

## Position de la FMH au sujet de SwissDRG

Version 2.0, 10 septembre 2009

Le document ci-après présente les exigences consolidées de la FMH face au système SwissDRG. Il a été mis au point par le groupe de travail SwissDRG de la FMH.

Afin que cette prise de position soit toujours d'actualité et tienne compte de l'évolution des conditions générales, elle sera régulièrement contrôlée et adaptée si nécessaire. Les versions seront numérotées successivement. La version valable sera toujours la dernière en date, publiée dans l'internet sous: [www.fmh.ch](http://www.fmh.ch) → Tarifs → SwissDRG → Position de la FMH.

La présente (deuxième) version a été approuvée en août 2009 par le Comité central de la FMH et en septembre 2009 par l'Assemblée des délégués.

### 1. Promotion de la qualité et garantie de la liberté thérapeutique

- a. Le système de rémunération et ses conditions générales doivent favoriser *la qualité et l'efficacité* des prestations (économité). La *qualité des soins* ne doit pas se détériorer; elle doit au minimum être maintenue. Il convient d'instituer des recherches sur la couverture médicale déjà avant l'introduction du système SwissDRG.
- b. La *liberté thérapeutique* doit être maintenue en tenant compte des critères EAE (efficacité, adéquation, économie).
- c. D'éventuelles *procédures thérapeutiques* doivent être définies en collaboration avec les sociétés de discipline médicale concernées.
- d. Un médecin ne doit pas être contraint d'utiliser, en vertu du système DRG, du matériel, des médicaments ou des processus thérapeutiques meilleur marché mais moins appropriés. Si cela devait malgré tout être le cas, il *ne pourra pas être rendu responsable des complications* qui en résulteraient.
- e. *L'indépendance* face à l'industrie doit être maintenue.
- f. La *protection des données* et la sauvegarde du secret médical doivent être garanties. Il faut définir quelles données peuvent/doivent être transmises aux assureurs.
- g. Pour que le *contrôle de la qualité* soit approprié, il doit porter sur les réhospitalisations, les complications en relation avec la durée de traitement et les transferts. Des mesures adéquates doivent être prises pour empêcher les réhospitalisations et les complications dues à une sortie d'hôpital prématurée. Les transferts d'hôpitaux régionaux vers les hôpitaux centraux doivent être évités lorsqu'ils ne peuvent pas être justifiés sur le plan médical.

## 2. Couverture des coûts hospitaliers

- a. Il faut garantir la *couverture des coûts effectifs de diagnostic et de traitement d'une hospitalisation* en concevant un système de rémunération transparent.
- b. Il faut garantir la couverture des coûts également pour les *réserves de capacités* qui ne sont pas imputées aux patients.
- c. Les *prestations médicales* doivent être attestées de manière séparée.
- d. Les médecins indépendants doivent être indemnisés de manière séparée.
- e. Il faut garantir le financement de la formation postgraduée des médecins-assistants et des médecins chefs de clinique.
- f. La psychiatrie, la réadaptation et la gériatrie doivent être indemnisées par des modèles de rémunération adaptés aux prestations et praticables, si nécessaire en-dehors du système Swiss-DRG.
- g. *Des demandes d'indemnisation individuelle* ou de *rémunération complémentaire* doivent être *présentées* en cas de prestations insuffisamment payées (thérapies onéreuses, médecine intensive, cliniques pédiatriques, médicaments chers, implants, urgences, etc.) et une procédure spéciale doit être prévue pour les propositions visant des innovations. Des rémunérations complémentaires doivent être possibles. Des modèles d'indemnisation individuelle sont en particulier nécessaires lorsqu'en Suisse, le volume à l'intérieur d'un groupe DRG est trop petit ou que les différences de coûts à l'intérieur d'un groupe DRG sont trop élevées. A cet effet, il faut répertorier les médicaments, le matériel et les prestations qui donnent droit à une indemnisation supplémentaire. La procédure (spéciale) pour le dépôt de propositions doit être conçue de manière à ce que les prestations et innovations dont il est insuffisamment tenu compte soient intégrées le plus rapidement possible dans le système SwissDRG. Pour les nouvelles méthodes d'examen et de traitement, on doit pouvoir proposer des possibilités d'indemnisation à l'extérieur du système DRG.
- h. Le *règlement concernant les cas extrêmes* («outlier») doit être conçu de façon à indemniser ces derniers autant que possible en fonction des prestations fournies. Il faut envisager l'introduction d'une réglementation des cas extrêmes fondée sur les coûts. Il convient en outre de prêter attention à l'indemnisation des cas extrêmes induits par le contexte social (c'est-à-dire des patients qui ne peuvent pas rentrer chez eux ou être transférés en temps utile dans des établissements médico-sociaux ou dans des centres de réadaptation par manque de place ou pour des raisons liées à l'entourage social).
- i. Il convient d'aspirer à une *homogénéité élevée des groupes DRG* sur le plan médical et économique.

## 3. Saisie transparente des prestations et simplification du processus administratif

- a. La *saisie des données* doit être la plus *simple* possible et ne pas entraver les processus de travail. Les informations nécessaires à la rémunération doivent être obtenues à partir des processus en cours.
- b. La codification et la révision des codes doivent être uniformisées sur le plan suisse. Il convient de désigner à cet effet un secrétariat suisse de codification de façon à pouvoir effectuer rapidement les adaptations CHOP et mettre des manuels de codage clairement structurés suffisamment tôt à disposition.
- c. Les prestations doivent être attestées de manière aussi *transparente* que possible. Toutefois, les détails ne doivent être indiqués que dans la mesure où ils sont nécessaires et judicieux pour garantir une *comptabilité analytique par unités finales d'imputations* qui soit pertinente.

Les prestations médicales, les soins, les médicaments, les implants, l'infrastructure, etc. doivent pouvoir être attestés pour chaque cas.

- d. Au moment de la mise en œuvre du nouveau système d'indemnisation, *des ressources en personnel et des outils informatiques suffisamment développés et faciles à employer* devront être à disposition. La *responsabilité* de la codification incombera aux *médecins* formés à cet effet. Les médecins s'engageront dans les travaux de codification et de saisie des prestations, mais ils demandent à être indemnisés pour ce travail.

#### **4. Mesures lors de transferts du secteur hospitalier vers le secteur ambulatoire et vice-versa**

- a. Le secteur *ambulatoire* doit être clairement délimité du secteur *hospitalier* par une définition judicieuse. Un règlement tarifaire et financier est à prévoir pour les prestations qui peuvent être réalisées de manière ambulatoire mais ont besoin d'une infrastructure hospitalière (clinique de jour).
- b. La décision de prodiguer un traitement en ambulatoire ou en hospitalier stationnaire doit être prise principalement d'après des *critères médicaux* tout en tenant compte des critères EAE.
- c. Il faut empêcher que des déplacements du secteur ambulatoire au secteur hospitalier et inversement ne se produisent sur la base de fausses incitations financières.
- d. Lors d'un report éventuel de prestations hospitalières vers le domaine ambulatoire, il faut garantir que ce *transfert ne soit pas* identifié comme représentant une *extension des prestations*.