

Introduction de forfaits journaliers liés aux prestations en réadaptation hospitalière

ST Reha 1.0: le nouveau système tarifaire pour la réadaptation hospitalière

Bruno Trezzini^a, Beatrix Meyer^b

^a Ph.D., expert, division Médecine et tarifs hospitaliers, FMH; ^b cheffe de la division Médecine et tarifs hospitaliers, FMH

Apportant une uniformité au niveau national, la structure tarifaire ST Reha version 1.0 devrait être introduite le 1^{er} janvier 2022. Basée sur des forfaits journaliers liés aux prestations, la nouvelle structure reprend les principaux points soulevés par la FMH. Il s'avère maintenant nécessaire d'élaborer un complément aux actuels codes CHOP spécifiques à la réadaptation pour cartographier tous les modèles de prise en charge en fonction des prestations.

Suite à une longue période de développement et après avoir surmonté de nombreux obstacles, le Conseil d'administration de SwissDRG SA a approuvé la version d'introduction de la structure tarifaire pour la réadaptation hospitalière. Sous réserve de l'approbation du Conseil fédéral, ST Reha 1.0 entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2022 [1]. Après l'introduction de SwissDRG en somatique aiguë en 2012 et de la structure tarifaire TARPSY pour la psychiatrie en 2018, les forfaits liés aux prestations seront donc désormais aussi appliqués en réadaptation, conformément aux exigences légales de l'article 49 de la LAMal. Depuis le début, la FMH et les sociétés de discipline concernées ont suivi de près le développement de ST Reha [2] et ont pu également

Le lien entre la structure tarifaire et la prestation devrait être encore amélioré sans entraîner un accroissement des tâches administratives.

commenter en détail la version d'introduction en décembre dernier. La collaboration avec les partenaires a permis d'éliminer en grande partie les trois réserves que les sociétés de discipline avaient exprimées à l'égard de ST Reha 1.0. Cet article décrit les caractéristiques les plus importantes de ST Reha 1.0 et souligne, du point de vue de la FMH, les grands axes de développement des futures versions de ST Reha.

Vers une tarification directement liée aux prestations

A l'origine, l'approche adoptée pour le développement de ST Reha consistait à rapporter les coûts aux prestations par voie indirecte. Il s'agissait de définir les limitations fonctionnelles en fonction du domaine de

prestations impliqué (neurologique, cardiovasculaire, pulmonaire ou autre) et de mesurer leur gravité [3]. La saisie directe de l'intensité du traitement n'était pas prévue. Cependant, le 1^{er} juin 2018, le Conseil d'administration de SwissDRG SA a décidé que le lien entre la structure tarifaire et les prestations représentées devait être direct et que ST Reha inclurait par ailleurs des codes provenant de la classification suisse des interventions chirurgicales CHOP [4].

Prestations de base et prestations supplémentaires clairement définies

La FMH et les sociétés de discipline ont collaboré, dès la phase préparatoire, à la définition des prestations de base et des prestations supplémentaires relatives à huit types de réadaptation [5]. Les prestations de base comprennent toutes les prestations minimales que chaque patient devrait recevoir dans le cadre d'une réadaptation de qualité. Des prestations supplémentaires peuvent s'y ajouter en fonction des indications et des besoins, afin de garantir un traitement adapté de manière optimale aux caractéristiques du patient [6]. Le vaste travail de la FMH et de ses sociétés de discipline a été largement intégré dans la CHOP, même si des compromis ont été nécessaires avec les partenaires de SwissDRG SA. Les codes CHOP BA.1 à BA.8, pour les prestations de base des huit types de réadaptation, ont ainsi été adjoints à la classification, de même que le code CHOP BB.1 pour les prestations supplémentaires selon l'indication [7]. Auparavant, les définitions des caractéristiques minimales des prestations thérapeutiques de base avaient parfois donné lieu à des malentendus. Des craintes ont été exprimées quant au fait que les modèles de prise en charge qui orientent prin-

cipalement la réadaptation vers les soins infirmiers, notamment pour les patients gériatriques, pourraient être exclus de ST Reha [8]. Or, ce n'est pas le cas. Une autre appréhension portait sur l'éventualité d'une réduction des prestations et d'une baisse de la qualité, dans le cas où d'importantes prestations thérapeutiques ne seraient plus remboursées, une fois les valeurs limites minimales dépassées. Cette question a été en partie résolue par la création du code CHOP BB.2 pour les prestations supplémentaires. Depuis le début de l'année 2021, il est ainsi possible de comptabiliser de

manière échelonnée les prestations thérapeutiques fournies au-delà des valeurs limites minimales.

Description sommaire de ST Reha 1.0

SwissDRG SA a élaboré la version 1.0 de ST Reha sur la base des données de prestations et de coûts provenant de 65 hôpitaux concernant l'année 2019 [9]. Au total, 59 585 cas plausibles ont été inclus dans le calcul, dont 72% appartiennent à la catégorie d'âge 65 ans et plus. Les cas individuels sont répartis en plusieurs groupes de coûts en réadaptation (RCG) à l'aide d'un algorithme de groupement (Grouper), qui prévoit les critères de séparation suivants: (1) prestations de base en réadaptation (codes BA); (2) codage par analogie des quatre domaines de prestations principaux (neurologique, cardiovasculaire, pulmonaire et autre [10]); (3) prestations supplémentaires en réadaptation (telles que le code BB.1 ou la réadaptation professionnelle); (4) indicateurs du degré de la limitation fonctionnelle cognitive ou motrice; (5) diagnostics de complication et (6) âge. ST Reha 1.0 comprend neuf RCG de base, qui sont chacun subdivisés en trois sous-groupes au maximum, et auxquels sont attribués différents *cost-weights journaliers* (CWJ, tab. 1). Les huit types de réadaptation sont représentés au moyen des premiers huit RCG de base; ainsi, à partir des codes CHOP BA.1 à BA.8 correspondant aux prestations de base, il est d'abord possible de rattacher un cas à l'un ou l'autre de ces huit RCG de base. Si aucun des codes BA.1 à BA.8 n'a pu être appliqué, le codage par analogie peut être utilisé afin d'attribuer le cas à l'un des huit RCG de base [11]. Enfin, le neuvième RCG de base (TR80) correspond à un groupe résiduel attribué aux autres cas non précisés (Réadaptation sans autre spécification).

La structure tarifaire Reha 0.1 se compose de 21 RCG au total. Comme les analyses de SwissDRG SA l'avaient déjà montré concernant la structure TARPSY, les forfaits journaliers s'avèrent plus adaptés à la tarification de la réadaptation hospitalière que les forfaits par cas. En règle générale, les *cost-weights journaliers* applicables sont constants sur l'ensemble d'une thérapie en réadaptation; ce n'est que dans le cas du RCG «Réadaptation psychosomatique» (TR18Z) que l'on peut distinguer plusieurs phases dont les coûts journaliers diminuent tandis que le séjour se prolonge (tab. 1). Le revenu des prestations de réadaptation fournies est finalement calculé en multipliant les *cost-weights journaliers* par le nombre de jours de séjour du patient et le prix de base négocié. Cependant, toutes les différences de coûts entre les hôpitaux ne peuvent pas être expliquées par la seule structure tarifaire; les différences salariales régionales ou les caractéristiques structu-

Tableau 1: Readaptation cost groups (RCG) et leurs cost-weights journaliers (CWJ).

RCG	Désignation RCG	CWJ
TR11 Réadaptation pour enfants et adolescents		
TR11A	Réadaptation pour enfants et adolescents, âge <19 ans, avec diagnostic de complication	1,962
TR11B	Réadaptation pour enfants et adolescents, âge <16 ans	1,752
TR11C	Réadaptation pour enfants et adolescents	1,173
TR13 Réadaptation neurologique		
TR13A	Réadaptation neurologique coûteuse avec diagnostic de complication ou avec charge supplémentaire élevée	1,348
TR13B	Réadaptation neurologique avec diagnostic de complication ou avec charge supplémentaire ou avec traitement particulier	1,114
TR13C	Réadaptation neurologique	1,007
TR14 Réadaptation en médecine interne ou oncologique		
TR14A	Réadaptation en médecine interne ou oncologique coûteuse avec diagnostic de complication	1,191
TR14B	Réadaptation en médecine interne ou oncologique avec limitation fonctionnelle particulière	1,045
TR14C	Réadaptation en médecine interne ou oncologique	0,982
TR15 Réadaptation gériatrique		
TR15A	Réadaptation gériatrique coûteuse avec diagnostic de complication ou avec traitement particulier	1,072
TR15B	Réadaptation gériatrique	0,973
TR16 Réadaptation musculo-squelettique		
TR16A	Réadaptation musculo-squelettique coûteuse avec diagnostic de complication ou avec traitement particulier	1,077
TR16B	Réadaptation musculo-squelettique avec limitation fonctionnelle particulière	0,933
TR16C	Réadaptation musculo-squelettique	0,898
TR17 Réadaptation pulmonaire		
TR17A	Réadaptation pulmonaire coûteuse avec capacités limitées ou avec diagnostic particulier ou avec traitement particulier	1,091
TR17B	Réadaptation pulmonaire	0,979
TR18 Réadaptation psychosomatique		
TR18Z	Réadaptation psychosomatique	1,302* 0,838** 0,630***
TR19 Réadaptation cardiaque		
TR19A	Réadaptation cardiaque coûteuse avec limitation fonctionnelle particulière	0,900
TR19B	Réadaptation cardiaque	0,782
TR80 Réadaptation sans autre indication		
TR80Z	Réadaptation sans autre indication	0,782
TR96 Impossible à grouper		
TR96Z	Impossible à grouper	-

* du 1^{er} au 3^e jour; ** du 4^e au 25^e jour; *** à partir du 26^e jour.

Source: SwissDRG SA. Catalogue RCG ST Reha 1.0/2022, 12.3.2021

(www.swissdrdg.ch → Réadaptation → Système ST Reha 1.0/2022 → Catalogue RCG).

relles spécifiques aux hôpitaux et aux cliniques, par exemple, ne sont pas prises en compte [12]. Il est également important de garder à l'esprit que certaines prestations, telles que les sorties d'essai dans le cadre de la thérapie, sont traitées différemment dans le nouveau système (à savoir que ces absences y sont comptées en tant que vacances) et donnent donc lieu à une rémunération plus faible que dans l'ancien système. Il convient donc de tenir compte de ces aspects lors du processus de négociation collective.

Les préoccupations importantes des sociétés de discipline ont été entendues

Le Grouper de ST Reha version 1.0 présente certaines lacunes qui pourraient entraîner des incitatifs négatifs, une dissolution du lien entre tarifs et prestations ou une augmentation des tâches administratives. C'est pourquoi, dans sa prise de position sur ST Reha 1.0, la FMH a soumis à SwissDRG SA diverses propositions de procédures et d'adaptations. Après diverses discussions entre les partenaires, les points importants pour la FMH et les sociétés de discipline concernées ont finalement été largement pris en considération dans la

ST Reha doit permettre de représenter et de rémunérer de manière appropriée les différents modèles de prise en charge.

suite du processus de consultation. SwissDRG SA a notamment procédé à une intervention normative servant à garantir que le *cost-weight journalier* du RCG résiduel TR80Z ne soit pas plus élevé que celui de chacun des autres RCG mieux spécifiés. En outre, le recours exceptionnel au codage par analogie pour suppléer aux codes CHOP spécifiques à la réadaptation ne sera autorisé que jusqu'au relevé des données 2024 au plus tard (données 2023). Ceci est important, car les codages par analogie ne comprennent pas de référence explicite aux prestations. Enfin, concernant les patients de moins de 19 ans ou de plus de 79 ans, ST Reha 1.0 a suscité la crainte d'une charge administrative supplémentaire, voire d'une perte de revenus. En effet, l'attribution, en fin de traitement, d'un RCG de base spécifique à ces patients peut s'écarter éventuellement du mandat de prestation de l'hôpital ou des conditions de l'octroi initial de la garantie de prise en charge des coûts [13]. Sur proposition de la FMH, qui lui en est reconnaissante, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a rédigé une lettre qui permet d'apaiser cette appréhension en clarifiant le contrôle cantonal des prestations sous ST Reha. La CDS souligne notamment que le contrôle des prestations

par les cantons ne doit pas être réalisé sur la base de la facturation, mais sur celle des prestations fournies.

Faire avancer la cartographie de la réadaptation axée sur les soins infirmiers

Parmi une série de priorités de développement pour les futures versions de ST Reha, que la FMH a compilées à l'intention de SwissDRG SA, trois seront mises en évidence ci-dessous: (1) le remplacement du codage analogique, (2) la création de rémunérations supplémentaires spécifiques à la réadaptation, p. ex. pour les médicaments coûteux, et (3) des mesures visant à améliorer la qualité des données [14]. Le codage par analogie affaiblit le lien requis entre la structure tarifaire et les prestations, et conduit à des incitatifs négatifs [15]. Il est donc important de remplacer le codage par analogie le plus rapidement possible. La FMH et ses sociétés de discipline estiment que le moyen le plus approprié d'y parvenir est de créer un code CHOP spécifique à la réadaptation axée sur les soins infirmiers. Cela permettrait de prendre en compte de manière adéquate à la fois les exigences d'une réadaptation de haute qualité et la réalité des différentes structures de soins. En revanche, la FMH et ses sociétés de discipline s'opposent fermement à une éventuelle baisse des caractéristiques minimales définissant actuellement les prestations thérapeutiques de base.

Propositions en cours de rémunérations supplémentaires spécifiques à la réadaptation

Les prestations figurant dans le catalogue des rémunérations supplémentaires pour les soins somatiques aigus [16] peuvent être facturées en plus du forfait ST Reha. Il s'agit, par exemple, de médicaments coûteux ou de procédures telles que la dialyse. Certaines de ces prestations sont fournies en dehors de l'hôpital. Quoiqu'il soit bienvenu que les rémunérations supplémentaires des soins somatiques aigus soient également valables dans le cadre de ST Reha 1.0, il convient toutefois d'examiner, en vue des futures versions de la structure tarifaire, quelles rémunérations supplémentaires spécifiques à la réadaptation devront y être ajoutées. A la suggestion des représentants des hôpitaux, l'organisation H+ a donc collecté des informations sur les médicaments chers auprès des cliniques de réadaptation. Cette année, dans le cadre de la procédure de demande [17], la FMH et ses sociétés de discipline soumettront, sur la base de ces données, les propositions qui prévoient la création de rémunérations supplémentaires et l'inscription sur la liste des médicaments/substances à relever dans la statistique médicale.

Améliorer la qualité des données

Selon SwissDRG SA, un peu plus d'un cinquième des cas fournis pour 2019 se sont révélés peu plausibles et ont dû être exclus des calculs. C'est pourquoi SwissDRG SA a déjà cherché le dialogue avec les cliniques et adopté des mesures pour l'amélioration de la qualité des données, telles que des tests de plausibilité et des examens de cas individuels. La FMH suggère en outre de dresser une liste concrète de mesures visant à améliorer la qualité des données. En ce qui concerne l'enregistrement des codes CHOP BA et BB, il est également important de s'assurer que les exigences minimales ont effectivement été respectées. Ici, la révision du codage revêt une importance capitale [18]. Pour simplifier le codage des prestations de base et des prestations supplémentaires en réadaptation ou l'enregistrement des codes CHOP BA et BB, la FMH met à disposition de ses membres des modèles de documentation [19]. Par ailleurs, les données concernant 2020 et 2021 sont susceptibles de différer de celles de 2019 en raison de la pandémie au coronavirus et des mesures mises en place par les autorités pour l'endiguer. Par conséquent, SwissDRG SA analysera dans quelle mesure les données de 2020 peuvent être utilisées pour le développement de la structure tarifaire, déterminera quels biais éventuels devront être pris en compte, et évaluera s'il faut envisager un ajustement afin de compenser l'impact de la pandémie.

L'autonomie tarifaire a fait ses preuves

ST Reha 1.0 renforce l'autonomie tarifaire et constitue un nouveau succès de la collaboration au sein du système de santé suisse en matière de partenariat tarifaire. En effet, ST Reha 1.0 représente un compromis à de nombreux égards. Néanmoins, à l'instar des systèmes de tarification liée aux prestations qui existent déjà pour la somatique aiguë et la psychiatrie, ST Reha 1.0 est également conçu comme un système adaptatif. Le fondement de ST Reha repose, entre autres, sur les prestations de base et les prestations supplémentaires qui sont décrites dans la classification CHOP pour un modèle de réadaptation basé sur la thérapie. Afin de rendre justice aux différents modèles de prise en charge qui existent en Suisse [20], il s'agira désormais de représenter également dans la CHOP la réadaptation axée sur les soins infirmiers. En collaboration avec les sociétés de discipline, la FMH continuera à s'impliquer activement dans le développement de ST Reha dans ce domaine-là.

Références et remarques

- SwissDRG SA. En réadaptation hospitalière, la nouvelle structure tarifaire ST Reha est prête à être introduite, 15.3.2021 (www.swissdrg.ch → Portrait → Conseil d'administration → Communication).
- Meyer B. Réadaptation en milieu hospitalier – Position de la FMH sur le développement de la structure tarifaire ST Reha. Bull Med Suisses. 2012;93(40):1449–50.
- Ingenpass P, Rohner B. Réadaptation hospitalière: forfaits journaliers liés aux prestations. Bull Med Suisses. 2015;96(18):634–5.
- SwissDRG SA. SwissDRG SA reporte l'introduction de la structure tarifaire pour la réadaptation stationnaire (ST Reha), 1.6.2018 (www.swissdrg.ch → Portrait → Conseil d'administration → Communication). Meyer B. ST Reha: changement de direction dans le développement du tarif. Bull Med Suisses. 2018;99(30–31):966–7.
- Réadaptation neurologique, psychosomatique, pulmonaire, cardiaque, musculo-squelettique, en médecine interne/oncologique, pédiatrique et gériatrique.
- www.fmh.ch → Thèmes → Tarifs hospitaliers → ST Reha
- Trezzini B, Meyer B. ST Reha: une étape supplémentaire est franchie. Bull Med Suisses. 2019;100(6):161–2.
- Plateforme-reha.ch. La réadaptation gériatrique en danger, 28.2.2020 (www.plateforme-reha.ch → Presse & Liens).
- SwissDRG SA. Diapositives de la présentation du système ST Reha, 14.12.2020 (www.swissdrg.ch → Réadaptation → Système ST Reha 1.0/2022 → Documents complémentaires).
- Pour le domaine de prestations «Autres limitations fonctionnelles», le diagnostic principal est également appliqué dans chaque cas.
- Par exemple, dans ST Reha 1.0, le RCG de base TR13 (Réadaptation neurologique) peut être attribué à un cas non seulement via le code CHOP BA.1 (Réadaptation neurologique), mais également via le codage du domaine de prestations «Neurologie» ou encore via le codage «Autres» en conjonction avec un diagnostic principal neurologique.
- SwissDRG SA. Représentation des différences de coûts dans la structure tarifaire ST Reha et conclusions pour les prix différenciés, 12.3.2021 (www.swissdrg.ch → Portrait → Conseil d'administration → Communication).
- Par exemple, pour une réadaptation musculo-squelettique chez un patient de 17 ans, le Grouper ne permettra pas l'attribution du RCG de base TR16 (Réadaptation musculo-squelettique), mais toujours du RCG de base TR11 (Réadaptation pour enfants et adolescents). Pour des patients de plus de 79 ans, l'attribution à un groupe peut être affectée, dans certaines constellations, par des divergences conceptuelles similaires.
- Les autres priorités de développement recommandées par la FMH sont les suivantes: (4) pour les RCG correspondant à un petit nombre de cas, l'utilisation des données issues de plusieurs relevés annuels, (5) la mise à disposition d'un serveur de données et d'informations concernant l'homogénéité des coûts des RCG, (6) la garantie d'un équilibre entre les dépenses et les revenus dans la documentation des prestations, (7) l'examen systématique des différents niveaux de dépenses supplémentaires afin de déterminer s'ils peuvent être employés pour le groupement en tant que séparateurs de coûts, (8) l'évaluation de la pertinence, en tant que séparateurs de coûts, de l'échelle CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) et de la présence secondaire de multiples diagnostics de complication, (9) la garantie d'une rémunération liée aux prestations en ce qui concerne les sorties d'essai à visée thérapeutique, y compris dans le cadre du nouveau système tarifaire, (10) l'évaluation de l'impact du changement de système lors du passage à ST Reha 1.0 et (11) la réglementation à long terme de la rémunération des cas en paraplégiologie et en réadaptation précoce.
- Pour les RCG de base subdivisés en plusieurs niveaux de consommation des ressources, la dissolution de la correspondance requise entre la structure tarifaire et les prestations affecte les niveaux B et C. Ceci n'affecte toutefois pas le niveau A, dont le cost-weight journalier est le plus élevé dans chaque RCG de base, puisque l'existence d'un code BA est une condition préalable nécessaire à l'attribution d'un cas à ce niveau de RCG.
- Le catalogue des rémunérations supplémentaires pour la somatique aiguë se trouve dans les annexes 2 et 3 du catalogue des forfaits par cas correspondant à la version actuelle de tarification SwissDRG (www.swissdrg.org).
- www.swissdrg.ch → Réadaptation → Procédure de demande
- www.swissdrg.ch → Réadaptation → Système ST Reha 1.0/2022 → Révision du codage
- www.fmh.ch → Thèmes → Tarifs hospitaliers → ST Reha
- Ces différences systématiques dans les modèles de prise en charge et leur lien avec la thématique de la réadaptation sont démontrés de manière pertinente dans une étude publiée récemment par l'Observatoire suisse de la santé: Füglistler-Dousse S, Pellegrini S. Hospitalisations dans la dernière année de vie. Comparaison entre maintien à domicile et séjour en EMS, Obsan Bulletin 04/2021. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.