



ETAT DE VAUD

Département de la santé et de l'action sociale

Hospices cantonaux - CHUV

Office des finances

Rue du Bugnon 21 - 1005 Lausanne



Bois de Cery - 1008 Prilly

« Facturation par APDRG »

Patients hospitalisés

Valable dès le 1.1.2005

Etude pour les besoins informatiques de facturation par APDRG

F. Bisinger

C.- A. Vogel

***(Catégorie « hospitalisation » selon OCP – Ordonnance fédérale sur calcul des coûts
et le Classement des Prestations par les hôpitaux du 3 juillet 2002)***

Version : 6.2b

Basée sur TAR APDRG 2004

31.01.2005

Publication du document

Disponible dans sa dernière version sur le site internet de l'Institut ISE (Institut de Santé et d'Economie à Ecublens-Lausanne). Pages APDRG Suisse → Site APDRG Suisse → Accès membres Document édité langue française uniquement.	www.isesuisse.ch www.apdrgsuisse.ch Deutsche übersetzung : Die Autoren stehen zu Verfügung für allfällige übersetzung.
---	---

Gestion du document

Date du document 31.01.2005b Date de création v 1.0 21.12.2000	Version 6.2b
Auteur (s) : F. Bisinger bisinger@bisinger.ch C.-A. Vogel charles.vogel@chuv.ch	

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION	5
	<i>Remarques importantes</i>	5
	<i>Périmètre de l'analyse</i>	6
	<i>Projets hors informatique liés à l'introduction des APDRG</i>	6
2	NOTIONS DE BASE / DÉFINITIONS / APPLICATION DES APDRG	7
	<i>APDRG</i>	7
	<i>Swiss Payment Groups (SPG)</i>	8
	<i>Costweight (CW)</i>	8
	<i>Major Diagnostic Categories (MDC)</i>	9
	<i>Durée du séjour</i>	9
	<i>Outliers</i>	10
	<i>Notion de réseau d'hôpitaux ou de multisite</i>	13
	<i>Domaines d'application des APDRG</i>	13
	<i>Admission et Sortie</i>	14
	<i>Hospitalisation (H) selon l'OCP</i>	15
	<i>Groupeur en APDRG</i>	16
3	ATTRIBUTION DES APDRG	17
	<i>Critères pour le codage et l'attribution d'un APDRG</i>	17
	<i>Codage et attribution de l'APDRG après la sortie</i>	18
	<i>Logiciels d'aide au codage</i>	18
	<i>Validation du code APDRG</i>	19
	<i>Modification de l'APDRG avant sa validation : APDRG erroné</i>	20
	<i>Modification de l'APDRG avant sa validation : disposition informatique</i>	20
	<i>Modification manuelle de l'APDRG avant sa validation : APDRG « non explicite »</i>	21
	<i>Modification de l'APDRG par le module de facturation avant validation</i>	22
	<i>Facture refusée ou erronée - annulation du code APDRG/SPG</i>	23
	<i>Contenu de la facture APDRG/SPG</i>	24
	<i>Facturation électronique selon XML</i>	24
	<i>Statistiques</i>	26
	<i>Devis – Estimation financière</i>	27
	<i>Prélèvement d'organes</i>	27
4	NOMBRE DE POINTS / VALEURS DE POINT / CONVENTIONS	28
	<i>APDRG : cas standard</i>	28
	<i>Nombre de points APDRG (CW)</i>	29
	<i>Valeur(s) du point</i>	29
	<i>Conventions situation vaudoise</i>	30
5	RÈGLES PARTICULIÈRES APDRG AVEC INFLUENCE SUR L'INFORMATIQUE	32
	<i>Modification de la cause d'hospitalisation au cours du même séjour</i>	32
	<i>Réhospitalisation</i>	34
	<i>Congés</i>	35
	<i>Transfert le premier jour dans un autre hôpital</i>	36

<i>Transfert dès le deuxième jour dans un autre hôpital de soins aigus</i>	38
<i>Décès le premier jour à l'hôpital</i>	39
<i>Séjour sur deux exercices comptables</i>	40
<i>Urgences</i>	41
<i>APDRG « non explicites »</i>	43
<i>Passage de cas A en cas B ou de B en A</i>	44
<i>Passage de cas A en cas C</i>	44
<i>Outliers</i>	44
<i>APDRG (SPG) attribués par le module de facturation</i>	45
<i>Confidentialité du code APDRG</i>	46
<i>Autres règles liées à la facturation par APDRG</i>	47
6 TERMINOLOGIE	48
7 ANNEXES	49

1 Introduction

L'introduction de la facturation par APDRG s'est réalisée le 1^{er} janvier 2002 dans tous les établissements hospitaliers d'intérêt public du Canton de Vaud. Il s'agissait du premier canton de Suisse à introduire à grande échelle ce nouveau mode de facturation et de financement des séjours hospitaliers en soins aigus somatiques.

Les Hospices Cantonaux Vaudois / CHUV et la Fédération des Hôpitaux Vaudois (FHV) ont mis en commun leurs compétences pour la réalisation de cette étude dont le but était de déterminer les besoins informatiques pour la « Facturation par APDRG » et l'organisation y relative.

La présente étude, réalisée avec la participation des responsables informatiques des Hospices et de la FHV (ADIES) concernés est destinée aux fournisseurs informatiques des logiciels de facturation, ainsi qu'aux services de facturation des établissements désirant intégrer la facturation par APDRG.

- **Ce document se base sur les travaux du groupe TAR-APDRG** qui publie chaque année une version de son document « TAR-APDRG - Principes et règles de facturation ».

Le document **TAR-APDRG** fait foi en tous les cas. Il est disponible sur le site internet APDRG Suisse, en accès réservé pour les membres d'APDRG Suisse : www.apdrgsuisse.ch

Remarques importantes

Cette étude est remise « à bien plaisir » à tout établissement hospitalier intéressé au passage à la facturation par APDRG.

Il est fortement conseillé aux responsables administratifs, de facturation et de l'informatique de chaque établissement concerné, de passer en revue très précisément et complètement chaque élément présenté dans ce document.

Chaque élément présenté ici peut être totalement nouveau par rapport à la situation antérieure à la facturation par APDRG et/ou avoir une influence conséquente sur l'organisation interne de l'établissement ou du multisite.

Pour les modules de facturation, la majorité des éléments présentés ici doivent se traduire par leur contrepartie logicielle, existante ou à créer. En particulier, tout ce qui est lié au groupeur 3M (« input et output fields ») ne peut souffrir **d'aucun accommodement**.

Un effort important au niveau informatique et organisation est requis afin de minimiser les risques d'erreurs et de permettre une ergonomie d'utilisation maximale, pour des sommes en jeu au niveau de la facturation assez importantes.

Périmètre de l'analyse

Cette étude part du principe que le codage des diagnostics et interventions relatifs aux séjours à facturer par APDRG a été réalisé correctement et qu'un APDRG a été attribué correctement à chaque hospitalisation à l'aide du groupeur 3M, par du personnel qualifié et formé pour ce travail de codage médical.

La **facturation par APDRG** exploite l'APDRG pour l'émission de la facture et tient à disposition les données nécessaires à la comptabilité et au traitement statistique.

Les règles et procédures de codage, ainsi que l'utilisation des outils permettant l'attribution d'un APDRG ne sont pas présentés dans ce document.

Il en est de même pour les notions de comptabilité analytique, de traitement statistique des données et de l'analyse de la problématique de financement liée aux APDRG.

Ce document doit pouvoir schématiser d'une façon très synthétisée les éléments qui influencent la facturation et avec ceci les logiciels informatiques.

Il existe un ensemble de littérature très vaste qui a servi pour la rédaction de ce document et où sont traités les détails.

Une bonne partie de cette littérature est à trouver sur le site internet APDRG Suisse : www.apdrgsuisse.ch

Projets hors informatique liés à l'introduction des APDRG

Type / nom du projet
Définition des principes de facturation - directives administratives
Négociation des conventions avec les payeurs
- Calcul des valeurs de point - Financement par APDRG (effet du passage en APDRG sur le budget)
Effet sur les honoraires des médecins
Traitement statistique – aspects analytiques
- Codage et qualité du codage - Formation des personnes réalisation le codage - Flux des dossiers médicaux à l'intérieur de l'hôpital et rapidité de mise à disposition
Formation des « facturistes » de chaque département/établissement
- Information du personnel médical, infirmier et administratif - Information de personnel des assureurs qui recevront les factures en APDRG
... .. (liste non exhaustive)

2 Notions de base / Définitions /

Application des APDRG

APDRG

APDRG est une abréviation de termes en langue anglaise et signifie « All Patients Diagnosis Related Groups ».

Un APDRG est attribué à une hospitalisation sur la base de plusieurs critères, parmi lesquels figure en premier lieu les diagnostics des affections pour lesquelles le patient a été admis et les interventions qui ont été effectuées durant son séjour.

Le coût d'un APDRG s'exprime en « **nombre de points** » également appelé « **costweight** » (CW). La « valeur du point » permettra d'obtenir un montant en Francs comprenant la totalité des éléments à facturer à l'assureur (y compris l'entier des honoraires des médecins quelle que soit la catégorie de patient).

Types de séjours concernés pour facturation en APDRG :

Tous séjours en soins aigus (A) somatiques, catégorie HOSPITALISATION (LAMal, LAA / AI / AMF + non conventionnés)

La catégorie « **Hospitalisation** » (H) **est définie par les règles de l'OCP** (Ordonnance sur calcul des coûts et le Classement des Prestations par les hôpitaux du 3 juillet 2002 – voir Annexes). Les critères de l'OCP sont explicités en page 16 « Hospitalisation ».

Patients hospitalisés (H) :

Chaque hospitalisation est classée dans un APDRG auquel correspondent les différentes valeurs suivantes :

- Costweight H (CWH), en nombre de points pour patients H
- Average Length of Stay (ALOS) = durée moyenne de séjour en jours (Ex : 4.1 J)
- Une borne inférieure et deux bornes supérieures (Trim Points) de durée de séjour (LTP et HTP1 / HTP2), en jours entiers

Au-delà de la première borne supérieure et en-dessous de la borne inférieure, l'hospitalisation est considérée comme « **outlier** » ou « cas extrême ».

Un « **inlier** » est une hospitalisation dont la durée est comprise entre les bornes inférieures et supérieures ou égale à l'une de celles-ci.

La notion d'urgence et les coûts inhérents à une telle prise en charge est comprise dans les APDRG eux-mêmes, il n'y a pas d'APDRG différent pour admission en urgence.

Impact sur l'informatique (module de facturation) :

Une table OFFICIELLE « **Liste des APDRG et de leurs valeurs relatives – cost-weights** » est à intégrer dans le logiciel de facturation (comprenant aussi les SPG).

Les données qu'elle contient ne sont pas obtenues par le groupeur 3M.

- Table « MDC / DRG / Libellé / CW / ALOS / LTP / HTP1 / HTP2 »

La version de cette liste change généralement pour le début de chaque année.

Voir Annexes.

Swiss Payment Groups (SPG)

Les SPG sont des groupes analogues aux APDRG. Ils ont été créés pour les besoins de la facturation dans les hôpitaux suisses et concernent les hospitalisations durant lesquelles :

- Le patient est décédé moins de 24,00 heures après son admission
- Le patient a été transféré dans un autre établissement de soins aigus moins de 24,00 heures après son admission
- Un défibrillateur cardiaque automatique a été implanté
- Une greffe de moelle a été effectuée
- Un nouveau-né est décédé moins de 24,00 heures après sa naissance sans transfert hors périmètre de la salle d'accouchement

Le classement dans un SPG n'est pas opéré par le groupeur APDRG, mais par un logiciel complémentaire qui peut être téléchargé gratuitement à partir du site internet APDRG Suisse : www.apdrgsuisse.ch

En outre, le classement des hospitalisations dans les SPG nécessite des données qui ne sont pas comprises dans la statistique médicale des hôpitaux.

Les critères définissant les SPG figurent également dans le document du groupe TAR-APDRG. Ce document « **TAR-APDRG - Principes et règles de facturation** » est disponible à l'adresse internet mentionnée ci-dessus.

Les SPG n'ont été introduits qu'à partir de l'an 2001. C'est pourquoi ils n'apparaissent pas dans certaines statistiques hospitalières.

Costweight (CW)

Coût moyen des hospitalisations correspondant à un APDRG donné / coût moyen de toutes les hospitalisations.

Les costweights (CW) sont aussi utilisés à des buts analytiques.

A chaque APDRG (et SPG) correspond un costweight.

Les CW sont exprimés en nombre de points.

Le CW contient également dans tous les cas **tout** le matériel, les implants et les médicaments utilisés (quelque soit leur prix). Le système de prestations spéciales facturées en sus est abandonné (inclus dans le calcul du CW). L'APDRG (donc le CW) peut être différent selon la présence ou non de certains implants (voir Chapitre 5).

Le CW représente une moyenne du coût **total** de chaque type de cas. Sur le nombre de cas, l'exercice est neutre pour l'établissement.

Impact sur l'informatique (module de facturation) :

Format CW ou nombre de points : 12,345 (3 chiffres après la virgule).

Voir input/output fields du groupeur 3M dans documents remis par la société 3M.

Major Diagnostic Categories (MDC)

Les APDRG sont regroupés par catégories MDC.

Les MDC sont des ensembles d'APDRG concernant des affections similaires.

Chaque APDRG appartient en règle générale à un seul MDC.

Certaines règles s'appliquent à tous les APDRG d'une ou de plusieurs catégories MDC.

Libellés et protection des données :

Chaque MDC a un libellé, comme chaque APDRG lui-même a son propre libellé.

Pour des raisons de **protection des données**, on ne publie pas sur les factures les libellés des APDRG ni des MDC.

Durée du séjour

La durée du séjour se gère de la manière suivante :

- Entrée : jour, heure et minute
- Sortie : jour, heure et minute

Tous les jours comptent (sauf journées de congés), **y compris le dernier jour**, indépendamment du fait que le patient va être transféré ou non.

La durée se calcule :

- En heures pleines entamées (1 minute = 1 heure) : (1h et 30m = 2h)
- En jours pleins entamés (1 heure sur la journée civile = 1 jour décompté)

Pour la durée en **jours**, la règle **OFS** s'applique :

Durée = date de sortie – date d'entrée + 1

Impact sur l'informatique (module de facturation) :

- Exiger la saisie du jour, heure et minute à l'entrée et à la sortie (champs obligatoires). Ces informations sont modifiables (si erreur) jusqu'à l'émission de la facture
- Calcul de la durée en **heures** et en **jours** pleins entamés
- Les **jours** de congé sont à déduire (déduits en **jours** pleins entiers, voir Chapitre 5)
- La durée du séjour en **jours** est utilisée pour calculer un éventuel supplément pour outlier
- La durée du séjour en **jours** est utilisée en outre pour contribuer à attribuer, hors grouper, des APDRG de décès le premier jour et de transfert le premier jour

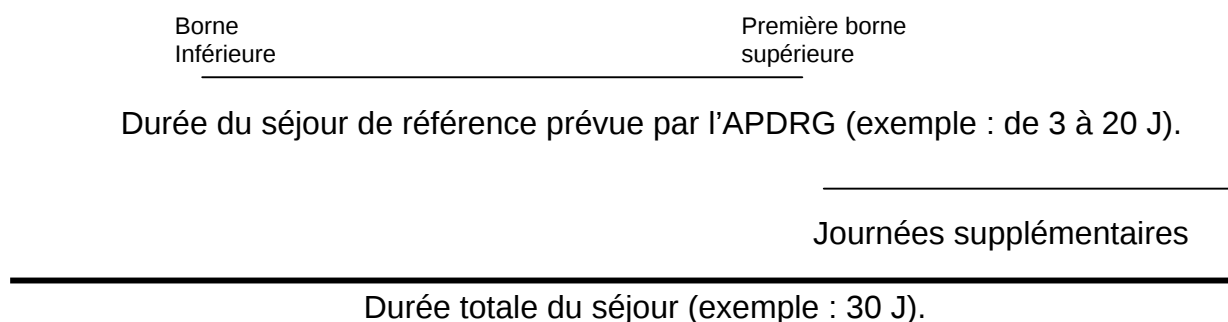
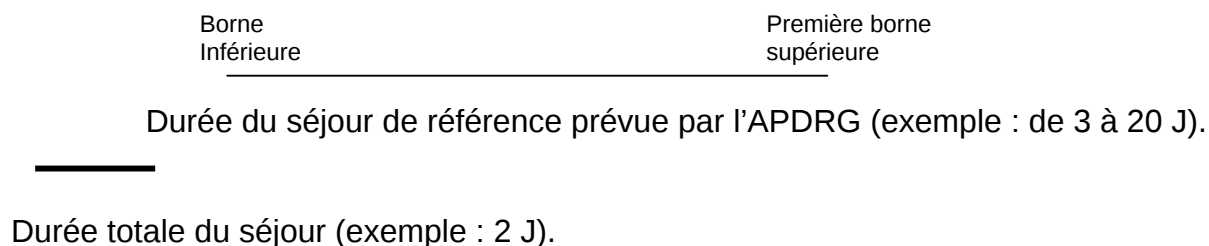
Facture : Séjour H = durée en jours pleins entamés.

Outliers

Une hospitalisation « **outlier court** » ou « **low outlier** » est une hospitalisation de durée plus courte que la borne inférieure définie pour l'APDRG qui a été attribué à l'hospitalisation.

Un « **outlier long** » ou « **high outlier** » est une hospitalisation de durée plus longue que la première borne supérieure définie pour l'APDRG qui a été attribué à l'hospitalisation.

Les jours de congé (jours pleins, voir paragraphe Congés Chapitre 5) ne sont pas pris en compte pour la valorisation du nombre de jours de l'APDRG.

Schéma d'un outlier long :**Schéma d'un outlier court :****Remarque :**

Il est prévu que chaque Hôpital remette une statistique de ses cas « outliers » (liste de cas pour chaque APDRG), afin que tous les partenaires payeurs puissent comparer les établissements entre eux.

Calcul du CW particulier pour les outliers :

Définitions :

CW = costweight de l'APDRG dans lequel l'hospitalisation est classée ;

ALOS = durée moyenne de séjour de l'APDRG dans lequel l'hospitalisation est classée ;

LOS = durée réelle de l'hospitalisation concernée ;

LTP = Borne inférieure (Trim Point) au-dessous de laquelle les durées sont considérées comme cas extrêmes (low outliers) ;

HTP1 = 1^{ère} borne supérieure (Trim Point) au-dessus de laquelle les durées sont considérées comme cas extrêmes (high outliers) ;

HTP2 = Seconde borne supérieure (Trim Point) à partir de laquelle chaque journée est remboursée à raison de $0.7 \times \text{CW} / \text{ALOS}$;

(**R** = montant remboursé lorsque le CW d'une hospitalisation est égal à 1.000)

(Les données CW, ALOS, LTP, HTP1, HTP2, valables en Suisse sont publiées chaque année sur le site internet du groupe APDRG Suisse).

Formules de calcul : (LOS = nombre de jours pleins réels du séjour)

A) INLIERS : Bornes comprises.

Facteur = 1 (= nombre de points CW de l'APDRG)

B) OUTLIERS COURTS

Le costweight CWL d'une hospitalisation dont la durée est plus courte que la borne inférieure LTP (hospitalisation low outlier) est calculé comme suit :

$$\text{CWL} = \text{CW} / \text{ALOS} * \text{LOS} * 2$$

--> Le remboursement d'une hospitalisation low outlier est = $R * \text{CWL}$.

C) OUTLIERS LONGS

Le costweight d'une hospitalisation dont la durée est plus élevée que la borne supérieure (hospitalisation high outlier) est calculé en tenant compte des deux bornes HTP1 et HTP2 :

Le costweight CWH1 d'une hospitalisation high outlier dont la durée LOS est plus élevée que HTP1 mais inférieure ou égale à HTP2 ($\text{HTP1} < \text{LOS} \leq \text{HTP2}$) est calculé comme suit :

$$\text{CWH1} = \text{CW} + [\text{CW} / \text{ALOS} * (\text{LOS} - \text{HTP1}) * (2.43 - ((\text{LOS} - \text{HTP1}) / \text{HTP1}))]$$

Le costweight CWH2 d'une hospitalisation high outlier dont la durée LOS est plus élevée que HTP2 (LOS > HTP2) est calculé comme suit :

$$CWH2 = CW + [CW/ALOS * (HTP2 - HTP1) * (2.43 - ((HTP2 - HTP1)/HTP1))] + [CW/ALOS * (LOS - HTP2) * 0.7]$$

(0.7 = paramètre).

--> Le remboursement d'une hospitalisation high outlier est égal à R * CWH1, respectivement R * CWH2.

(Pour des durées au delà de HTP2, chaque journée est remboursée à raison de 0.7*CW/ALOS).

NOMBRE DE POINTS TOTAL DE L'APDRG A FACTURER :

Ce nombre de points est **toujours identique** pour un même APDRG pour les séjours de durée inlier, **il change en fonction de la durée** pour les séjours outliers.

Impact sur l'informatique (module de facturation) :

Le CW à facturer pour outlier doit être calculé par le module de facturation.

Notion de réseau d'hôpitaux ou de multisite

Les hôpitaux travaillant en réseau ou en multisite (sites se répartissant les spécialités) sont **considérés comme un seul et unique établissement**.

--> Pas de notion de transfert dans ce cas.

Un seul APDRG est facturé pour le séjour en son entier à l'intérieur d'un réseau d'Hôpitaux ou multisite.

Le "transfert interne" peut donner lieu à une facturation interne selon des règles propres à chaque organisation.

Les conventions tarifaires indiquent les hôpitaux travaillant en réseau ou organisés en multisite.

Domaines d'application des APDRG

Les types de séjours de catégorie « Hospitalisation » suivants sont à considérer pour facturation en APDRG :

→ Tous les soins somatiques aigus (A).

Les autres types de séjours (ambulatoires) seront facturés à l'acte : TARMED et autres nomenclatures paramédicales (physiothérapie, ergothérapie, logopédie, diététique, etc.).

Les prestations à remboursement non-obligatoire (stérilisation, chirurgie esthétique, médecine de la reproduction, etc.) font l'objet de dispositions tarifaires particulières et sont facturées **séparément** (elles peuvent être facturées en sus au patient si les actes sont réalisés dans le cadre d'un séjour à remboursement obligatoire facturé par APDRG).

Admission et Sortie

Admission : Entrée du patient, convoqué ou non (non convoqué = urgence).

A renseigner (ou confirmer) au moment où le patient se présente.
Input field du groupeur 3M.

Impact sur l'informatique (module de facturation) : (outre les données standard)

En **tous les cas**, le bureau d'admission indique outre, les données standard concernant le patient, le mode d'admission, la date et l'heure :

Si âge < **29** jours le jour d'entrée : (→ MDC 15 néonatalogie).

- La situation au jour d'entrée est considérée pour le passage du cas en catégorie néonatalogie (MDC 15 néonatalogie).

→ Champs obligatoires pour le groupeur 3M dans ce cas :

- Poids de **naissance** en grammes
- Indication si « Né dans l'établissement au cours de **ce** séjour » (voir Chapitre 5 : Nouveaux nés sains) : Oui / Non ?
(Info peut aussi venir directement de données d'admission).

Sortie : Départ du patient hors du multisite ou du réseau, ou passage en psychiatrie, en cas B (réhabilitation, réadaptation, rééducation, soins palliatifs), en cas C (hébergement EMS, attente de placement), ou décès.

A renseigner **si possible** de suite, au moment où le patient quitte l'établissement ou passe dans une autre catégorie.

En cas de transfert interne dans une autre catégorie, faire en tous les cas d'une **sortie** standard.

Note sur les décès : Le dossier patient se clôt après les constatations de décès.

En cas de prélèvement d'organes, un nouveau dossier doit être ouvert. Les actes réalisés pour des prélèvements d'organes après décès ne figurent en aucun cas sur le dossier patient de l'hospitalisation (sur lequel peut être indiqué simplement « Prélèvement d'organes » : voir dossier y relatif). Voir Chapitre 3.

Impact sur l'informatique (module de facturation) :

En **tous les cas**, les données de sortie comprennent, le mode de sortie, le jour la date et l'heure : champs obligatoires.

Hospitalisation (H) selon l'OCP

Une hospitalisation est un séjour d'un patient dans un **hôpital de soins aigus** pour une intervention, un examen, une surveillance ou des soins, **dont la durée et le classement correspond aux règles de l'OCP** « Ordonnance sur calcul des coûts et le Classement des Prestations par les hôpitaux du 3 juillet 2002 » - voir Annexes.

Critères OCP pour la catégorie « Hospitalisation » (H) :

Sont facturés en catégorie « Hospitalisation », les séjours en hôpital de durée (de) ...

- Supérieure ou égale ($\geq$) à 24,00 heures
- Moins de 24,00 heures **ET** décès
- Moins de 24,00 heures **ET** transfert dans un autre hôpital
- Moins de 24,00 heures **ET présence à minuit** pour un séjour dans une unité d'hospitalisation (les séjours exclusivement au service d'urgences restent ambulatoires si durée de moins de 24,00 heures même si le patient a passé la nuit)

Hôpital de soins aigus (A) :

Le périmètre de validité de la facturation par APDRG s'étend **aux hôpitaux et divisions de soins aigus (A)**, à l'exclusion des cas pris en charge en établissements ou divisions de :

- Psychiatrie ou traitement d'abus de substance (alcoolisme et toxicomanie)
- Catégorie B (Réhabilitation - Réadaptation - Rééducation - Soins palliatifs)
- Catégorie C (Hébergement EMS - Fin de séjour en attente de placement)
(y compris centres de jour de réadaptation hospitalière et de psychiatrie)

Les cas psychiatriques hospitalisés en hôpital de soins aigus sont concernés par la facturation en APDRG : MDC 19 et MDC 20.

Début du séjour :

Un séjour d'« Hospitalisation » débute à l'admission (en urgence ou non).

Les séjours de type H sont toujours codés selon les règles de l'OFS.

Sortie - fin du séjour APDRG :

Un séjour de type H se termine par la sortie administrative pour retour à domicile, pour cause de décès ou de transfert dans un autre hôpital.

Un séjour en catégorie A se termine aussi lorsque le patient passe en psychiatrie, en catégorie B ou C, réhabilitation, réadaptation, rééducation, en soins palliatifs, en hébergement médico-social ou en "attente de placement".

Chaque épisode en soins aigus (A) donne lieu à son entrée à une admission complète et création d'un nouveau séjour, et à sa sortie à une facturation en APDRG (plusieurs séjours différents séparés entre eux par une absence de l'hôpital de plus de 24,00 heures).

Impact sur l'informatique (module de facturation) :

- Gestion précise du mode de sortie : voir Chapitre 3
 - Sortie automatique quand transfert hors du réseau ou multisite
 - Sortie automatique le jour du décès
 - Sortie automatique quand transfert interne en B ou C, réhabilitation, réadaptation, rééducation, soins palliatifs ou en "attente de placement"
- Admission : date et heure / Sortie idem (Champs obligatoire)
- Admission H : codage obligatoire

Groupeur en APDRG

Groupeur: il s'agit du logiciel de regroupement des séjours hospitaliers en APDRG, développé spécialement pour la Suisse, regroupement en fonction des codes CIM-10 et CHOP.

Un APDRG est attribué à chaque hospitalisation au moyen de cet outil informatique. Cet outil est connecté aux logiciels de facturation (voir schémas) et aux logiciels d'aide au codage. Les logiciels de facturation reprennent les APDRG obtenus pour constituer la facture.

Le groupeur attribue un APDRG sur la base des données séjour et patient saisies.

Logiciel INDISPENSABLE à interfacier avec le logiciel de facturation qui doit obtenir le code APDRG pour démarrer la procédure de facturation.

Groupeur 3M :

Il existe plusieurs types de groupeurs en APDRG au monde, la Suisse utilise une version adaptée du groupeur 3M, développé par cette entreprise américaine, à partir des travaux du groupe TAR-APDRG.

Le « Groupeur 3M » (*3M AP-DRG Grouping Software Switzerland*) est un logiciel basé sur un environnement DOS et nécessitant l'utilisation d'une clé appelée « dongle ». Le fichier exécutable de cette version se nomme CH012.exe.

Une note concernant l'utilisation du groupeur APDRG se trouve sur le site internet APDRG Suisse : www.apdrgsuisse.ch

Version du groupeur 3M :

A chaque nouvelle version de la CHOP, une nouvelle version correspondante du groupeur est livrée par 3M.

Acquisition des licences 3M :

Le logiciel 3M est soumis à l'achat d'une licence, à renouveler chaque année.

Une liste de prix a été négociée entre le groupe APDRG Suisse et la maison 3M valable pour tous les hôpitaux de Suisse.

Liste de prix 3M pour Hôpitaux suisses à obtenir directement chez 3M.

3M (Schweiz) AG, M Christian Jost, Eggstr. 93, CH-8803 Rüschlikon,
Mail : cjost@mmm.com

3 Attribution des APDRG

Critères pour le codage et l'attribution d'un APDRG

Le codage peut être effectué au moyen de logiciels d'aide au codage (voir plus loin).

Le grouper en APDRG a besoin d'une série d'informations qui proviennent des données d'admission, des données liées au traitement pendant le séjour du patient et des données de sortie.

Ce sont les logiciels de facturation (et le cas échéant d'aide au codage), qui doivent livrer ces informations.

Les données qui permettent au grouper 3M d'attribuer un APDRG sont les suivantes :

Input fields for Grouper 3M : voir cahier des charges du grouper 3M .

Critères obligatoires	Provenance de l'information
Age du patient (en années et en jours)	Logiciel de gestion du patient « admission et sortie » (avec la date de naissance)
Sexe (voir paramètres possibles)	Logiciel de gestion du patient « admission et sortie »
Date de sortie (dd/mm/yyyy)	Logiciel de gestion du patient « admission et sortie »
Mode de sortie * (discharge disposition) 4 variables de sortie sont exigées : 1) « Décision de sortie prise par : » 2) « Destination de sortie : » 3) « Prise en charge après sortie : » 4) « Année entrée/sortie : » = A.	Logiciel de gestion du patient « admission et sortie » Variable No 2 : le texte pour la numéro 6 se différencie par 2 possibilités : - «de soins aigus A hors réseau ou multisite» ou - «de soins aigus A interne au réseau ou multisite» (elle-même se divisant en n possibilités) Variable No 4 est toujours à A.
Poids de naissance (en grammes) (pour patient âgé de moins de 29 J)	Logiciel de gestion du patient « admission et sortie »
Nouveau-né né hors de l'établissement ou au cours d'un séjour précédent (voir paramètres possibles) (pour patient âgé de moins de 29 J)	Logiciel de gestion du patient « admission et sortie »
Code diagnostique principal	Codage avec ou sans logiciel d'aide au codage
Codes diagnostique secondaires	Codage avec ou sans logiciel d'aide au codage
Code intervention principal	Codage avec ou sans logiciel d'aide au codage
Codes intervention secondaires	Codage avec ou sans logiciel d'aide au codage

* Mode de sortie (« discharge disposition ») : correspondent exactement aux variables obligatoires pour les statistiques OFS.

Codage et attribution de l'APDRG après la sortie

L'attribution de l'APDRG se fait après la fin du séjour, après la sortie, au moment où les codes diagnostiques et d'interventions sont disponibles.

Dans tous les cas, un seul APDRG par séjour en soins aigus est pris en compte et une seule facture par cas est envoyée.

Après validation de l'APDRG, toute modification d'une des données patients nécessaire au groupeur 3M exige une nouvelle validation du code APDRG (qui peut avoir changé).

Cas particuliers :

Dans le cas d'un **séjour multiservice et/ou de changement de la cause d'hospitalisation au cours du même séjour** dans le même établissement, l'APDRG le plus lourd (correspondant à l'intervention la plus lourde) doit être facturé. (Voir Chapitre 5).

(Les directives de l'OMS permettraient d'ouvrir un nouveau cas, mais pour des raisons de définition et du peu de cas concernés, cette règle a été décidée comme telle par le groupe TAR-APDRG. Ceci est conforme aux règles de l'OFS.)

Logiciels d'aide au codage

Il existe différents logiciels d'aide au codage ou de validation du codage.

Ces logiciels peuvent être remplacés ou complétés par l'engagement de codificatrice(s) professionnelle(s).

- Logiciel « Nice-Code » de la société Nice Computing
- Logiciel « LUCID »

« Nice-Code » intègre « LUCID », ce qui en fait un produit d'aide au codage, mais l'intérêt de « Nice-Code » est qu'il teste la cohérence des codes.

Validation du code APDRG

Le groupeur ne donne qu'un **code APDRG**. L'APDRG obtenu du groupeur est transféré dans le module de facturation en état « **Non encore validé** » ou « **Validé** ».

Le module de facturation **affiche**, outre les données patient, le type de séjour H et la durée (LOS en jours pleins entamés), le CW, le libellé et le MDC à côté du code APDRG obtenu du groupeur et du code APDRG qui sera facturé (l'APDRG obtenu du groupeur peut parfois ne pas être facturé tel quel, **un autre code** devant être attribué pour facturation).

L'APDRG peut être dans l'un des états suivants :

- **Non encore validé**
- **Validé** : avec date et heure de validation et visa (initiales)
- **Dévalidé** pour diverses raisons : voir paragraphe suivant (visa conservé)

Dans son état **Validé**, l'APDRG peut être facturé --> facturation possible.

La validation du codage est faite par la codificatrice → passage en facturation.

Délai imposé (à prévoir par le système) : facturation possible 24 heures après validation.

L'APDRG ne doit plus pouvoir être modifié après validation (voir Chapitre suivant pour annulation du code APDRG = processus d'extourne et annulation facture). Toute action modifiant des données d'Input du groupeur 3M (comme le poids de naissance pour n.n.) annule la validation et renvoie le dossier en codage.

Le logiciel qui détient la responsabilité de l'information est celui d'aide au codage, à défaut le module de facturation. Le groupeur ne fait que délivrer un code APDRG.

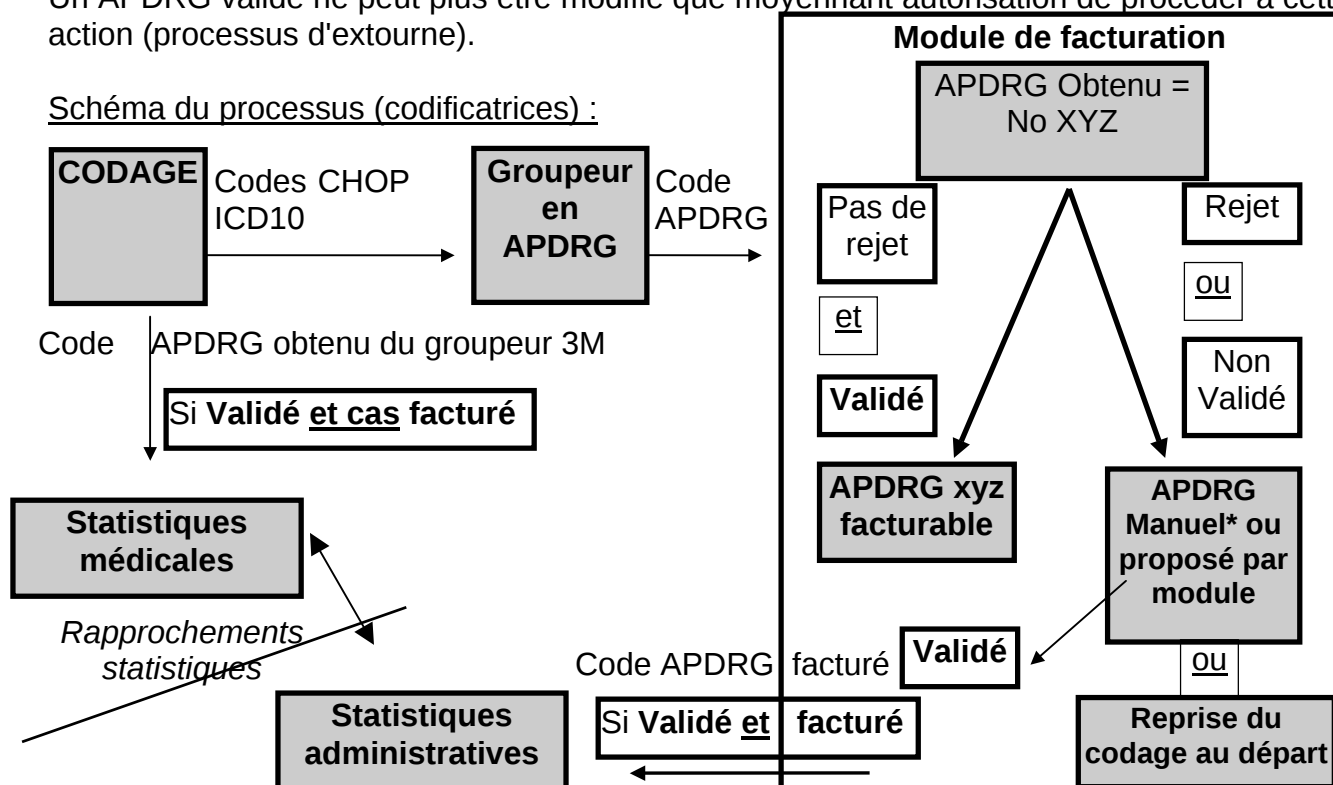
Impact sur l'informatique (module de facturation) :

Le processus de facturation peut se déclencher après validation de l'APDRG.

Etat = Validé. Visa, date et heure. Délai de 24 heures entre validation et facturation.

Un APDRG validé ne peut plus être modifié que moyennant autorisation de procéder à cette action (processus d'extourne).

Schéma du processus (codificatrices) :



Modification de l'APDRG avant sa validation : APDRG erroné

Cas où l'APDRG obtenu du groupeur est manifestement erroné (erreur de codage) :

- **Code APDRG non validé par la codificatrice** = annulation
- **Reprise du processus** de codage de zéro

Impact sur l'informatique (module de facturation) :

En cas de non validation (= annulation) de l'APDRG, le processus doit reprendre de zéro. Les codes CHOP et ICD10 saisis doivent être repris par la codificatrice = complétés ou modifiés.

Modification de l'APDRG avant sa validation : disposition informatique

Deux cas peuvent se présenter (voir les 2 chapitres ci-après) : APDRG "forcés" :

- APDRG obtenu du groupeur est « Non explicite » (non facturable)
--> attribution manuelle d'un APDRG facturable par la codificatrice, puis validation par la codificatrice. (« Nice Code » devrait permettre d'éviter ceci).
- APDRG obtenu du groupeur est modifié automatiquement par le module de facturation = attribution d'un « APDRG de facturation » = **SPG** (SPG = « Swiss Payment Groups ») par le module de facturation, puis validation par la codificatrice (SPG 900 à 907).

Impact sur l'informatique (module de facturation) :

Codes APDRG : 3 champs à prévoir :

- 1) Champ « APDRG obtenu du groupeur » (champ obligatoire non modifiable)
(= APDRG médical)
- 2) Champ « APDRG facturé » = APDRG obtenu du groupeur ou SPG **attribué par le module de facturation** ou APDRG/SPG attribué **manuellement**, selon les cas

→ Si un APDRG différent de celui obtenu du groupeur a été introduit dans ce champ

- 3) → Champ "Remarque" pour documenter (obligatoirement rempli) :

- Si SPG **attribué par le module de facturation** : écrire comme remarque automatiquement : "Code APDRG attribué par le module de facturation "
- Si APDRG **attribué manuellement** : champ **obligatoire** à remplir manuellement par la codificatrice avant validation (validation impossible si champ pas rempli)

Facturation : Le code APDRG facturé est toujours celui figurant dans le champs No 2 (donc parfois un code attribué par le module de facturation ou manuellement).

Modification manuelle de l'APDRG avant sa validation : APDRG « non explicite »

Attribution par le groupeur d'un APDRG « Non explicite » (non facturable) --> le système doit rejeter l'APDRG et exiger une reprise du processus de codage et si on obtient à nouveau un APDRG « Non explicite » --> attribution manuelle du code APDRG par la codificatrice.

Attribution manuelle d'un APDRG ou SPG par la codificatrice :

Attribution manuelle du code APDRG (APDRG forcé).

Impact sur l'informatique (module de facturation) :

Voir Chapitre ci-avant.

Champ "Remarque" est à remplir manuellement obligatoirement.
Le processus se termine par la validation par la codificatrice.

Le code APDRG qui sera facturé est le code attribué manuellement.

Facture doit mentionner automatiquement : "Code APDRG attribué manuellement".

On garde et transmet pour statistiques l'APDRG obtenu du groupeur et l'APDRG facturé (qui a été attribué manuellement).

Voir Chapitre 5.

Utilisation de « Nice Code » :

L'utilisation de cet outil devrait permettre d'éviter l'obtention d'APDRG non explicites par correction immédiate du codage.

En présence de « Nice Code » , il ne doit pas y avoir d'APDRG attribué manuellement.

Modification de l'APDRG par le module de facturation avant validation

Dans certains cas bien précis, le module de facturation ou l'outil d'aide au codage doit attribuer directement un APDRG « de facturation » différent de l'APDRG médical obtenu du groupeur, en fonction du cas à facturer. Cette procédure n'existe qu'en Suisse.

Ces APDRG de facturation sont appelés des **SPG** (« Swiss Payment Groups »).

Les données permettant cette modification proviennent soit du séjour (durée) soit du codage (code CHOP), soit de réponse à des questions posées par le module de facturation.

Les SPG attribués de cette manière sont les suivants - il y en a 8 actuellement :

- 900 et 901
- 902 et 903 (utilisés en principe uniquement en H. Universitaire)
- 904 à 906 (utilisés en principe uniquement en H. Universitaire)
- 907

Impact sur l'informatique (module de facturation) :

Voir Chapitre 5 : « Décès le premier jour », « Transfert le premier jour » et « APDRG attribués par le module de facturation », « Transfert de nouveau-né pour poursuite surveillance néonatale ».

Le champ que remplit le module de facturation est le second champ APDRG, c'est à dire le l'APDRG ou SPG facturé (voir Chapitre ci-avant).

Le processus se termine par la validation par la codificatrice.

Le code facturé est le code APDRG ou SPG attribué par le module de facturation.

On garde et transmet pour statistiques l'APDRG obtenu du groupeur et l'APDRG ou SPG facturé (qui a été attribué manuellement ou automatiquement par le module de facturation).

Note : Il est possible que l'outil « Nice Code » se charge d'attribuer directement ces SPG. Le module de facturation dans ce cas ne devrait pas être confronté à cette problématique. Il en est de même pour la problématique des APDRG non explicites.

En cas d'utilisation de « Nice Code », il est probable qu'une version différente (simplifiée) du module de facturation soit nécessaire (comprenant par contre un interface avec cet outil).

A analyser avec les fournisseurs du module de facturation et de ces deux outils afin d'éviter les interférences d'action pour chacun des 4 cas ci dessus et pour les APDRG non explicites.

Facture refusée ou erronée - annulation du code APDRG/SPG

Dans le cas où une facture est refusée pour des motifs valables acceptés par l'établissement, un processus d'extourne doit être mis en place.

Idem si la facture a été émise, mais erreur constatée avant son envoi.

Ce processus d'extourne, si il ne touche que des données sans influence sur le code APDRG ne renvoie pas le cas en codage (pas d'annulation de validation).

Modifications imposant le passage de l'APDRG/SPG du statut « Validé » à « Dévalidé » :

- Codage ICD10 et CHOP
- Mode d'entrée – Mode de sortie
- Date et heure d'entrée - Date et heure de sortie
- Date de naissance si < 1 année
- Sexe
- Poids de naissance (pour < 29 jours à l'entrée)
- Né dans l'établissement au cours de **ce** séjour ? (Info peut venir du dossier patient) (Selon tableau « Input fields for Grouper 3M » au Chapitre 3).

Le dossier retourne au processus de codage et suit à nouveau le flux complet jusqu'à validation qui permet le démarrage de la facturation.

Impact sur l'informatique (module de facturation) :

- Déclenchement du processus d'extourne (action à réserver à un responsable)
- Annulation de la facture
- Correction des erreurs : si touche à des « Input fields » du groupeur 3M
→ Message : « Influence sur code APDRG, retour au processus de codage ? »
Oui ? Non ? Si Non = modifications annulées.
 - Annulation de la validation du code APDRG / SPG (passage à l'état « Dévalidé », le visa reste pour information)
 - Annulation des codes CHOP – ICD10 de la statistique médicale
 - Annulation du code APDRG de la statistique administrative
 - Reprise du processus de codage de zéro : compléter ou modifier les codes CHOP - ICD10 saisis
 - Nouvel APDRG ou SPG --> Validation (avec visa différent le cas échéant)
- Processus de facturation

Le système ne doit autoriser le déclenchement de ce processus d'extourne que aux utilisateurs (selon organisation de chaque Hôpital) qui en ont expressément le droit.

Avant émission de la facture, ce processus est automatique en cas de changement de données ayant influence sur le code APDRG / SPG → Si modification de données « Input fields du groupeur 3M » :

Message « Influence sur code APDRG, retour au processus de codage ? »

Oui ? Non ? Si Non = modifications annulées.

Dès annulation de la validation de l'APDRG, statistiques à modifier impérativement.

Contenu de la facture APDRG/SPG

Facture destinée au garant (payeur) :

(Assureur ou autre Hôpital (prestations sous-traitées) ou patient payant lui même)

** Information (« copie ») pour le patient : seulement champs avec **

- Données patient standard + nom de l'établissement + du service (principal) **
- Nom de la mère en Nouveau-né sain (pour APDRG 620 et 629) et en Néonatalogie (pour APDRG du MDC 15) ** (+ **destinataire copie = Mère**)
- Catégorie « Hospitalisation » **
- Entrée le ... à ... / Sortie le... à ... **
 - Durée en jours pleins entamés **
- Si outlier long, respectivement court, indiquer « Séjour de durée supérieure/inférieure à la norme » (soit « inférieure » soit « supérieure »)
- N° de l'APDRG ou SPG **de facturation** (sans libellé) : « Forfait APDRG N° : ... »
 - Si APDRG attribué manuel : « Code APDRG attribué manuellement »
- CW standard de l'APDRG (3 chiffres après la virgule)
- CW facturé (3 chiffres après la virgule) (= au CW standard si inlier)
- Valeur de point (convention) **
- Montant facturé **
- Mode de sortie : Décision de sortie (Variable No 1) V1.5V02 selon liste OFS)

Notes :

La **copie** patient en format papier, à libeller « **Information Patient** » (ce n'est pas une copie de l'original) ne contient que les éléments mentionnés avec le signe **.

La **copie** patient en format papier est **obligatoire** selon la LAMal.

Son édition est paramétrable Oui/Non en standard. **Décision de l'établissement.**

Le nom du médecin responsable n'est **pas nécessaire** : paramétrable Oui/Non.

Aucun libellé d'APDRG/SPG ou de MDC sur la facture : protection des données.

Aucun code CHOP ou ICD10 sur aucune facture.

Les données non transmises dans le document « Information Patient » ne sont pas nécessaires pour son information prévue par la LAMal. Elles représentent un risque pour la protection des données, raison pour laquelle elles ne sont remises qu'à l'assurance.

Le patient peut être informé sur ces données soit par son médecin soit par son assurance.

Facturation électronique selon XML

La facturation par voie électronique est la solution d'avenir également pour les séjours facturés par APDRG.

Le contenu des champs pour la facturation électronique doit être adapté au format standard XML.

Contrôle de la facture APDRG par le système avant émission

Impact sur l'informatique (module de facturation) :

- **Aucune prestation Ambulatoire** facturée en AOS (Assurance Obligatoire de Soins) le même jour qu'un jour facturé en H :

→ Message d'avertissement lors de la création d'un dossier ambulatoire.

- Les éventuelles **prestations à remboursement non-obligatoire** réalisées pendant le séjour (stérilisation, chirurgie esthétique, etc.) ne figurent pas sur la facture APDRG pour l'assurance de base (AOS). Facture séparée.
- Un seul APDRG / SPG par cas - séjour
- Un seul cas par jour
- Une seule facture par jour pour le même patient
- **Si un second séjour commence immédiatement** après un premier séjour H – et/ou avec nouvelle entrée dans un délai de moins de 24,00 heures après la sortie, les deux séjours sont fusionnés en un seul :

Nouvelle entrée H **> 24,00 heures** après sortie = **nouveau cas**.
(Absence ne peut ici pas être traitée comme un congé).

Nouvelle entrée H **< 24,00 heures** après sortie : **poursuite** du même séjour « Hospitalisation » avec annulation de la sortie quelle que soit la raison du retour, comme si aucune sortie n'avait eu lieu.

→ Information du système :

« Retour à l'Hôpital moins de 24,00 heures après sortie : Annulation sortie et poursuite du même séjour »

(Selon Chapitre 5 : Réhospitalisation).

Statistiques

Statistiques médicales :

Les codes CHOP - ICD10 doivent être conservés dans la statistique médicale.

En cas d'attribution manuelle d'APDRG et d'attribution de SPG par le module de facturation, les codes CHOP - ICD10 pourraient ne pas correspondre à l'APDRG / SPG facturé, mais seulement à l'APDRG obtenu du groupeur.

Statistiques administratives : 2 champs

Doivent figurer dans la statistique administrative :

- L'APDRG / SPG facturé
- L'APDRG obtenu du groupeur (APDRG médical)

En règle générale ils sont identiques.

Ces deux codes seront différents dans les deux cas suivants : APDRG/SPG attribué par le module de facturation et APDRG attribué manuellement.

Rapprochements :

Un rapprochement doit être fait entre la statistique médicale et administrative. Ces deux statistiques doivent correspondre.

Annulation d'APDRG /SPG :

Toute annulation de validation d'APDRG a une influence immédiate en statistiques.

Seuls des codes APDRG correspondant à un statut validé et facturé figurent en statistique administrative.

Seuls les codes CHOP - ICD10 correspondant aux APDRG validés et facturés figurent en statistique médicale.

Autres statistiques particulières liées aux APDRG : (non exhaustif)

- Afin d'éviter les abus (sortie et nouvelle hospitalisation), il est prévu que chaque Hôpital mette à disposition des statistiques de « **réadmission** » dans les 30 jours après une sortie, afin que toutes les parties concernées puissent suivre la problématique (dans le cadre des statistiques OFS par canton).
- Il est prévu que chaque Hôpital remette une statistique de ses « **outliers** » (par APDRG), afin que toutes les parties puissent suivre l'évolution de la situation.

Devis – Estimation financière

Le système doit pouvoir être capable d'émettre un devis (« **Estimation financière** »).

Le devis (à appeler « Estimation financière ») se réalise suite aux consultations de préparation à l'hospitalisation, à partir du dossier patient établi à ce moment-là par le médecin.

Ces consultations de préparation, tout comme la préhospitalisation (préhospitalisation qui peut avoir lieu le jour d'avant), est facturée en ambulatoire sans lien avec l'hospitalisation.

Les données patient doivent pouvoir être introduites dans le système avec les codes CHOP et ICD10, la durée estimée, etc., pour donner le devis (« Estimation financière »).

Un code APDRG doit aussi pouvoir être introduit directement sans codage, pour les devis seulement.

Impact sur l'informatique (module de facturation) :

Prévoir un système de **devis** identique au système de facturation (avec en sus la possibilité d'attribuer un code APDRG sans codage, toute données modifiables sans contrainte).

Fonctionnement identique à la facturation sauf : indication « **Estimation financière** » sur le document papier, aucun passage en statistique, aucune valorisation en comptabilité, aucune valorisation interne.

Devis (« Estimation financière ») à conserver séparément des données réelles.

Prélèvement d'organes

Lors du décès (mort cérébrale), le dossier patient et le séjour sont fermés.

Un **nouveau dossier anonyme** (autre admission) pour le prélèvement d'organes doit être ouvert.

Les actes réalisés pour des prélèvements d'organes après décès ne figurent en aucun cas sur le dossier patient de l'hospitalisation (sur lequel peut être indiqué simplement « Prélèvement d'organes » : voir dossier y relatif).

Codage CHOP et ICD10 : un codage standard est à réaliser.

Facturation du prélèvement : à « Swisstransplant » selon convention particulière (forfaits). Sans rapport avec la facturation en APDRG.

4 Nombre de points / Valeurs de point / Conventions

APDRG : cas standard

L'APDRG est attribué au moyen du groupeur 3M en APDRG.

Impact sur l'informatique (module de facturation) :

Le démarrage du processus de facturation du séjour est donné par la mise à disposition par le groupeur 3M, de l'APDRG au module de facturation.

En cas d'absence d'outil d'aide au codage « Nice Code », l'APDRG obtenu doit être **validable manuellement** dans le module de facturation par la codificatrice. « Nice Code » transmet un APDRG validé au module de facturation. Ceci permet de démarrer le processus de facturation.

Avant la validation : processus de codage : codificatrices avec profil et droits de codage jusqu'à la validation du code APDRG. Accès à certaines données patient en modification (Input fields du groupeur en APDRG).

Après validation : processus de facturation : facturistes avec profil et droits de facturation. Accès aux données patient.

- **Validation --> Processus de facturation possible**

Un APDRG validé ne peut plus être modifié. Certaines actions donnent lieu à une annulation de la validation et renvoient le dossier au processus de codage.

- **Non validation par la codificatrice (erreur de codage) --> Annulation**

Annulation et reprise du codage de zéro (modification des données patient et/ou des codes introduits).

- **Modification de données d'input du groupeur 3M après validation par la codificatrice du code (par facturiste) --> Validation annulée**

Nouvelle validation par la codificatrice est obligatoire.

- **Processus d'extourne touche le code APDRG ou les données d'input du Groupeur --> Validation annulée**

Reprise du codage --> Validation.

Nombre de points APDRG (CW)

Le nombre de points APDRG (CW) est donné pour chaque APDRG ou SPG. Il est le même pour tous les établissements.

Chaque APDRG a un **CW** (CW) .

La source est la table OFFICIELLE APDRG / Nombre de points (CW).

Impact sur l'informatique (module de facturation) :

Une table OFFICIELLE « **Liste des APDRG et de leurs valeurs relatives - cost-weights** » est à intégrer dans le logiciel de facturation.

Les données qu'elle contient ne sont pas obtenues par le groupeur 3M.

- Table « MDC / DRG / Libellé / CW / ALOS / LTP / HTP1 / HTP2 »

La version change chaque année.

Voir Annexes.

Valeur(s) du point

Les valeurs de point sont définies dans le cadre des conventions.

La valeur de point dépend de la catégorie et de la convention selon le type de garant (LAMal ou LAA/AI/AMF ou non conventionnel) et le domicile du patient (canton, Suisse, étranger).

Impact sur l'informatique (module de facturation) :

Plusieurs valeurs de points peuvent exister.

La valeur du point varie en fonction de la convention.

Historiser les dates de validité des différentes valeurs de point.

Situation conventionnelle vaudoise

La facturation de l'activité est réglée par les conventions négociées avec les partenaires payeurs.

Le schéma est similaire pour l'assurance maladie et les assureurs fédéraux, avec des valeurs de points différentes.

Patients en service général - patients VD ou domicilié hors canton de VD :

Patients assurés en AOS – Assurance Obligatoire de Soins LAMal.

Patients hors canton : Après acceptation par le Service de la Santé Publique (SSP) du canton de domicile et en cas de nécessité médicale ou urgence.

Deux débiteurs (prestations de base) :

- Assureur LAMal du patient
- SSP VD ou SSP du canton de domicile

+ Possibilité de facturer au patient un supplément, pour chambre à 1 lit par exemple.

Schéma pour 2 débiteurs : la facturation se répartit comme ci-dessous :

<u>Patient vaudois :</u>	Facture à l'assurance AOS LAMal du patient	Facture au SSP du canton de domicile : VD, convention romande ou hors canton (autres)
<u>Prestations de base :</u>		
*Valeur de point APDRG VD	X	X

<u>Patient hors canton VD :</u>	Facture à l'assurance AOS LAMal du patient	Facture au SSP du canton de domicile : VD, convention romande ou hors canton (autres)
<u>Prestations de base :</u>		
*Valeur de point APDRG différente selon le canton de domicile	X	X

* La valeur de point diffère selon le canton de résidence du patient : soit patient vaudois, soit patient « convention romande (CIC) » soit patient « hors canton » = autres.

Patients avec assurance complémentaire (privé selon LCA) - exemple patient VD :

Patients assurés en complémentaire selon la Loi sur le Contrat d'Assurances (LCA).

Trois débiteurs (prestations de base et complémentaires) :

- Assureur LAMal du patient (part assurance de base)
- SSP VD (patient VD)
- Assurance complémentaire selon LCA

<u>Patient vaudois :</u>	Facture à l'assurance AOS LAMal du patient	Facture au SSP du canton de domicile : VD	Facture à l'assurance complémentaire LCA du patient
<u>Prestations de base :</u> Valeur de point APDRG patient VD	X	X	X
<u>Prestations complémentaire :</u> Valeur de point APDRG pour prestations complémentaires			+ Choix du médecin et organisation du séjour
<u>Prestations complémentaire :</u> En francs selon la chambre ou les extras			+ Supplément "confort" pour la partie « hôtelière »

Impact sur l'informatique (module de facturation) :

L'attribution de la bonne convention par patient dépend des données d'admission du patient (et de la durée) :

- Catégorie « Hospitalisation »
- Domicile du patient (canton)
- Assurance obligatoire de soins (AOS)
- Assurance complémentaire (LCA) - semi-privé / privé ou non pris en charge par une assurance complémentaire (à charge du patient lui-même)
- Garants (de 1 à 3 garants simultanés)
- Maladie / accident / invalidité / militaire / convenance personnelle

Se reporter en tous les cas aux conventions convenues par chaque canton / groupe d'hôpitaux avec les partenaires payeurs.

5 Règles particulières APDRG avec influence sur l'informatique

Modification de la cause d'hospitalisation au cours du même séjour

Référence : TAR-APDRG 2.3.1

« Quelle que soit la modification de la cause d'hospitalisation pendant un séjour hospitalier en soins aigus, l'hôpital n'établit **qu'une seule facture** avec un seul APDRG ».

Durée = durée totale du séjour.

La modification de la cause d'hospitalisation, ainsi que les cas de « séjour multiservice » au cours d'un même séjour entraînent des règles particulières :

Règle valable dans tous les cas :

Les règles « PMSI » sont à appliquer dans tous les cas.

Chaque « partie de séjour » a son propre diagnostic principal.

La codificatrice choisit parmi les différents diagnostics principaux des différentes « parties de séjour » le diagnostic principal (selon les règles « PMSI ») à appliquer au séjour en son entier.

L'APDRG obtenu sera par contre souvent « Non explicite », donc non facturable, et devra être modifié manuellement (voir paragraphe y relatif).

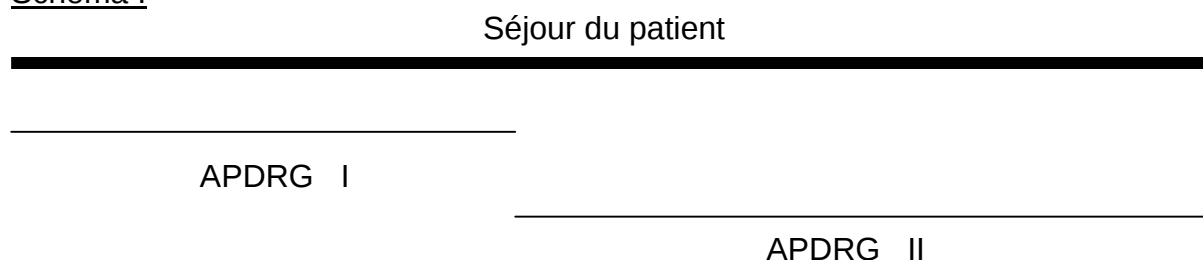
Une sortie et réadmission n'est pas admise pour le changement de cause d'hospitalisation.

Afin d'éviter les abus (sortie et nouvelle hospitalisation), il est prévu que chaque Hôpital mette à disposition des statistiques de « réadmission » dans les 30 jours après une sortie, afin que toutes les parties concernées puissent suivre la problématique (dans le cadre des statistiques OFS par canton).

Remarque :

Les directives de l'OMS permettraient d'ouvrir un nouveau cas, mais pour des raisons de définition et du peu de cas concernés, cette règle a été décidée comme telle par le groupe TAR-APDRG. Ceci est conforme aux règles de l'OFS.

Schéma :



Attribution :

APDRG I ou II (ou un autre représentant l'entier du séjour) est facturé.

Durée = durée du séjour complet du patient en soins aigus (A).

Ceci doit être réglé par le personnel spécialisé (codificatrices) sur la base des informations disponibles dans le logiciel et à l'aide des rapports médicaux.

Impact sur l'informatique (module de facturation) :

N'est transmis au module de facturation, après validation que le code APDRG finalement facturé (ou qui sera traité manuellement si besoin).

Réhospitalisation

Référence : TAR-APDRG 2.3.2

« Toute réhospitalisation est considérée comme un **nouveau cas** quel que soit le nombre de jours entre l'hospitalisation et la réhospitalisation et que la réhospitalisation ait lieu dans le même hôpital ou dans un autre hôpital ».

Un réhospitalisation (plus de 24,00 heures après la sortie) donne **toujours** lieu à un **nouveau séjour** avec un nouvel APDRG.

Le groupe TAR-APDRG insiste sur l'existence de l'outil de contrôle statistique, de manière à éviter les abus.

Retour à l'Hôpital moins de 24,00 h après la sortie :

En cas de retour à l'Hôpital (même Hôpital ou multisite) le jour de la sortie (**< 24,00 heures après sortie**) **quelle que soit la cause** :

- Après une hospitalisation : le séjour H continue (la sortie est annulée)

Impact sur l'informatique (module de facturation) :

Nouvelle entrée H **> 24,00 heures** après sortie = **nouveau cas**.
(Absence ne peut pas être traitée ici comme un congé).

Nouvelle entrée H **< 24,00 heures** après sortie : **poursuite** du même séjour
« Hospitalisation » avec annulation de la sortie, quelle que soit la raison du retour, comme si aucune sortie n'avait eu lieu.

→ Information du système :
« Retour à l'Hôpital moins de 24,00 heures après sortie : Annulation sortie et poursuite du même séjour »

Notes :

Cette règle correspond à la règle « Changement de la cause d'hospitalisation », voir Chapitre ci-avant.

La catégorie « Réhospitalisation » disparaît.

Afin d'éviter tout abus, une **statistique de « réadmission »** dans le 30 jours après sortie est demandée. (Voir Chapitre3 Statistiques).

Un retour plus de 24,00 heures après un transfert définitif (sortie) vers un autre établissement implique l'ouverture d'un **nouveau séjour** (comme si le patient revenait de la maison). Dans ce cas l'assurance recevra 3 factures pour 3 séjours hospitaliers successifs dans 2 Hôpitaux différents.

Congés

Un congé est une absence hors de l'établissement, à domicile en particulier.

On ne donne pas un congé pour un traitement hors de l'établissement.

Les congés ont lieu au sein d'un séjour en catégorie « Hospitalisation ». Les journées de congés sont à déduire de la durée de séjour (influence sur outliers).

Les congés sont toujours et uniquement déduits comme des **jours pleins**.

Impact sur l'informatique (module de facturation) :

Le logiciel doit pouvoir gérer les congés et réduire le nombre de jours d'hospitalisation pour le calcul de l'APDRG (durée diminuée du nombre de jours correspondants).

Le jour et l'heure du début et de fin de **congé** sont à saisie obligatoire.

Règle de décompte :

Les jours de congé sont décomptés en **jours civils** entiers : le patient doit être en congé la totalité de la journée (de 00:00 à 23:59) pour que le jour soit un jour décompté (déduit de la durée du séjour). Même règle que actuellement.

Une quelconque absence qui ne comprendrait pas un jour civil entier même d'une durée supérieure à 24,00 heures, par exemple du mardi 08:00 au mercredi 18:00 n'est pas un congé déductible de la durée de l'APDRG.

Impact informatique :

Critères à tester :

- Jour et heure de début et de fin (Jour et hh:mm)
- Calcul de la durée du congé en **jours civils**
- Indication sur la facture des jours pleins déduits : « Congé déduit : x Jour(s) »

Transfert le premier jour dans un autre hôpital

Référence : TAR-APDRG 2.3.3

« Le transfert le premier jour (durée de moins de 24,00 heures) dans un **autre hôpital** est facturé par un APDRG particulier, à savoir le SPG 901 (*Transfert le premier jour dans un autre hôpital*). » (SPG = Swiss Payment Group, attribués hors groupeur 3M et hors statistiques médicales).

Attribution SPG 901 (APDRG de facturation).

Exception : MDC 15 (néonatalogie) où le cas est prévu (tester sur l'âge d'entrée).

Frais de transport :

Le coût et l'organisation du **transport revient à l'Hôpital de provenance** (compris dans le SPG 901), voir remarque ci-dessous.

La facturation par APDRG ne modifie pas la règle actuelle pour les transports hors canton : à charge de l'Hôpital qui **reçoit** le patient.

Dans tous les cas, aucune facture de transport n'est admise.

Un patient partant directement en C : « Attente de placement » ou en « Hébergement EMS » n'est pas admis en hospitalisation, mais est un cas **ambulatoire**. Il n'est pas facturable en APDRG et n'est donc pas concerné.

Hôpitaux travaillant en réseau ou en multisite :

Les hôpitaux travaillant en réseau ou en multisite sont considérés comme le même établissement. Pas de notion de transfert (transfert "interne").

Le « transfert interne » peut donner lieu à une facturation interne. Règles propres à chaque organisation à mettre en place + récupération des codes de l'Hôpital de provenance.

Les conventions tarifaires indiquent les hôpitaux travaillant en réseau.

Impact sur l'informatique (module de facturation) :

Critères à tester (cumulés) : (processus se passe au niveau du codage)

- Patient admis en catégorie hospitalisation
- Mode de sortie = " Transfert vers autre hôpital de soins aigus (= hors réseau ou multisite) " (y compris clinique privée) ou « Transfert vers autre établissement de soins de type psychiatrie, cas B (réhabilitation, réadaptation, rééducation, soins palliatifs) »
- Durée dans l'établissement < 24,00 h
- Age d'entrée < 29 Jours (le MDC 15 prévoit ce cas) – tester sur l'âge d'entrée et non sur APDRG médical obtenu afin de ne pas attribuer de 901 si on obtient un APDRG médical non explicite

- Le mode de sortie " Transfert vers autre établissement de soins aigus (= hors réseau ou multisite) " (y compris clinique privée) ou « Transfert vers autre établissement de soins de type psychiatrie, cas B (réhabilitation, réadaptation, rééducation, soins palliatifs) » **implique automatiquement un passage du cas en H**, rétroactivement dès l'entrée.

--> Attribution SPG 901 (comme APDRG de facturation) directement (automatiquement) par le module de facturation.

Le champ que remplit le module de facturation est le second champ APDRG.
(Voir Chapitre 3 : Modification de l'APDRG avant sa validation : disposition informatique).

Le processus se termine par la validation par la codificatrice.

Le code APDRG obtenu du groupeur 3M est conservé dans le premier champ, et est transmis à la statistique administrative.

Le code facturé (SPG 901) est le code attribué par le module de facturation. Il est aussi transmis à la statistique administrative.

Multisite ou réseau d'hôpitaux : l'informatique doit pouvoir gérer la facturation interne selon organisation propre et contrats entre membres de chaque multisite ou réseau.

Transfert dès le deuxième jour dans un autre hôpital de soins aigus

Référence : TAR-APDRG 2.3.4

« Chaque hôpital facture l'APDRG correspondant au traitement engagé : il y a donc deux factures et deux APDRG ».

Frais de transport :

Le coût et l'organisation du **transport incombe à l'Hôpital de provenance** (compris dans le calcul des APDRG), voir remarque ci-dessous.

La facturation par APDRG ne modifie pas la règle actuelle pour les transports hors canton : à charge de l'Hôpital qui **reçoit** le patient.

Dans tous les cas, aucune facture de transport n'est admise.

Genre de l'Hôpital de destination : 2 possibilités

- Les 2 hôpitaux sont indépendants :

Chaque hôpital facture un APDRG à l'assureur pour le séjour le concernant.

- Le 2 hôpitaux font partie du même « réseau ou multisite »: (voir Chapitre 2 : "Notion de réseau d'hôpitaux ou de multisite").

Organisation de facturation à l'assurance et de refacturation interne propre à chaque multisite ou réseau. A mettre en place par chaque organisation.

Les multisites ou réseaux sont considérés comme le même établissement vis-à-vis des assureurs.

Impact sur l'informatique (module de facturation) :

Critères à tester (cumulés) :

- Mode de sortie = Transfert vers autre établissement de soins aigus (= hors réseau ou multisite)
- Durée de présence égale ou supérieure à 24,00 h

L'informatique doit pouvoir gérer la facturation interne selon organisation propre de chaque multisite ou réseau d'hôpitaux.

Décès le premier jour à l'hôpital

Référence : TAR-APDRG 2.3.5

« Un décès le premier jour (moins de 24,00 heures) est un cas d'hospitalisation. Il est facturé par un APDRG particulier, à savoir le SPG 900 (*Décès le premier jour*). »
(SPG = Swiss Payment Group, attribués hors groupeur 3M et hors statistiques médicales).

Attribution SPG 900 (APDRG de facturation).

Exception : MDC 15 (néonatalogie) où le cas est prévu (tester sur l'âge d'entrée).

Impact sur l'informatique (module de facturation) :

Critères à tester (cumulés) : (processus se passe au niveau du codage)

- Durée < 24,00 heures (décès < 24,00 heures après entrée)
- Mode de sortie = décès
- Âge d'entrée < 29 Jours (le MDC 15 prévoit ce cas) – tester sur l'âge d'entrée et non sur APDRG médical obtenu afin de ne pas attribuer de 900 si on obtient un APDRG médical non explicite
- Tout décès **implique automatiquement un passage du cas en catégorie H** (de Ambulatoire en H), rétroactivement dès l'entrée

--> Attribution SPG 900 (comme APDRG de facturation) directement (automatiquement) par le module de facturation.

Le champ que remplit le module de facturation est le second champ APDRG.
(Voir Chapitre 3 Modification de l'APDRG avant sa validation : disposition informatique).

Le processus se termine par la validation par la codificatrice.

Le code APDRG obtenu du groupeur est conservé dans le premier champ, et est transmis à la statistique administrative.

Le code facturé (SPG 900) est le code attribué par le module de facturation. Il est aussi transmis à la statistique administrative.

Note sur les prélèvements d'organes :

Le dossier patient se clôt après les constatations de décès.

En cas de prélèvement d'organes, un **nouveau dossier** doit être ouvert. Les actes réalisés pour des prélèvements d'organes après décès ne figurent en aucun cas sur le dossier patient de l'hospitalisation (sur lequel peut être indiqué simplement « Prélèvement d'organes » : voir dossier y relatif) et ne sont pas codés pour l'APDRG.

Séjour sur deux exercices comptables

Référence : TAR-APDRG 2.3.6

« Les factures par APDRG et la prise en compte des cas dans la statistique hospitalière ne concernent que les cas sortis durant l'exercice comptable, au tarif de l'exercice en vigueur au moment de la sortie ».

Les APDRG se facturent à la sortie du patient, pour toute la durée du séjour.

Le tarif en vigueur est celui du jour de sortie pour toute la durée du séjour.

Pas de facturation intermédiaire. L'APDRG est attribué sur la base de la date de sortie. Une seule facture est émise.

Impact sur l'informatique :

La facturation ne se fait qu'après la sortie.

Une seule facture.

Pas de facture intermédiaire.

Pas de facturation en fin d'année.

Dispositions transitoires lors du démarrage de la facturation en APDRG :

Les patients sortis jusqu'au 31 décembre (ou jusqu'au jour avant l'entrée en vigueur des APDRG) sont **facturés** selon l'ancien système.

Les patients restant le 31 décembre (ou restant hospitalisés lors de l'introduction des APDRG) ne sont **pas facturés** pour la période déjà effectuée.

Ils passent au nouveau mode de facturation par APDRG pour la totalité du séjour : transfert dans le nouveau mode de facturation. La date d'entrée et les mouvements dans les services de l'établissement sont à conserver. Toutes les données obligatoires pour la facturation en APDRG seront à renseigner au plus tard à la sortie.

Les éventuels **acomptes** des assureurs encore en possession de l'établissement sont à déduire de la facture unique émise pour tout le séjour à la sortie.

→ Facture « **pro-forma** » : une facture pro forma à but comptable interne (transitoire) peut être sortie le 31 décembre (ou le jour avant l'entrée en vigueur de la facturation par APDRG), selon l'ancien tarif.

Annulation d'anciennes factures : les factures de l'ancien système de facturation sont à remplacer par une facture **corrigée selon l'ancien système** de facturation.

Urgences

Référence : TAR-APDRG 2.3.9

Aucun supplément pour admission en urgence n'existe dans la philosophie de forfaits APDRG. La notion d'urgence (et donc son coût) est incluse dans chaque APDRG. Aucun supplément n'est facturable.

Impact sur l'informatique (module de facturation) :

Patient admis aux Urgences et qui reste une durée égale ou supérieure à 24,00 heures : cas à coder et facturation en « Hospitalisation » par APDRG.

Si transfert le premier jour hors réseau ou multisite ou décès le premier jour, catégorie H automatiquement codage obligatoire et attribution de l'APDRG de transfert le 1^{er} jour ou de décès le 1^{er} jour.

Patient traité en Ambulatoire aux urgences et renvoyé à domicile même après passage de la nuit (durée de moins de 24,00 heures) = Ambulatoire.

Transfert de nouveau-né pour poursuite surveillance néonatale

Admission en **Hôpital de zone ou régional** de nouveau-né, (donc né hors de cet établissement) pour fin de séjour (poursuite du processus d'augmentation de poids) :

Codage en tous les cas du code diagnostic principal **Z51.8** uniquement (« Autres formes précisées de soins médicaux »), si le nouveau-né est né hors de l'établissement, quel que soit son âge d'entrée (moins d'une année).

Responsabilité au niveau du codage.

→ Obtention de la part du groupeur 3M automatiquement et en tous les cas de l'APDRG 635 ou 636 selon l'âge d'entrée, quel que soit son poids de naissance.

Nouveau-nés sains

Référence : TAR-APDRG 2.3.10

« Les nouveau-nés sains sont considérés comme un cas à part entière, faisant l'objet d'un propre APDRG » (no 620 ou 629).

Chaque nouveau né est considéré comme un cas administratif à part entière avec un **APDRG distinct**. Cet APDRG comprend toujours les visites du pédiatre (mesures de prévention OPAS), visites qui ne sont donc pas facturables en sus en tant que telles.

L'accouchement fait partie du cas de la mère, avec son propre APDRG.

Nouveaux-nés sains : l'assurance de la mère prend en charge les deux cas (mère et enfant(s) sain(s)).

Ce cas est le cas par défaut si la **mère est présente** dans l'hôpital.

Le nouveau-né est considéré comme nouveau-né sain si il le reste jusqu'à sa sortie.

Un nouveau-né est donc soit « nouveau-né sain » pour **tout son séjour** et est facturé avec les APDRG 620 ou 629, **soit il doit être soigné** et est facturé avec les autres APDRG du MDC 15. En tous les cas un seul APDRG par enfant est facturé.

Il faudra établir **deux** factures - ou plus si naissance multiple - (accouchement et nouveau-né sain) pour l'assurance de la mère, avec l'APDRG correspondant.

Les **autres APDRG du MDC 15** (néonatalogie) sont facturés comme un cas **à l'assureur du bébé**.

Impact sur l'informatique (module de facturation) :

Admissions distinctes de la mère et du/des bébé(s).

Gestion des cas « nouveau-né » et « mère » séparément, tout en ayant une relation directe du cas de la mère avec le(s) cas du/des bébé(s).

Admission **nouveau-né et néonatalogie** (toute admission avec âge < 29 jours) :

- Né dans l'établissement au cours de **ce** séjour ?
(Oui ou Non provient des données d'admission ou peut être demandé sous forme de question : Oui = code No 3= input field groupeur 3M).
- Poids de naissance obligatoire (à indiquer au plus tard à la sortie).
Poids de naissance : « Poids en grammes » (3 ou 4 Char) = input field groupeur 3M (0100 à 9000).

Question de contrôle : Inférieur à Min = 1'500 et supérieur à 5'000 grammes
 → « Confirmez le poids : xyzg grammes ? »
(On peut confirmer un poids inférieur ou supérieur aux bornes).

Critères à tester :

- APDRG 620 ou 629 --> facturé séparément à l'assurance de la mère
 - Indiquer le nom de la mère sur la facture automatiquement
- Autres APDRG du MDC 15 --> facturé à l'assurance du bébé
 - Indiquer le nom de la mère sur la facture automatiquement pour MDC 15

APDRG « non explicites »

Référence : TAR-APDRG 2.3.11

« Les APDRG 468, 469, 470, 476, 477, ne sont pas facturables ils doivent être reclassés avant facturation. » On les nomme APDRG « non explicites ».

L'hôpital (la codificatrice) reprend le codage de zéro et si l'APDRG obtenu est toujours « non explicite », il choisit **manuellement** en fonction des règles APDRG, l'APDRG correspondant au séjour hospitalier.

Ceci devrait pouvoir être évité avec les outils d'aide au codage.

Sur la facture doit figurer le fait que l'APDRG a été déterminé manuellement par l'établissement.

Message du système sur la facture: " Code APDRG attribué manuellement ".

Un rapport doit documenter chaque cas établi manuellement, de manière à pouvoir sur demande rendre des comptes aux assureurs à ce sujet.

Utilisation de « Nice Code » :

L'utilisation de cet outil devrait permettre d'éviter l'obtention d'APDRG non explicites par correction immédiate du codage.

En présence de « Nice Code » il ne devrait pas y avoir d'APDRG attribué manuellement.

Impact sur l'informatique (module de facturation) :

Critère à tester : (processus se passe au niveau du codage)

Obtention d'APDRG « non explicite » 468, 469, 470, 476, 477.

➔ Rejet et exigence de reprendre le processus de codage de zéro.

➔ Si toujours « Non explicite » : question

« Attribution manuelle d'un APDRG ? »

Si **Non**, reprise du processus de codage de zéro, etc.

- L'attribution manuelle doit se terminer par une validation par la codificatrice, permettant le démarrage du processus de facturation
- Facture : indiquer " Code APDRG attribué manuellement "

Voir aussi Chapitre 3.

Passage de cas A en cas B ou de B en A

Le cas est fermé (sortie ou mouvement/changement de statut avec avis de sortie) et facturé à chaque passage de statut A en B (en réhabilitation – réadaptation – rééducation – soins palliatifs), et inversement.

Changement de statut A – B dans le même établissement :

En cas de passage dans le **même** établissement de statut A en B (et en réhabilitation - réadaptation – rééducation – soins palliatifs), et inversement :

→ **Double** facturation du jour du transfert interne : facturation du dernier jour du statut d'origine et facturation du premier jour du nouveau statut.

A fixer dans la convention.

Note : l'influence d'une journée de plus en cas A pour le calcul de l'APDRG sera nulle dans la majorité des cas. L'APDRG sera le même si on se trouve en inlier.

Impact sur l'informatique (module de facturation) :

- Chaque épisode en soins aigus (A) est toujours considéré comme un nouveau cas si la nouvelle entrée a lieu après plus de 24,00 heures après la sortie précédente de A
- Chaque épisode donne lieu à son entrée à un nouvel avis d'entrée et à sa sortie à une facturation en APDRG

Passage de cas A en cas C

Le passage de catégorie A en catégorie « attente de placement » (C), en général dans le même établissement, ne doit pas impliquer une double facturation du jour de changement de statut.

On ferme le cas A par une sortie pour obtenir l'APDRG et on ouvre un nouveau cas en C sur le jour suivant (on peut fermer le séjour A juste avant minuit à 23:59, et ouvrir le nouveau séjour C à minuit i.e. à 00 :00).

Outliers

Une hospitalisation de durée supérieure ou inférieure aux bornes définies pour l'APDRG qui lui a été attribué est un outlier.

Un supplément de points ou une diminution du nombre de points permet de modifier le coût de ces hospitalisations. Voir Chapitre 2 pour les définitions.

Impact sur l'informatique (module de facturation) :

Critères à tester :

- Durée de séjour > HTP1 ou < LTP
- Durée des congés (à soustraire) : voir règles au paragraphe « Congés »

→ Calcul du nombre de points particulier, selon durée du séjour, à l'aide des formules ad-hoc. Voir Chapitre 2.

APDRG (SPG) attribués par le module de facturation

Outre les SPG **900** et **901** (« Décès le premier jour », « Transfert le premier jour »), attribués directement par le module de facturation (voir paragraphes ci-avant), plusieurs SPG sont également à attribuer par le module de facturation de manière particulière. (Voir Annexes).

Ces « APDRG **de facturation** » (SPG) ne sont pas traités par le groupeur 3M actuel parce que ce sont des exceptions Suisses. Une version Suisse du groupeur est prévue.

SPG No :

- 902 = cas classé par le groupeur dans divers APDRG (autres que le 545), avec implantation ou remplacement de défibrillateur
- 903 = cas classé initialement par le groupeur dans l'APDRG 545, cas avec implantation ou remplacement de défibrillateur
- 904 = APDRG 803 mais don « non géno-identique » (*Allogreffes pas pratiquées sur VD*)
- 905 = APDRG 804 mais prélèvement seul (phase a) « autologue »
- 906 = APDRG 804 mais greffe seule (phase b) « autologue »
(Remarque : APDRG 804 (phases a et b) = 905 + 906 dans deux séjours différents)
- 907 = n-né dans l'établissement au cours de **ce** séjour, décédé en moins de 24,00 h sans transfert hors du périmètre de la salle d'accouchement (pas de transfert en soins intensifs, en néonatalogie, etc.)

Impact sur l'informatique (module de facturation) :

Critères à tester : (processus se passe au niveau du codage) selon CHOP6

- Si le cas n'est **pas** initialement classé par le groupeur dans l'APDRG 545 et son enregistrement contient
 - soit le code CHOP 37.94,
 - soit la combinaison de codes CHOP 37.95 & 37.96,
 - soit la combinaison de codes CHOP 37.97 & 37.98,
 - soit le code CHOP 00.51,
 - soit la combinaison de codes CHOP 37.95 & 00.54,
 - soit la combinaison de codes CHOP 37.97 & 00.54.

→ attribution SPG 902

- Si le cas **est** initialement classé dans l'APDRG 545 et son enregistrement contient
 - soit le code CHOP 37.94,
 - soit la combinaison de codes CHOP 37.95 & 37.96,
 - soit la combinaison de codes CHOP 37.97 & 37.98,
 - soit le code CHOP 00.51,
 - soit la combinaison de codes CHOP 37.95 & 00.54,
 - soit la combinaison de codes CHOP 37.97 & 00.54.

→ attribution SPG 903

- Si APDRG 803 --> Question : « Géno-identique ? » → Si Non →

→ attribution SPG 904

- Si APDRG obtenu est différent de 804 avec CHOP 4191 ou avec CHOP 9972

→ **attribution SPG 905**

- Si APDRG 804 sans CHOP 4191 et sans CHOP 9972

→ **attribution SPG 906**

- Si le cas est initialement classé par le groupeur dans l'APDRG 637 et
 - Naissance dans l'établissement
 - Durée de séjour < 24,00 heures
 - Aucun transfert interne hors périmètre de la salle d'accouchement

→ **attribution SPG 907**

→→ Sinon : on facture l'APDRG attribué par le groupeur 3M.

Le processus se termine en tous les cas par la validation par la codificatrice.

Notes :

Les prestations pour SPG 904 (comme pour l'APDRG 803 d'ailleurs) = allogreffes, ne se pratiquent pas sur Vaud.

Voir Chapitre 3 : Modification de l'APDRG avant sa validation : disposition informatique.
La procédure pour APDRG (SPG) attribué par le module de facturation s'applique intégralement ici (utilisation du second champ, statistiques, ...).

Confidentialité du code APDRG

L'Hôpital doit pouvoir donner la possibilité à un patient de demander que le code APDRG / SPG de son séjour ne soit transmis qu'au médecin conseil de son assurance.

Prévoir un formulaire de « désaccord explicite » à remplir par le patient à son entrée.
Si le formulaire n'est pas remis rempli par le patient, le code figurera en clair sur la facture remise à l'assureur. Le libellé de l'APDRG /SPG ne figure en aucun cas sur la facture.

Si le formulaire est remis rempli par le patient :

- La facture papier et/ou électronique indiquera le code 999 à la place du code APDRG / SPG du séjour
- Une version complète de la facture avec le code APDRG / SPG du séjour est à transmettre confidentiellement au médecin conseil de l'assurance

Autres règles liées à la facturation par APDRG

- Pré-hospitalisation : visite quelques jours avant l'hospitalisation pour définir ou évaluer certains éléments comme l'anesthésie : facturation en ambulatoire standard.
- Changement d'assureur en cours d'hospitalisation : l'assureur qui a reçu l'avis d'entrée est le répondant pour l'hospitalisation entière et reçoit la facture complète.
Les assureurs s'arrangent entre eux. Il n'est techniquement pas possible de scinder une facturation par APDRG, ni de donner à un assureur une information concernant la part du séjour qui le concernerait.
- Changement de catégorie de garant en cours d'hospitalisation : LAMal vers LAA ou l'inverse : même règle et commentaires que ci-dessus.
- Changement de statut : facturation des suppléments honoraires, etc. (assurance complémentaire) toujours pour la totalité du séjour si l'assureur a donné son accord à l'entrée.

6 Terminologie

<u>GENERALITES :</u>	
APDRG	All Patients Diagnosis Related Groups
SPG	Swiss Payment Groups
Groupeur	Application qui permet d'attribuer un APDRG au cas
3M	Société américaine fournissant le groupeur en APDRG
H	Hospitalisation
AOS	Assurance Obligatoire de Soins (LAMal = Ass. Maladie, LAA = Ass. Accidents)
FHV	Fédération des Hôpitaux vaudois
ICD-10	Classification internationale des maladies (codes diagnostiques)
CHOP	Classification internationale des interventions (codes d'intervention = codes opératoires code de traitement)
<u>TERMES TECHNIQUES APDRG :</u>	
MDC	Major Diagnostic Categories
T	Type d'APDRG (M= médical, P= chirurgical)
DRG	Numéro de l'APDRG
CW	Costweight (= rapport du coût des hospitalisations correspondant à un APDRG donné par rapport au coût moyen de toutes les hospitalisations)
LTP_C	Borne inférieure (Trim Point) au-dessous de laquelle les valeurs de costweights sont considérées comme cas extrêmes (outliers)
HTP_C	Borne supérieure (Trim Point) au-dessus de laquelle les valeurs de costweights sont considérées comme cas extrêmes (outliers)
ALOS	Durée moyenne d'hospitalisation (Average Length Of Stay)
LTP	Borne inférieure (Trim Point) au-dessous de laquelle les valeurs de durée d'hospitalisation sont considérées comme cas extrêmes (outliers)
HTP1	1 ^{ère} borne supérieure (Trim Point) au-dessus de laquelle les valeurs de durée d'hospitalisation sont considérées comme cas extrêmes (outliers)
HTP2	Seconde borne supérieure (Trim Point) à partir de laquelle chaque journée est remboursée à raison de $0.7 \cdot CW / ALOS$;

7 Annexes

Ces Annexes sont à télécharger à partir des sites internet indiqués.

- **Table OFFICIELLE « Liste des APDRG et de leurs valeurs relatives - cost-weights »** : version 2004, valable en 2005 = version 4.1

www.apdrgsuisse.ch (Site APDRG Suisse , accès membres)

Cette liste costweights évolue en général chaque année.

- **Rapport TAR-APDRG** : version 2004 (Juillet 2003)

Manuel de tarification par APDRG - principes et règles de financement et de facturation par APDRG. L'objectif est de fournir l'ensemble des spécifications techniques permettant l'utilisation des APDRG dans le cadre des conventions tarifaires définies par la législation sur l'assurance maladie et l'assurance accident.

www.apdrgsuisse.ch (Site APDRG Suisse , accès membres)

- **OCP - Ordonnance sur le calcul des coûts et le Classement des Prestations par les hôpitaux** : Ordonnance fédérale du 3 juillet 2002

Interprétation du texte de l'OCP par H+ - Les Hôpitaux suisses :

<http://files.hplus.ch/pages/HplusDocument2242.pdf>