

Case Management:

Réduction des coûts AI et des primes

Une évaluation statistique entreprise par PKRück concernant les cas de «Case Management» dans les années 2006 à 2008 démontre que grâce à des mesures ciblées en matière de réintégration professionnelle il est possible d'économiser des frais d'invalidité substantiels. Cependant, le succès du «Case Management» ne repose pas uniquement sur une assistance experte de la personne concernée. Il est tout aussi important d'agir avec célérité après avoir détecté l'incapacité de travail et d'apprécier le potentiel de réintégration.

Il est actuellement incontesté que la réintégration d'une personne en incapacité de travail dans la vie professionnelle offre à toutes les personnes impliquées – à la personne elle-même concernée, à l'employeur et à l'institution de prévoyance – une authentique valeur ajoutée. En tant qu'assureur-vie pour la prévoyance professionnelle, PKRück pratique une gestion active des cas de versements de prestations avec un «Case Management» intégré. Conjointement avec l'un de ses partenaires de «Case Management», elle a procédé à une évaluation statistique de tous ses dossiers de «Case Management» clos entre 2006 et 2008.

Forte réduction des coûts d'invalidité

L'évaluation a révélé que tout juste 23 heures en moyenne ont été investies par dossier de «Case Management» examiné sur une période d'environ huit mois. Les frais moyens pour la mise en œuvre d'un «Case Management» se sont élevés à CHF 5'879. Presque 50 % des personnes concernées ont pu être réintégrées, en tout ou en partie, au plan professionnel – une quote-part qui se recouvre avec d'autres enquêtes dans ce domaine. Avec une somme de risque moyenne des cas examinés de quelque CHF 489'000, l'utilité économique du «Case Management» est évidente. Aux coûts pour son exécution s'ajoutent les frais internes de l'assurance pour l'appréciation du potentiel de réin-

tégration des personnes en incapacité de travail.

Même si les dossiers de «Case Management», issus de l'évaluation et couronnés d'un succès partiel ou total, n'ont pas encore tous été appréciés de façon définitive par l'assurance-invalidité fédérale (AI), ce seront sans doute moins de 20 % de la somme des rentes d'invalidité, escomptée en considération des degrés d'incapacité de travail au début du «Case Management», qui seront finalement versés.

Chez PKRück, les frais de «Case Management» sont financés par l'intermédiaire de la prime de coûts payée par l'institution de prévoyance. Le «Case Management» et la diminution des cas d'invalidité représentent donc un profit direct. En effet, si le cours des sinistres auprès d'une institution de prévoyance se révèle meilleur que prévu, celle-ci se verra remboursée une partie de sa prime de risque LPP.

Une annonce précoce est décisive

Si l'on veut réussir dans la réintégration professionnelle, il est impératif d'agir avec rapidité. Des études prouvent que déjà six mois après la survenance d'une maladie la probabilité d'un retour à la place de travail est inférieure à 50 %. L'expérience démontre que les employeurs et les institutions de prévoyance ne sont souvent pas conscients de l'importance d'une annonce précoce de

l'incapacité de travail, c'est-à-dire après 30 jours d'incapacité de travail au plus tard. Il est par conséquent aussi bien dans l'intérêt de l'assurance que dans celui de la caisse de pensions que le processus d'annonce soit optimisé et que l'assurance procède à la communication à l'AI, au cas où les conditions sont remplies, ce qui doit également permettre de soutenir les mesures de la 5^e révision de la LAI et de promouvoir la collaboration avec l'AI.

De l'annonce au Case Management

Une fois l'incapacité de travail communiquée, il y a lieu d'évaluer le potentiel de réintégration, ce qui suppose des connaissances spécifiques approfondies et accroît la probabilité qu'un «Case Management» puisse être clos avec succès. En outre, il est possible de soutenir électroniquement la procédure de sélection. Ainsi, par exemple, les experts de PKRück travaillent, en sus, avec un outil de triage électronique basé sur des valeurs empiriques.

Après la sélection des dossiers potentiels de «Case Management», il convient d'en choisir le partenaire approprié, car chaque entreprise est généralement spécialisée dans des domaines déterminés. La sélection a lieu à l'aide de facteurs tels que le diagnostic et le domicile de la personne concernée. Depuis l'introduction de la 5^e révision de la LAI, de nombreuses institutions de prévoyance croient pouvoir déléguer les mesures de réintégration dans leur entièreté à l'AI, mais en fait les gestionnaires de cas auprès de l'AI sont beaucoup trop peu nombreux par rapport au nombre de cas potentiels et ils ne disposent que d'un catalogue légal de prestations limité. Cependant, c'est précisément dans le cas de personnes incapables de travailler qu'il importe de leur accorder une assistance neutre au plan de l'assurance et axée sur leurs besoins individuels. Ainsi, il doit continuer à in-

comber à l'assureur LPP de jouer un rôle actif dans la réintégration professionnelle. A cet effet, la compagnie d'assurance doit disposer de compétences particulières dans l'appréciation des cas d'incapacité de travail et dans la coordination des processus et, pour la mise en œuvre, collaborer consciemment avec des organisations partenaires spécialisées.

La voie vers le Care Management

Outre le «Case Management», on tente aujourd'hui, de manière accrue, de prendre le problème de l'incapacité de travail à la racine, et ce au moyen de mesures préventives dans les entreprises. L'objectif du «Care Management» ou du «Disabi-

lity Management» consiste à réduire la quote-part d'absences. Les efforts vont donc de plus en plus dans le sens d'une assistance globale de la personne assurée – en d'autres termes: «Care Management» et «Case Management».

Hanspeter Tobler,
président de la direction de PKRück

DRG; Forfaits par cas liés au diagnostic:

Idée fondamentale et problèmes de mise en œuvre

Les «Diagnosis Related Groups» (DRG) – forfaits par cas liés au diagnostic – désignent un système de décompte prospectif pour les hôpitaux offrant des soins aigus. L'objectif consiste à veiller à des incitations pour des services hospitaliers efficaces au plan des coûts. A l'heure actuelle, les DRG sont appliqués aux Etats-Unis, en Australie, au Canada, au Japon, en Grande-Bretagne, en France, en Espagne et dans les pays scandinaves. Un système spécifique, repris de la Suisse, a été développé en Allemagne. Une SwissDRG SA d'utilité publique a été créée à cet effet.

Ce système de décompte doit être introduit dans tous les cantons jusqu'au 1^{er} janvier 2012, conformément à la décision prise par le Parlement. Nous avons prié de Prof. Dr. Bernd Schips d'exposer ci-après quelques réflexions concernant ce procédé.

Le point de départ du développement de systèmes de classification des patients a été la tentative, lancée en 1967 déjà, pour développer un instrument approprié de vérification de la sollicitation («Utilization Review») et de l'assurance qualité en matière de prestations hospitalières¹. Les enquêtes effectuées auprès d'experts et avant tout les évaluations statistiques de données de patients ont ensuite mené, au début des années soixante-

dix, à la détection de processus de traitement relativement homogènes dans les hôpitaux. Le développement de systèmes édités sur cette base en vue du remboursement forfaitaire des prestations hospitalières a alors commencé à partir du milieu des années soixante-dix. Cependant, parmi ces procédés aux conceptions variées, pratiquement seuls les systèmes dits des DRG («Diagnosis Related Groups») se sont imposés à ce jour.

Atténuation des coûts

Les systèmes de DRG subdivisent les patients se trouvant en traitement stationnaire aigu selon des critères cliniques et sur la base de données de cas recensées dans des groupes de cas

avec des coûts «similaires». Il était dès lors aisé à concevoir que ces DRG pouvaient également être utilisés comme fondements pour les forfaits par cas que propageaient avant tout les économistes à titre de moyen destiné à atténuer les frais.

Les groupes de cas liés au diagnostic doivent cependant être définis de telle façon qu'ils soient si possible homogènes en ce qui concerne l'étendue des prestations requises de même que la durée nécessaire du séjour à l'hôpital. La subdivision des cas individuels à traiter doit ensuite avoir lieu sur la base des diagnostics principaux et annexes établis. Toutefois, chaque patient se voit attribué un seul DRG par séjour hospitalier.

Pour le règlement des prestations fournies, chaque groupe de cas fait l'objet d'une pondération de cas ou de coûts qui compare les dépenses à encourir dans ce groupe de cas avec les dépenses moyennes de tous les cas en traitement stationnaire aigu: la valeur de base ou le prix de base. Une pondération de coûts supérieure à 1 signifie une dépense additionnelle, une pondération de coûts inférieure à 1 une dépense inférieure par rapport à la dépense moyenne.

¹ Cf. R.B. Fetter, A. Brand, G. Dianne (éd.), DRG's, Their Design and Development, Health Administration Press, Ann Arbor 1991.



BVG von A bis Z



PROFITASS AG

Teuhand & Vorsorge

Bünackerweg 6
CH-4554 Etziken
www.profitass.ch

Tel. 032 614 11 11
Fax 032 614 03 28
info@profitass.ch