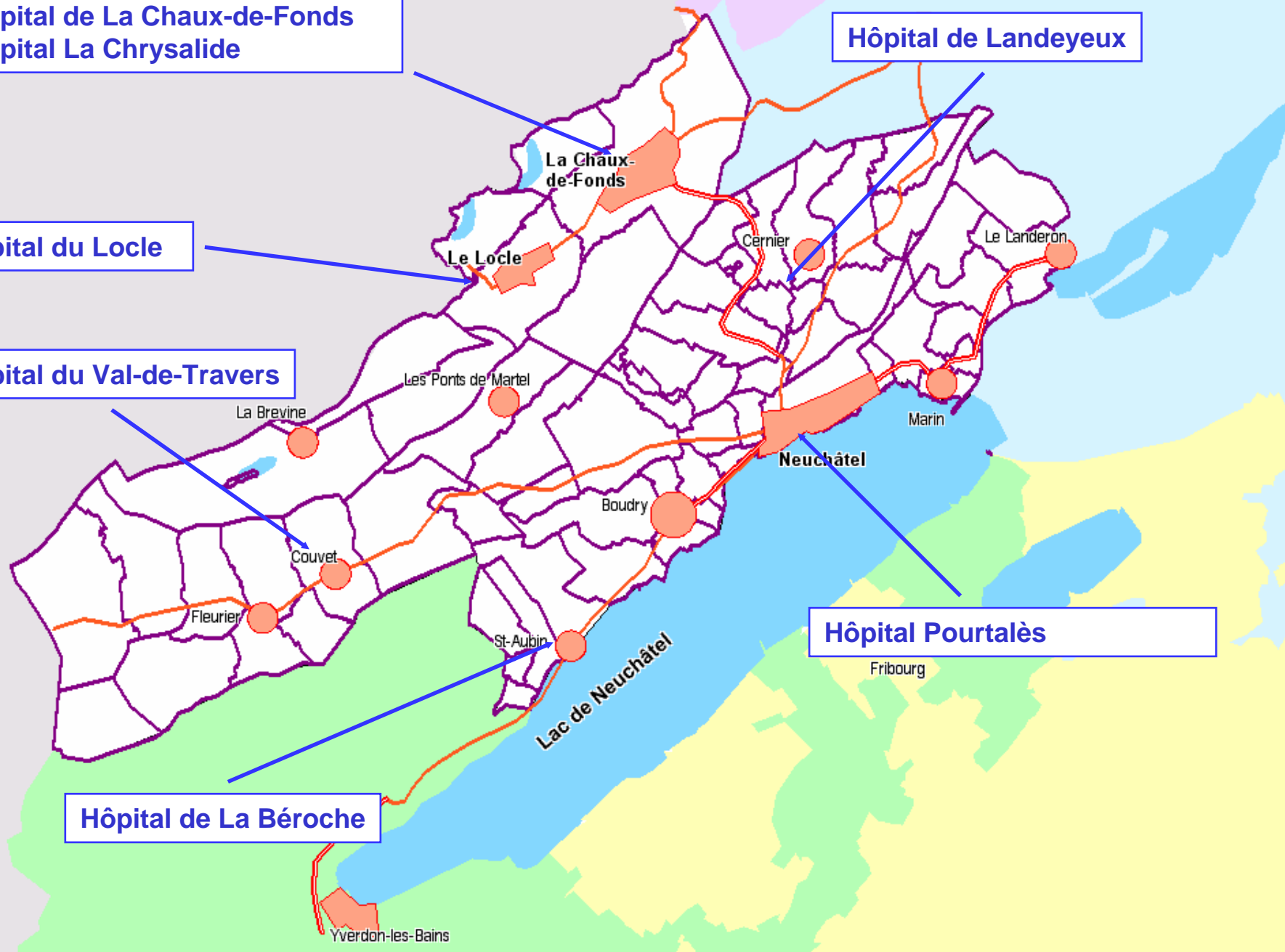
Hôpital de Landeyeux

Hôpital du Locle

Hôpital du Val-de-Travers

Hôpital Pourtalès

Hôpital de La Béroche



# Réponse 2 : modification du mode de financement

Abandon de la couverture du déficit

Prestations collectives : budget global annuel

Prestations individuelles : par pathologie

Contribution de l'Etat dans un cadre financier global mais proportionnellement à l'activité réelle

Négociation directe avec les partenaires tarifaires

Gestion des hospitalisations hors canton déléguée à l'EHM

Financement des hôpitaux hors EHM dans budget EHM

# Difficultés de ce changement :

- Données fiables :
- codage des cas
  - comptabilité analytique
  - bon système de groupage par pathologies

Définition d'une prestation

Financement des prestations collectives

Eviter la sélection des cas

Ne fonctionne pas pour la psychiatrie ni pour la réadaptation

# Processus suivi :

Décision du Conseil d'Etat de changer le mode de financement prise au 1er semestre 2003

Intérêt marqué par les partenaires (notamment la Commission des tarifs médicaux CTM)

A fin 2003, démarrage d'un groupe de travail principal (comité stratégique) formé de représentants des hôpitaux, des assureurs et de l'Etat ainsi que de groupes thématiques

Constations : nécessité de bénéficier d'un codage de qualité des diagnostics médicaux et des interventions, construire un modèle de financement et non les tarifs, neutralité des coûts

# Groupes de travail :

Groupe thématique no 1 :

## **Modèle de financement et aspects conventionnels / Controlling – supervision du système**

Définir les hôpitaux, les services et les cas concernés par le financement par pathologie

Définir les prestations collectives et leurs principes de financement (prestations d'intérêt public) ainsi que le modèle de financement des prestations individuelles

Définir les règles de la répartition entre les payeurs et établir les conventions (assurances - hôpitaux et hôpitaux - Etat)

Régler la problématique de la neutralité des coûts

Définir l'instance qui devra effectuer la surveillance du système et les modalités du contrôle de la qualité du codage

Définir l'instance qui devra préciser et trancher les litiges (commission paritaire, etc.)

Définir les autres éléments qui devront être surveillés (réadmissions, outliers,...) et les sanctions

# Groupes de travail, suite :

Groupe thématique no 2 :

## **Comptabilité analytique**

Nécessité de bien peser le coût de la saisie d'informations supplémentaires par rapport au gain de répartition des charges dans les DRG

La comptabilité analytique par unité finale d'imputation répond non seulement à un besoin lié au financement par pathologie mais également à un souci interne d'information (outils de gestion)

# Groupes de travail, suite :

Groupe thématique no 3 :

## **Codage médical**

Après analyse et comparaison, décision d'opter pour la création d'un centre de codage professionnel et centralisé

Formation de 3 codificatrices neuchâtelaises au CHUV.  
Démarrage du codage au 1er juillet 2004 avec les dossiers des patients sortis de l'hôpital dès avril 2004 permettant ainsi une période « d'apprentissage »

Les codeuses ont accès à la lettre de sortie et au protocole opératoire contenus dans le dossier médical informatisé

# Particularités :

Vu la création de l'EHM, un séjour partagé sur plusieurs sites à l'intérieurs du réseau hospitalier neuchâtelois (EHM + Providence) ne représentera qu'un seul cas et sera facturé sous un seul APDRG

Afin de garantir la neutralité des coûts : mise en place d'une Schattenrechnung (facturation parallèle)

**2006 attendu (basé sur 2004)**

Charges imputables  
 Nombre de cas  
 Coût moyen par cas (= forfait)  
 Cost-weight moyen  
 Casemix (en points APDRG)  
 Base rate  
  
 Recettes

Forfaits	APDRG
1'000'000	1'000'000
1'000	1'000
1'000	
	2
	2'000
	<b>500</b>
1'000'000	1'000'000

} *variables à valider  
 préalablement*

**2006 réalisé (3 variantes)**

Nombre de cas 2006  
 Coût moyen par cas 06  
 Cost-weight moyen 2006  
 Casemix 2006  
 Base rate initial  
  
 Recettes

Augmentation du nombre cas		Augmentation du cost-weight moyen		Diminution du cost-weight moyen	
Forfaits	APDRG	Forfaits	APDRG	Forfaits	APDRG
<b>2'000</b>	<b>2'000</b>	1'000	1'000	1'000	1'000
1'000		1'000		1'000	
	2		<b>3</b>		<b>1</b>
	4'000		3'000		1'000
	<b>500</b>		500		500
2'000'000	2'000'000	1'000'000	<b>1'500'000</b>	1'000'000	<b>500'000</b>

Pas d'adaptation de la valeur du base rate.	Dû à la lourdeur des cas ou au changement de qualité du codage ?	Dû à la lourdeur des cas ou au changement de qualité du codage ?
---	--	--

**2006 réalisé (3 variantes)**

Recettes

2'000'000	2'000'000	1'000'000	<b>1'500'000</b>	1'000'000	<b>500'000</b>
-----------	-----------	-----------	------------------	-----------	----------------

Pas d'adaptation de la valeur du base rate.	Dû à la lourdeur des cas ou au changement de qualité du codage ?	Dû à la lourdeur des cas ou au changement de qualité du codage ?
---	--	--

**Neutralité des coûts :**

Correction du base rate

Recettes

2'000'000	--	1'000'000	333.33 1'000'000	1'000'000	1'000 1'000'000
-----------	----	-----------	---------------------	-----------	--------------------



**Report année suivante :**

Base rate initial 2007

**2007 (base rate corrigé)**

	500		166.67		1'500
--	-----	--	--------	--	-------

Correction du base rate de l'année suivante : aurait dû être de 333 CHF, soit 167 CHF trop haut. Nouveau calcul : 333 CHF - 167 CHF = 167 CHF.	Correction du base rate de l'année suivante : aurait dû être de 1'000 CHF, soit 500 CHF trop bas. Nouveau calcul : 1'000 CHF + 500 CHF = 1'500 CHF.
---	--

# Résultat des travaux :

Rapport «TAR APDRG NE 2006 - Conditions-cadres de financement et de facturation par APDRG dans les hôpitaux du canton de Neuchâtel» finalisé le 26.4.2005 et avalisé par le Conseil d'Etat

Déclaration d'intention signée par les partenaires : « les parties s'engagent à respecter les conditions-cadres de financement et de facturation par APDRG dans les hôpitaux du canton de Neuchâtel émises dans le rapport TAR APDRG NE 2006»

# Négociations tarifaires :

Négociation tarifaire puis démarrage de la facturation par APDRG pour les assureurs fédéraux dès le 1er juillet 2005

Pour les négociations tarifaires avec les assureurs-maladie, processus doublé : calcul des forfaits basé notamment sur les directives santésuisse puis calcul du casemix sur la base du codage des cas sur une période de 12 mois

La correction progressive du base rate permet de garantir la neutralité des coûts pour les assureurs durant la première année

Merci de votre attention et  
bon après-midi !

Olivier Klauser, responsable de la filière hospitalière  
Service cantonal de la santé publique Neuchâtel