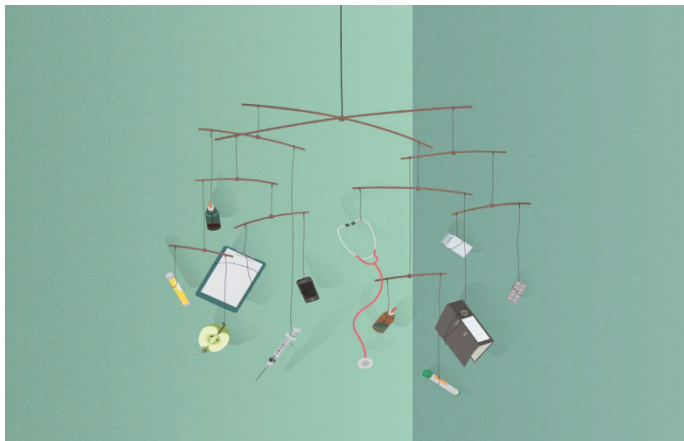


***«Gesundheitspfad» für ältere
Menschen – Koordinierung der
Akteure zur Wahrung der
Autonomie***

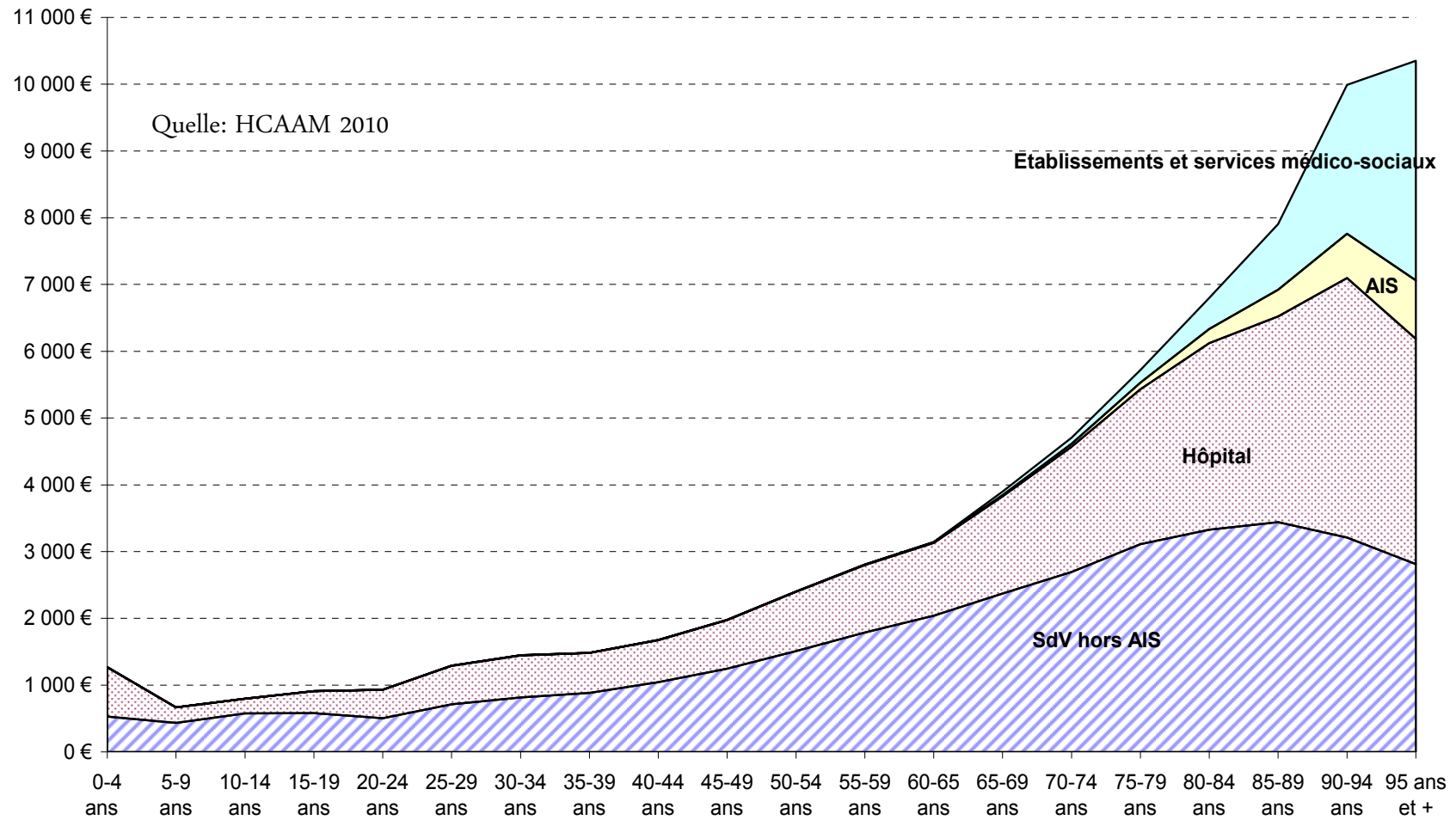


Prof. Isabelle Durand-Zaleski

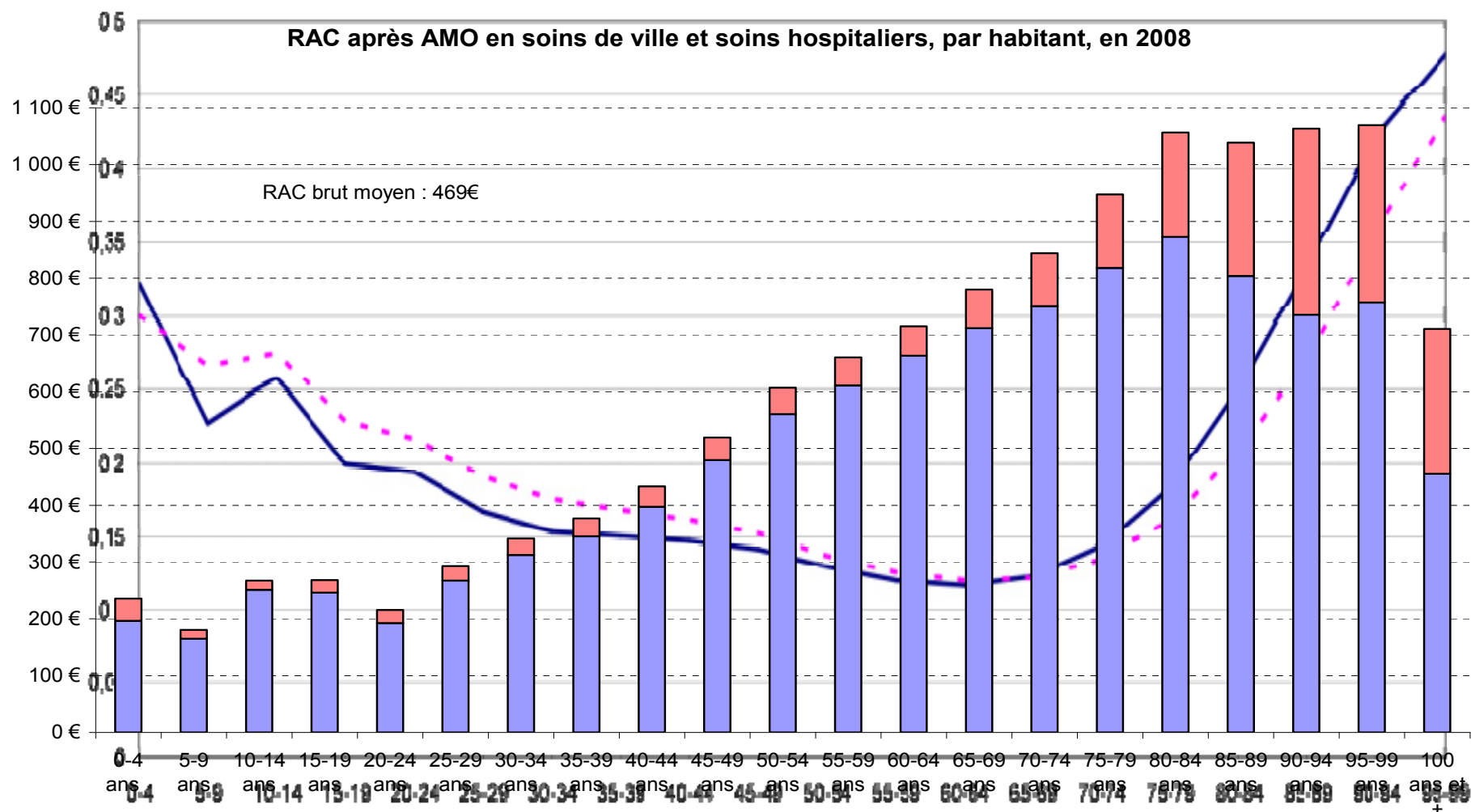
Länderübergreifende Feststellung

- Alle Industrieländer
- Länder mit Bismarckschem System haben wohl noch mehr Schwierigkeiten.
- Historische Trennungen:
 - Gesundheitsversorgung / Prävention
 - Stadt / Spital
 - Gesundheitswesen / Soziales
 - Staat / Krankenversicherung
- Rest zulasten der Patienten/innen und Familien
- Machbarkeit:
 - 'Path Dependency' (Pfadabhängigkeit)
 - Verteidigung von Hoheitsgebieten und Berufen

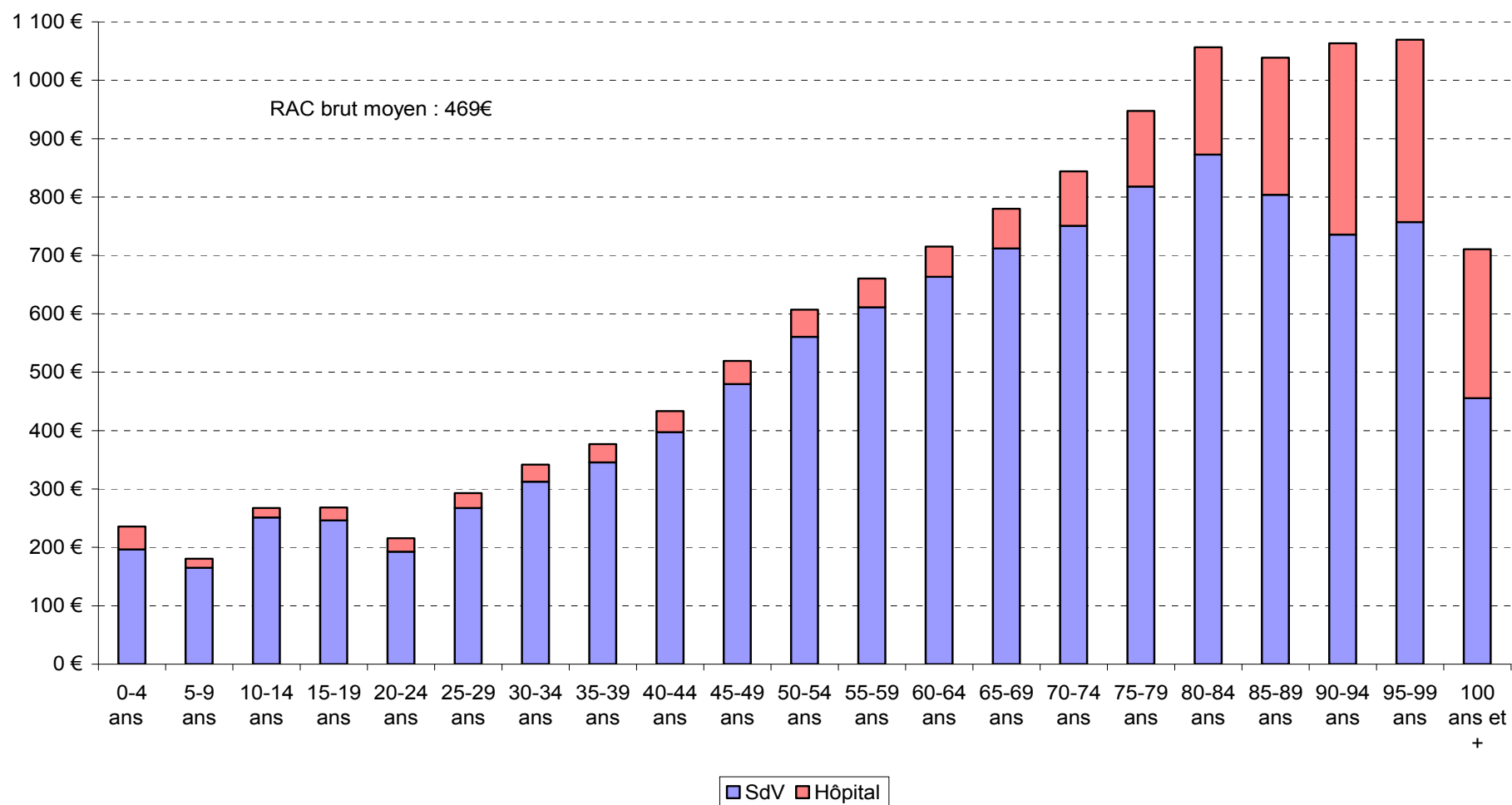
Dépenses médicales par habitant en 2008



Hospitalisierungen via Notaufnahme



RAC après AMO en soins de ville et soins hospitaliers, par habitant, en 2008



2 Ansätze

- Das Grundprinzip ist, von den Bedürfnissen der Bevölkerung statt von den vorhandenen Instrumenten auszugehen.
- Versuch zur Verbesserung der Koordination/Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen und zwischen Fachbereichen
- Erleichterung der Kompetenztransfers zur Erfüllung der Bedürfnisse der Patienten/innen

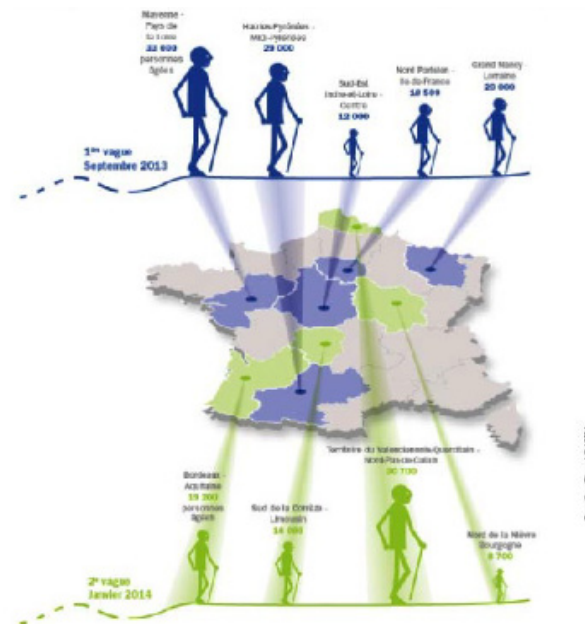
Rechtliches Umfeld

- 2004 Gesetz über die öffentliche Gesundheit: gestattet Versuche bezüglich Kompetenztransfer und Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen
- 2013: LFSS: Versuche mit PAERPA
- 2015 Gesundheitsgesetz: Advanced Nursing Practice

Versuche zur koordinierten Versorgung

- ASALEE (2004-2007) in Frankreich: Diabetiker/innen
- DISMEVAL 2015: europäisches Projekt zur Evaluation der koordinierten Versorgung in mehreren Ländern
- Keine Arbeiten mit sehr betagten und multimorbiden Patienten/innen: 'high need high cost'
- Aber in den USA befasst sich die 'Commonwealth Care Alliance' genau mit dieser Patientengruppe.

Experiment PAERPA



Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques

DREES

Le champ d'action de l'expérimentation Paerpa (*Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie*) couvre l'ensemble des acteurs impliqués dans le parcours des personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie de plus de 75 ans. Un des enjeux majeurs de l'expérimentation est, par une démarche globale bénéficiant de financements conséquents, d'aller au-delà des approches préexistantes de structuration de la coordination des acteurs, de décloisonner les secteurs sanitaire, médico-social et social, ainsi que de créer de la coordination entre l'hôpital et la ville, en impliquant de manière forte les professionnels des soins primaires. Concrètement, les équipes-projet ont mobilisé plusieurs dizaines de professionnels du territoire d'expérimentation lors de la conception des programmes locaux, puis dans leur mise en œuvre. Les feuilles de route élaborées pour chaque territoire comportent la plupart du temps au moins 40 fiches-actions. Ainsi, expérimenter Paerpa constitue d'abord un défi de pilotage de projet mais aussi de gouvernance locale. Il s'agit ensuite de construire et de mettre en place des dispositifs – innovations organisationnelles, leviers de mobilisation, outils de gestion et informatiques – qui font système.

Paerpa: Welche Patienten/innen wurden einbezogen?

- 2014: 9 Pilotregionen in Frankreich
- Über 75 Jahre alt, hohes Risiko eines Autonomieverlusts:
 - Patienten/innen zu Hause: gebrechlich, ermittelt durch die Verschreibungen oder die Existenz chronischer Krankheiten
 - Hospitalisiert: via Notaufnahme eingelieferte Patienten/innen
 - In einer Einrichtung: a priori alle

Interventionen (à la carte)

- Mobile Teams für die Patienten/innen zu Hause;
- Pause für die pflegenden Angehörigen;
- IT-Tools zur Umgehung der Notaufnahme und Gewährleistung einer direkten Aufnahme;
- Telemedizin: Telekonsultation, Plattformen, Heimausstattung zur Verhinderung von Stürzen;
- Zentrale Anlaufstelle für Sozialleistungen

1. Indicateurs sur l'amélioration de la pertinence du recours à l'hôpital

Améliorer l'organisation en amont de l'hospitalisation

1. Taux d'hospitalisations non programmées en MC (nb de personnes hospitalisées au moins une fois avec la définition ATIH des séjours non programmés) –
Objectif à terme : l'élargir aux personnes qui recourent aux urgences sans hospitalisation ensuite
2. Proportion des résidents d'EHPAD disposant d'un dossier de liaison d'urgence (DLU)
La publication du DLU par la HAS est prévue fin juin 2014. D'ici là, le champ de cet indicateur pourra être élargi aux fiches de liaison.
3. Taux de recours aux urgences des résidents d'EHPAD

Améliorer l'organisation en cours d'hospitalisation et en aval de celle-ci

4. Taux de réhospitalisation à 30 jours en MC
5. Nombre de journées d'hospitalisation/population cible du territoire en MC

2. Indicateurs sur les modalités et les outils de la coordination des parcours

L'implication des professionnels

6. Nombre de professionnels ayant suivi une formation PAERPA ou fléchée PAERPA/nombre de professionnels du territoire

Les outils de la coordination

7. Nombre de professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux disposant d'une messagerie sécurisée intégrée dans l'espace de confiance de l'ASIP Santé/nombre de professionnels du territoire
8. Nombre de PPS ouverts

Les appuis à la coordination

9. Nombre d'appels traités et visites physiques reçues par la coordination territoriale d'appui (CTA)

3. Indicateur sur la diminution du risque iatrogénique

10. Pourcentage de personnes prenant plus de 10 molécules différentes (au moins 3 délivrances dans les 12 derniers mois) des personnes à domicile (hors EHPAD)

Merkmale von PAERPA

- Jede Region wählt die Massnahmen, die sich angesichts ihrer Bevölkerung und des örtlichen Angebots am besten eignen.
- Anfängliches politisches Engagement auf höchstem Niveau
- Aber schwieriger politischer Kontext (medizinische Gewerkschaften im Konflikt mit der ehemaligen Ministerin)
- Weitere Initiativen für die Bevölkerung vor Ort unter der Leitung anderer Direktionen des Gesundheitsministeriums

Getätigte Ausgaben

- Total / Region: 500 000 € bis 2,5 Mio. € / Jahr während 2 Jahren
- Anfangskosten: Schulung, IT, Hotline 800 k€
- Betriebskosten
 - Fix = 2 VZÄ
 - Variabel =
 - **MGs** =100 €/Person (personalisierter Versorgungsplan)
 - 2 VZÄ/1000 Personen

Bilanz 2016

- ‘Gemischt’
- Das Spital bleibt im Abseits.
- Geringe Mobilisierung der frei praktizierenden Ärzte/innen
- Die Koordinationsplattformen wurden implementiert.
- Bedeutendes Governance-Problem
- Finanzielle Anreize sind nicht am wirkungsvollsten, die Fachpersonen suchen eher den Zugang zu verschiedenen Diensten.

document
de *travail*

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques
DREES

SÉRIE ÉTUDES ET RECHERCHE
N° 135 • mai 2017

Évaluation qualitative PAERPA
RAPPORT FINAL

Sébastien Gand, Elvira Periac, Marie-Aline Bloch, Léonie Henaut

Commonwealth Care Alliance

- In den USA entstanden
- Patienten/innen in besonderes prekärer Lage:
Medicare + Medicaid
- Versorgungskoordination mit der Zahlung pro
Behandlungsepisode verbunden
- Risikoteilung zwischen Staat und Versicherer
(während 3 Jahren)

Schlussfolgerungen

- Es ist ein politischer Prozess:
 - National / regional
 - Fachlich
 - In der Verwaltung
- Die finanziellen Instrumente können nicht alles regeln.
- Die Evaluation des Dispositivs muss sich darauf konzentrieren, die positiven (qualitativen) Punkte aufzuzeigen, die quantitativen Gewinne zeigen sich oft verzögert.