

Les embûches des forfaits par cas

Autor(en): **Rothweiler, Jörg**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Parkinson : das Magazin von Parkinson Schweiz = le magazine de Parkinson Suisse = la rivista di Parkinson Svizzera**

Band (Jahr): - **(2011)**

Heft 104: **Brennpunkt : Rehabilitation bei Parkinson = Point chaud : la réadaptation en cas de Parkinson = Tema scottante : la riabilitazione nel Parkinson**

PDF erstellt am: **12.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-815456>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Les embûches des forfaits par cas

Le 1^{er} janvier 2012, le nouveau financement des hôpitaux adopté par le Parlement au mois de décembre 2007 entre en vigueur. Il instaure le nouveau système des forfaits par cas à l'échelon suisse, Swiss DRG. Ce dernier pourrait avoir des répercussions préjudiciables pour les patients parkinsoniens. Un résumé des principales innovations.

Il est une nouveauté que tout le monde devrait connaître : à partir du 1^{er} janvier 2012, les prestations stationnaires de nos hôpitaux seront remboursées conformément à un système unifié de forfaits par cas commun à toute la Suisse. De plus, selon certains critères tels que les diagnostics principaux et secondaires, les traitements et le degré de gravité de la maladie, chaque séjour hospitalier sera classé dans un groupe de cas correspondant (DRG = *Diagnosis Related Groups*; en français: groupes casuistiques) et remboursé de manière forfaitaire. Pour ce faire, les quelque 1000 groupes de cas différents seront mis en relation par le biais de « coûts relatifs ». La multiplication du coût relatif par un tarif de base permet d'obtenir le forfait par cas relatif à la prestation pour chaque DRG. Swiss DRG SA, une société anonyme d'utilité publique fondée en 2008 au sein de laquelle œuvrent des prestataires, des assureurs et les cantons, est responsable de l'élaboration, de l'adaptation et du maintien du système suisse de forfaits par cas.

Au juste, pourquoi des forfaits par cas ?

Les nouveaux DRG ont pour objectif de créer davantage de transparence en matière de traitements, de permettre un remboursement des hôpitaux et des cliniques selon la prestation et d'améliorer l'efficacité des soins hospitaliers. Par ailleurs, à l'avenir les hôpitaux ne seront plus financés en tant qu'institutions, mais en fonction de leurs prestations pour les patients. Ils ne seront plus payés pour chaque étape du traitement (comme avec TARMED) ou pour la durée d'un traitement (forfaits journaliers), mais ils recevront un certain montant pour un traitement dans son ensemble, par exemple pour une appendicectomie ou une évacuation des calculs biliaires. Les tarifs ne dépendent pas des frais de l'hôpital, mais visent une réalisation efficace des traitements ; les prestations peuvent ainsi être comparées sur le plan qualitatif.

Grâce à cette comparabilité, l'État fédéral souhaite assurer l'équité : les prestations similaires seront remboursées de la même manière, le remboursement cantonal hété-

roclite doit appartenir au passé. Ainsi, les hôpitaux doivent être incités à exploiter les potentiels d'économie existants, à optimiser les procédures et à travailler de manière homogène, ce qui doit également permettre de simplifier la planification hospitalière supra-cantonale. En outre, grâce à ce nouveau système l'État fédéral souhaite favoriser l'émulation dans un objectif qualitatif entre les prestataires de services, qui à long terme doit permettre aux patients de bénéficier de meilleurs soins.

Devoirs pour les cantons

Les efforts que doivent produire les cantons sont importants. Le principal d'entre eux : les nouvelles listes cantonales d'hôpitaux devront s'organiser principalement selon des critères de qualité et d'efficacité. En effet, le nouveau financement des hôpitaux oblige les cantons à verser à l'ensemble des hôpitaux publics et privés de la liste leur part cantonale des traitements médicaux des patients traités dans ces établissements. Une nouvelle quote-part de participation entre également en scène : les cantons doivent assumer au moins 55%, les assurances maladies au moins 45% des coûts.

Toutefois, les cantons bénéficient également d'avantages. Alors que, dans le cadre du régime actuel de forfaits de service ou journaliers, ils doivent financer à l'aide des seuls revenus des taxes les investissements dans les hôpitaux et cliniques publics et subventionnés par les pouvoirs publics parallèlement à la formation initiale et continue des professions non universitaires, à l'avenir ces dépenses conséquentes seront couvertes par les prix des hôpitaux. En d'autres termes : les coûts des tables d'opération, des appareils, des médicaments et de l'immobilier seront inclus dans les tarifs des interventions chirurgicales, des traitements et des soins stationnaires dans les hôpitaux et les cliniques.

Le besoin d'une remise en cause critique

Tout cela semble sage, mais la vigilance s'impose. En effet, les expériences des forfaits par cas menées à l'étranger montrent que ce système a également des inconvénients, notamment pour les patients atteints de maladies chroniques.

Certes, les acteurs de la Swiss DRG SA répètent comme une litanie que « dans l'introduction des forfaits par cas, le bien des patients est au centre des préoccupations et comme par le passé, seuls les spécialistes de la santé décideront de la nécessité des interventions médicales ». Cependant, le citoyen responsable n'a que trop été habitué à de tels lieux communs par la politique. Qui d'autre que les spécialistes devrait décider de la nécessité et de la nature d'un traitement médical ? Un politicien ? Un statisticien ? Les responsables de cas des caisses d'assurance-maladie ?

C'est évident : les forfaits par cas sont censés réduire les coûts. Il n'est pas moins évident que tout plan d'austérité a ses perdants ! Dans le cas du nouveau finance-

« Tout plan d'austérité a ses perdants – bien souvent, il s'agit des patients atteints de maladies chroniques ! »

ment des hôpitaux, il pourrait s'agir en particulier des patients atteints de maladies chroniques. En effet, aucun autre groupe ne peut permettre de réaliser davantage d'économies que les individus qui doivent régulièrement recourir à une assistance médicale – notamment quand ils souffrent d'une maladie en permanente évolution comme le Parkinson. Une appendicectomie peut représenter une « situation standard » dans le quotidien hospitalier – en revanche, un traitement antiparkinsonien stationnaire efficace, par exemple dans le cadre d'une nouvelle tentative de traitement médicamenteux, pas du tout !

La maladie de Parkinson n'est pas une situation standard !

On peut donc douter que les groupes de cas constitués par la Swiss DRG SA illustrent réellement les problèmes médicaux des par-



À l'avenir les hôpitaux ne seront plus payés pour chaque étape du traitement ou pour la durée d'un traitement, mais ils recevront un certain montant pour un traitement dans son ensemble.

kinsoniens. En effet, l'idée fondamentale de répartition des patients dans des groupes de cas standardisés contredit l'individualité marquée des symptômes du Parkinson. Il est tout bonnement illogique de mettre dans le même panier des patients présentant des symptômes pathologiques aussi multiples et dont le degré de gravité est aussi variable ! Nombre de spécialistes doutent également que les groupes de cas permettent de prendre en compte correctement l'évolution du Parkinson. Cependant, c'est précisément ce qui s'avère indispensable. Enfin (les parkinsoniens et les médecins sont bien placés pour le savoir), le traitement du Parkinson avancé est considérablement plus difficile et chronophage que le traitement des patients qui ne souffrent de la maladie que depuis quelques années. Il est légitime de douter que les syndromes parkinsoniens extrêmement complexes, atypiques, tels que l'atrophie multisystématisée (AMS) puissent être représentés correctement au sein des DRG.

Les spécialistes craignent donc que le système de DRG ait des répercussions négatives pour les patients parkinsoniens. Parkinson Suisse, en collaboration avec les spécialistes du comité consultatif spécialisé, va surveiller de près le développement des Swiss DRG et intervenir le cas échéant.

Ce qui nous remonte un peu le moral : au moins, les responsables suisses connaissent la complexité de la question, ils ont pu tirer

les leçons des expériences de forfaits par cas menées à l'étranger. Ainsi, dès le départ ils donnent un coup d'arrêt aux directions des hôpitaux trop ambitieuses : l'attrait économique d'une sortie prématurée est neutralisé, car les hôpitaux subissent une réduction de leur forfait par cas si un patient séjourne moins longtemps à l'hôpital que le requiert habituellement sa maladie. Par ailleurs, les hôpitaux ne reçoivent aucun forfait par cas supplémentaire si un patient doit, dans un certain délai, être hospitalisé pour la même maladie ou en raison de complications. Naturellement, les tableaux cliniques pour lesquels une réadmission régulière est justifiée sur le plan médical sont exclus.

En outre, du moins c'est ce qu'affirment les autorités compétentes, le système suisse des DRG sera « évolutif ». Les groupes de cas et les structures tarifaires seront sous surveillance constante et adaptés aux situations effectives à l'aide des retours des hôpitaux et des spécialistes. À cet égard, Parkinson Suisse restera vigilante et rappellera cet engagement aux responsables, dans la mesure où cela s'avère nécessaire pour le traitement antiparkinsonien !

L'affectation en réadaptation sera-t-elle plus simple ?

Les expériences menées à l'étranger montrent que consécutivement à l'introduction des forfaits par cas, davantage de traite-

ments ont été réalisés de manière ambulatoire et que les patients ont quitté l'hôpital plus tôt pour être transférés dans des centres de réadaptation et des maisons de soins. La Swiss DRG SA explique que ce développement est « souhaité et en règle générale, également judicieux sur le plan médical. Les forfaits par cas encouragent la collaboration entre différents prestataires de services et limitent les doublons dans le traitement ».

Cependant, reste à savoir si à l'avenir en effet, les parkinsoniens bénéficieront également d'affectations plus simples dans les centres de réadaptation adéquats – et quelles mesures d'austérité dans ce domaine nous attendent encore dans un futur proche.

En effet, « MTH Reha CTM » développe, depuis un certain temps déjà, sous l'égide de la Swiss DRG AG, un système tarifaire national unifié pour la réadaptation stationnaire. Ce système correspond dans les grandes lignes au système tarifaire de la SwissDRG pour les hôpitaux de soins aigus. Il ne prévoit cependant pas des forfaits par cas, mais des forfaits journaliers liés à la prestation. Le système de classification des patients PCS Reha, à trois ou quatre niveaux tarifaires, existe aujourd'hui pour la réadaptation neurologique et musculo-squelettique. Il doit encore être développé pour les autres domaines de la réadaptation et devrait, selon les prévisions, entrer en vigueur dès 2015. jro