Réadaptation en milieu hospitalier – Position de la FMH sur le développement de la structure tarifaire ST Reha

Beatrix Meyer

Cheffe du domaine Tarifs et économie de la santé pour les médecins hospitaliers

Correspondance:
FMH
Froburgstrasse 15
CH-4600 Olten
Tél. 031 359 11 11
Fax 031 359 11 12

tarife.spital[at]fmh.ch

Projet placé sous l'égide de la société SwissDRG SA

Pour la réadaptation en milieu hospitalier, il faut introduire un système de rémunération national, uniforme, axé sur les prestations et constitué de forfaits. La loi sur l'assurance-maladie le veut ainsi. A la différence des soins aigus somatiques, il n'est pas possible ici de se référer à un système tarifaire étranger. C'est pourquoi une toute nouvelle structure tarifaire est en train d'être développée en Suisse sous l'égide de la société SwissDRG SA. Celle-ci a chargé l'association des hôpitaux H+ et la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM) de poursuivre pour ce nouveau système tarifaire les travaux qu'elles avaient entamés dans le cadre du projet ST Reha (structure tarifaire suisse pour la réadaptation). L'introduction du projet ST Reha est prévue pour 2015.

Etat actuel du projet ST Reha

Il a fallu tout d'abord créer une base pour la structure tarifaire de la réadaptation en milieu hospitalier. Dans une première étape, la Haute Ecole zurichoise des sciences appliquées (ZHAW) a développé des systèmes de classification des patients pour la réadaptation neurologique et musculo-squelettique [1]. Dans ce contexte, la ZHAW a constaté, par le biais d'une saisie limitée de données, que les coûts d'une semaine de traitement sont essentiellement influencés par les paramètres suivants: degré d'autonomie des patients dans les activités quotidiennes [2], polymorbidité [3], admission et sortie durant la semaine de traitement observée ainsi que niveau de la douleur [4] (ce dernier n'étant significatif que dans le cas de la réadaptation musculo-squelettique). Trois échelons tarifaires sont recommandés pour la réadaptation musculo-squelettique et quatre pour la réadaptation neurologique. Dans une prochaine étape, les données relatives aux prestations et aux coûts seront prélevées par un plus grand nombre de cliniques-pilotes afin de valider et de poursuivre le développement des systèmes de classification des patients élaborés pour la réadaptation neurologique et musculo-squelettique. Par ailleurs, des systèmes de classification des patients seront également mis au point pour la réadaptation cardiaque et pulmonaire. La FMH est d'avis qu'il faut développer de tels systèmes non seulement pour la réadaptation neurologique, musculo-squelettique, cardiaque et pulmonaire, mais aussi pour tous les domaines médicaux de la réadaptation. La FMH s'engage dans ce contexte pour que toutes les disciplines médicales de la réadaptation soient finalement couvertes par le nouveau tarif.

L'introduction du projet ST Reha est prévue pour 2015.

Collaboration active du corps médical

Les médecins suisses participent activement au développement de la structure tarifaire ST Reha: ils s'engagent non seulement dans les différents sous-projets du projet ST Reha, mais aussi dans son comité de pilotage. Le Comité central de la FMH a délégué dans ce comité le Dr Hansueli Tschanz, médecin-chef en cardiologie au centre bernois de réadaptation à Heiligenschwendi. En outre, la FMH défend les requêtes du corps médical au conseil d'administration et dans les autres organes de SwissDRG SA, qui est la mandante du projet ST Reha. Les délégués de la FMH s'appuient à cet effet sur l'expertise du groupe d'accompagnement «ST Reha» de la FMH, au sein duquel toutes les sociétés de discipline concernées par la réadaptation sont représentées. Ce groupe d'accompagnement est le cadre idéal pour se forger une opinion et consolider les différents besoins. C'est la seule façon pour le corps médical de se montrer fort et uni, et de défendre dans les différents organes les intérêts communs de toutes les disciplines concernées. Le groupe d'accompagnement «ST Reha» de la FMH a élaboré la prise de position suivante, laquelle servira de base à de futures activités.

Prise de position de la FMH sur le projet «ST Reha»

La présente prise de position décrit les propositions consolidées de la FMH en vue de l'introduction d'une structure tarifaire nationale pour la réadaptation dans le domaine hospitalier stationnaire. Elle a été rédigée par le groupe d'accompagnement «ST Reha» de la FMH qui réunit des représentants de l'ensemble des sociétés de discipline médicale concernées par la réadaptation. Elle a été acceptée par le Comité central et l'Assemblée des délégués de la FMH respectivement en août et en septembre 2012.

1. Garantie et promotion de la qualité

a. Le corps médical et les processus thérapeutiques sont soumis à des exigences de qualité. Cette *qualité* doit être indemnisée en conséquence avec la structure tarifaire ST Reha.
b. *L'indication, les dates de début et de fin* de la réadaptation sont fixées par le médecin traitant.
c. Les patients bénéficient d'une réadaptation en temps opportun et aussi longtemps que cela est nécessaire. Les sociétés de discipline médicale participent à l'élaboration *d'indicateurs de qualité* pour la réadaptation.
d. La situation particulière de la *réadaptation pédiatrique* est prise en compte dans la structure tarifaire ST Reha.
e. Une *recherche concomitante* sera établie préalablement à l'introduction de la structure tarifaire ST Reha afin de détecter à temps les éventuelles distorsions de cette nouvelle structure tarifaire et de les corriger.

2. Rémunération adéquate des prestations

a. Les soins aigus somatiques, la réadaptation précoce et la réadaptation sont *clairement définis* et par là même délimités.
b. La structure tarifaire ST Reha couvre *tous les domaines de la médecine* et tous les cas de réadaptation.
c. Chaque cas particulier est reproduit *de manière adéquate* dans la structure tarifaire ST Reha qui prend également en compte la durée requise pour traiter chacun de ces cas.
d. La structure tarifaire est conçue de manière à ce que la rémunération soit axée sur les *capacités fonctionnelles, d'action et de participation* du patient.
e. La poursuite de concepts thérapeutiques onéreux pour les maladies chroniques est rémunérée de manière adéquate.
f. Une *réglementation particulière* est définie pour les patients *vulnérables et polymorbides* (cas impliquant des coûts de traitement élevés).
g. La différenciation et la précision de prestations médicales relevant de la réadaptation peuvent être introduites dans le système par le biais d'une *procédure annuelle de dépôt de propositions.*
h. Pour garantir un financement adéquat des *méthodes et dispositifs innovants,* une procédure rapide de dépôt de propositions propre aux innovations doit être établie. Les méthodes et dispositifs innovants doivent être rapidement intégrés dans le système.
i. Les *bilans de patients* déterminants pour le tarif sont établis à un rythme approprié en fonction du domaine d'indication. Ils servent à recenser les modifications pouvant avoir une incidence sur le tarif au cours de la réadaptation.
j. Avec la structure tarifaire de la réadaptation, on crée un système qui, contrairement au domaine des soins aigus somatiques, ne repose sur aucun système préexistant et qui, de ce fait, ne peut pas s'appuyer sur des expériences antérieures. Il est dès lors impératif d'introduire une *réglementation transitoire* de plusieurs années afin de prévenir d'éventuelles répercussions financières négatives lors de la phase d'introduction de cette structure tarifaire entièrement nouvelle.
k. Les prestations stationnaires et ambulatoires sont rémunérées sur la base des tarifs respectifs en vigueur. A cet égard, les *prestations ambulatoires fournies* pendant un séjour à l'hôpital (p. ex. pour la coordination du suivi médical) doivent pouvoir être également facturées.
l. La structure tarifaire tient compte des particularités de *toutes les régions* de Suisse.

3. Saisie facilitée des prestations et base de données fiable

a. Pour saisir les prestations fournies, des *méthodes simples d'utilisation et des outils appropriés* sont mis à disposition.
b. La *charge administrative* pour le patient, le médecin traitant et le personnel soignant reste dans des limites raisonnables.

Références

1 cf. Kool J, Wieser S, Brügger U, Dettling M. Entwicklung eines Patientenklassifikationssystems (PCS) für die Rehabilitation in der Schweiz. 2009. www.gesundheit.zhaw.ch/fileadmin/user_upload/gesundheit/forschung/institut_physiotherapie/090805b_PCS_Schlussbericht.pdf

2 Pour les patients neurologiques, l'autonomie dans les activités quotidiennes est évaluée, selon la clinique, à l'aide de la FIM (Functional Independence Measure) ou de l'EBI (Extended Barthel Index). Le score de cette autonomie est calculé sur la base des valeurs de la FIM et de l'EBI. Pour les patients de réadaptation musculosquelettique, l'autonomie est déterminée au moyen du HAQ (Health Assessment Questionnaire).

3 La polymorbidité est évaluée à l'aide de la CIRS (Cumulative Illness Rating Scale).

4 L'intensité de la douleur momentanée est mesurée sur une échelle de 0 à 10 (niveau 0: aucune douleur quelconque, niveau 10: douleur la plus forte imaginable par le patient).