

# Résultats intermédiaires de la planification hospitalière du canton de Berne

Compte tenu du guide sur la  
planification hospitalière liée aux  
prestations de la CDS

Thomas Spuhler, Jonathan Bennett

Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de  
Berne, Office des hôpitaux

# Pourquoi une nouvelle méthode de planification?

- Changement de paradigme
  - Ancien: Définition des ressources nécessaires à la prise en charge
  - Nouveau: Canton commande des prestations
    - Planification ET financement orientés d'après les prestations
    - Lois sur les soins hospitaliers
      - Art. 21: Contrat cadre: principes généraux régissant la fourniture des prestations
      - Art. 22: Contrat de prestations annuel: type et volume des prestations à fournir et leur rétribution
      - Art. 29: Fondement et ampleur de la rétribution: aucune rétribution en dehors du contrat de prestations et aucune couverture de pertes d'exploitation
      - Art. 30: forfaits axés sur les prestations (OSH: AP-DRG)

	<b>Systèmes basés sur les DRG</b>				<b>CCS-CH</b>
	<b>AP-DRG</b>	<b>G-APDRG</b>	<b>GSbG</b>	<b>SwissDRG</b>	
<b>Caractéristiques de l'analyse</b>	ICD-10/ CHOP, Age, sexe, mode de sortie	ICD-10/ CHOP, Age, sexe, mode de sortie	ICD-10/CHOP, division	ICD-10/CHOP oder Folgeklassifikation (CDM?)	ICD-10/CHOP
<b>Nombre de groupes de cas</b>	641	87	Selon le système de classification des patients utilisé	??	23
<b>Nombre de groupes de cas agrégés</b>	28 (MDC), 10 (divisions OFS)	24, 10 (divisions OFS)	36 (+9), 10 (divisions OFS)	??	18, 10 (divisions OFS)
<b>Spécifique à la CH</b>	Non, seulement quelques groupes de cas	Oui	Pas encore	Oui	Oui
<b>Structuration par niveaux des soins</b>	Non	Non	Oui (au moyen des analyses cluster), 3 modules par domaine spécialisé	???	Non (doit avoir lieu individuellement)

# Avantages de la méthode de planification retenue

- Unités de planification et unités de financement sont identiques (AP-DRG)
  - Non seulement planification de la nature et du volume des prestations, mais également pronostic des coûts (Budget AP-DRG)

# Pronostic et simulation de la prise en charge future

## **Jeu de données sur la situation actuelle de chaque cas hospitalier d'un canton / d'un pays**

À travers la codification, on peut ajouter chaque jeu de données de secteurs pré- ou post-hospitaliers

### Analyses par GS<sub>b</sub>G-:

- Benchmarking ▪ Screening ▪ Morbidité ▪ Simulation DRG▪

Base de données

## **Pronostic**

Jeux de données virtuelles 2007 à 2010 à ....

de chaque cas hospitalier pour un hôpital / une région / un canton / un pays ...

### Acteurs de la planification:

- Normes Politiques • Estimations d'experts • Décision planifiées • Domaines problématiques

Base de données

## **Simulation**

Jeux de données virtuelles 2007 à 2010 à ....

de chaque cas hospitalier pour un hôpital / une région / un canton / un pays ...

Hauptkostenstelle	FZ STAT		FZ STAT		FZ TST		KAP			
	2010	DELTA 2002	2010	DELTA 2002	2010	DELTA 2002	KAP GESAMT 2010	KAP GESAMT DELTA 2002	KAP GESAMT VORHALTUNG	KAP GESAMT DELTA 2002
M000 Fachgebiete (allgemein)	0	-1	20	1	7.01	0	7.01	0	7.01	0
M100 Innere Medizin	617	-95	236	91	14.85	-4.53	16.99	-5.24		
M200 Chirurgie	794	-148	856	157	20.87	-3.04	23.59	-3.54		
M300 Gynäkologie und Geburtshilfe	998	-68	211	64	13.61	-2.41	15.56	-2.79		
<b>M999 Gesamt</b>	<b>2'409</b>	<b>-312</b>	<b>1'323</b>	<b>313</b>	<b>56.33</b>	<b>-9.98</b>	<b>63.14</b>	<b>-11.56</b>		

Hauptkostenstelle	APDRG BUDGET 2002 (SFr)	CM ABS 2010	CM ABS DELTA 2002	CM ABS 2010
M000 Fachgebiete (allgemein)	896'436	99.4	-0.2	4.94784
M100 Innere Medizin	6'781'224	621.4	-132.1	0.72915
M200 Chirurgie	11'492'053	1'153.00	-123.9	0.69893
M300 Gynäkologie und Geburtshilfe	5'867'658	615.9	-36.1	0.50909
<b>M999 Gesamt</b>	<b>25'037'370</b>	<b>2'489.60</b>	<b>-292.3</b>	<b>0.66716</b>

# Étapes du benchmarking en vue du besoin **futur** en soins

## 1ère étape 2007

Pronostic besoins prise en charge hospitalière bernoise



Standards issus du benchmarking  
à l'intérieur du **canton de Berne**

## 2ème étape 2010

Pronostic besoins prise en charge hospitalière bernoise



Standards issus du benchmarking en Suisse et à  
l'intérieur du **canton de Berne** (meilleurs  
benchmarks)



# Différents Benchmarks

1. Durée de séjour des cas stationnaires par AP-DRG
2. Part de la prise en charge semi-résidentielle par AP-DRG
3. Coopération entre hôpital aigu et clinique de réadaptation
4. (Part de la réadaptation ambulatoire)

# Benchmarking: „Durée d’hospitalisation“

Ø Durée de séjour par AP-DRG Nr. X		
KH-Nr. mit AP-DRG X	AD 2002	AD Neu
KH 1	3,8 jours	4,1 jours
KH 2	3,9 jours	4,1 jours
KH 3	4,1 jours	4,1 jours
KH 4	4,3 jours	4,1 jours
KH 5	4,9 jours	4,1 jours
KH 6	5,1 jours	4,1 jours
KH 7	5,2 jours	4,1 jours
KH 8	5,2 jours	4,1 jours
KH 9	5,7 jours	4,1 jours
KH 10	6,1 jours	4,1 jours
KH 11	6,8 jours	4,1 jours
KH 12	7,8 jours	4,1 jours

Benchmark : Quartil le plus bas (25 % Benchmark)

25 % Hôpitaux de référence

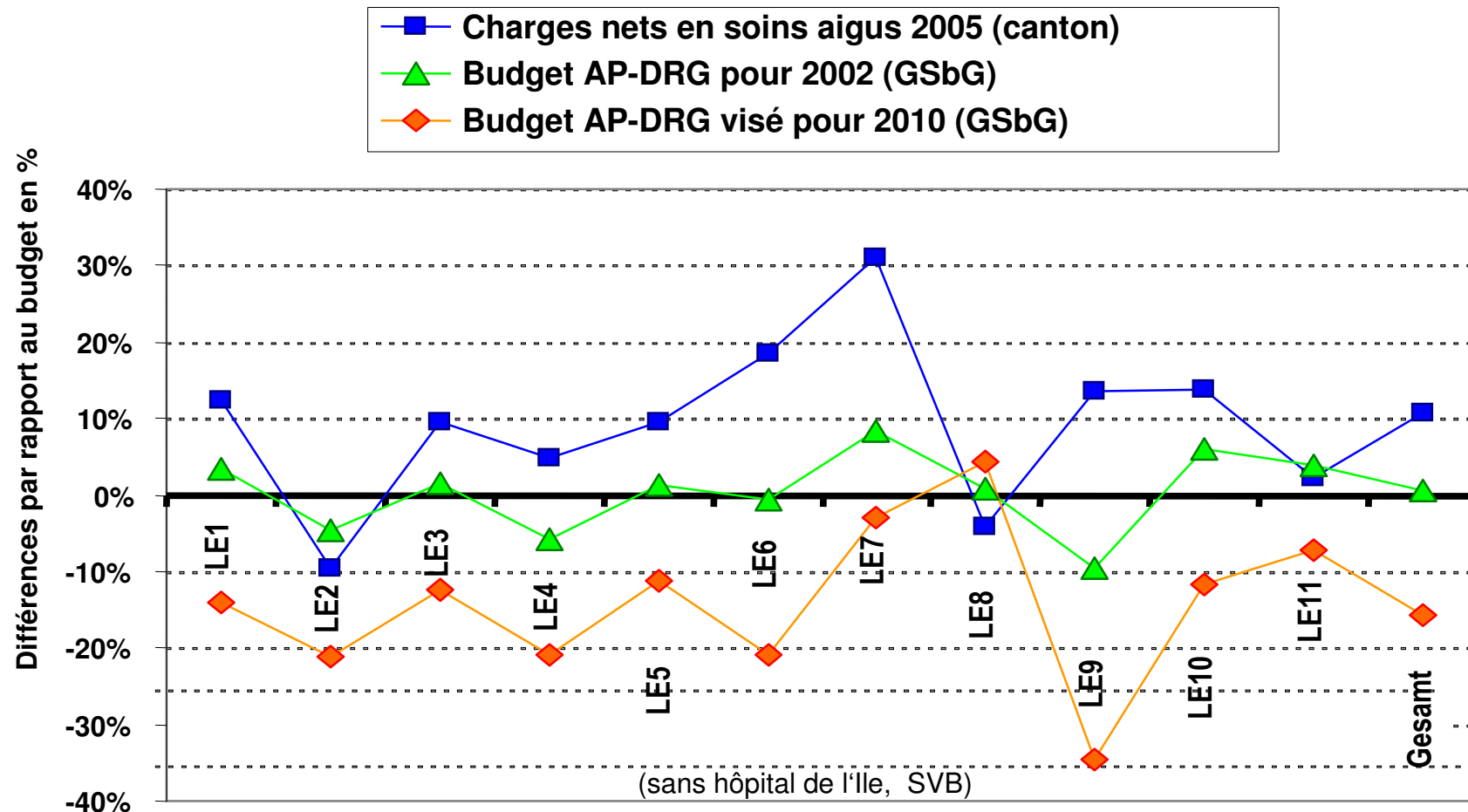
75 % des hôpitaux peuvent s’orienter d’après la valeur de référence (4.1)

Exemple: Conséquences du benchmarking dans la spécialité ophtalmologie pour 2007

	<b>FZ gesamt</b>	<b>FZ akut st</b>	<b>FZ akut tst</b>	<b>Kap ges</b>	<b>Kap st</b>	<b>Kap tst</b>
<b>Hôpital 1</b>	-0.0%	-64%	+506%	-50%	-60%	+140%
<b>Hôpital 2</b>	-0.0%	-25%	+0.6%	-0.5%	-9%	+0.2%
<b>Hôpital 3</b>	-0.0%	-85%	+19%	-8%	-75%	+5%
<b>Hôpital 4</b>	-0.0%	-77%	+10%	-8%	-66%	+3%
<b>Hôpital 5</b>	-0.0%	-85%	+79%	-32%	-79%	+24%

# Comparaison des budgets du canton et de GSbG

Différences par rapport à la comptabilité 2003 (ligne zéro)



Hôpitaux aigus du canton de Berne

# Attribution de l'offre de soins à des niveaux de prise en charge (1)

- Ct. BE: Système de prise en charge à deux niveaux:
  - Centres hospitaliers régionaux (CHR): responsable des soins de base dans les régions.
  - Hôpitaux universitaires: responsables des soins hautement spécialisés

# Attribution de l'offre de soins à des niveaux de prise en charge (2)

- Pour la planification de la médecine hautement spécialisée, il faut des informations au niveau des différents diagnostics (ICD-10) et interventions (CHOP)
  - Où sont offerts des soins hautement spécialisés en dehors des hôpitaux universitaires?
    - surtout fournisseurs de prestations privés
  - D'après quels critères peut-on déroger au principe d'offrir la prise en charge hautement spécialisée centralisée et au niveau universitaire (p.ex. nombre minimal de cas)?

# Evaluation des structures actuelles de prise en charge

- Potentiel de substitution de la prise en charge semi-résidentielle
  - Jusqu'à 2010, 20% des cas actuellement stationnaires peuvent être pris en charge en milieu semi-stationnaire
  - Problématique: Des trajectoires de patients semi-stationnaires nécessitent moins de capacités en termes de lits, mais posent d'autres exigences à l'infrastructure des hôpitaux

# Evaluation des structures de prise en charge (2) – Collaboration intersectorielle

- Benchmarking de la durée de séjour en soins stationnaires lors d'une collaboration entre hôpitaux aigus et clinique de réadaptation
- Effet du benchmark sur les journées d'hospitalisation résidentielles d'un hôpital aigu
- **Définition benchmark:**
  - Formation de trajectoires du patient avec séjour dans un hôpital aigu et ensuite (dans les 14 jours) séjour dans un établissement de réadaptation ou dans un autre hôpital
  - Benchmark de la durée de séjour de l'hôpital aigu qui remet le patient, par patient et AP-DRG
  - Valeur de référence = hôpital avec une valeur au-dessus du troisième quartile
- **Réalisation du benchmarking:**
  - Utilisation de la valeur de référence pour la durée de séjour comme durée de séjour par AP-DRG et par hôpital (valable pour chaque hôpital avec durée de séjour en dessous ou en dessus de la valeur de référence) pour chaque cas selon les critères d'inclusion



# Conséquences pour la liste des hôpitaux

- Une base a été créée pour une liste hospitalière liée aux prestations
- Alternative possible pour l'aménagement des contrats de prestations (au lieu de disciplines):
  - MDC
- Possibilité de créer des listes négatives et positives
- La liste hospitalière devient un instrument de pilotage plus performant

# Mise en oeuvre de la LSH

- Conclusion des contrats de prestations annuels AVANT l'adoption de la première planification par le Conseil d'Etat bernois

# Problèmes irrésolus

- Le potentiel de substitution du secteur ambulatoire n'est pour l'instant pas quantifiable
- Réadaptation
  - Durée de traitement quasiment uniforme
  - Aucune différenciation entre les différents groupes diagnostiques

# Conclusion

- Une planification hospitalière liée aux prestations comme esquissée par le guide de la CDS est faisable
- La méthode de planification présentée nous livre maintes connaissances
- Espace pour simulations
  - p.ex. coopérations entre hôpitaux aigus et clinique de réadaptation
  - p. ex. cost-weights
  - p. ex. casemix