

APDRG

Svizzera
Schweiz
Suisse



TAR APDRG 2004

Principes et règles de financement et de facturation par APDRG

Juillet 2003

Version 02b – 08.09.03

Ce document est disponible à l'adresse www.hospvd.ch/ise/apdrg

Secrétariat:

ISE ✓ · Bâtiment La Ruhe · Site de Cery · 1008 Prilly · TEL: 021 641 05 80 · FAX: 021 641 05 81

E-mail: ise@hospvd.ch · Web: www.hospvd.ch/ise

Table des matières

1	Introduction	1
1.1	Objectif	1
1.2	Contenu du document.....	1
1.3	Méthodologie	1
2	Définitions et règles fondamentales.....	2
2.1	Définitions et périmètres.....	2
2.1.1	Données nécessaires.....	2
2.1.2	Règles pour le codage des diagnostics et des interventions	2
2.1.3	Périmètre d'utilisation des APDRG	3
2.1.4	Hospitalisation.....	4
2.2	Autres hospitalisations et hospitalisations particulières	5
2.2.1	Cas de psychiatrie ou d'abus de substance (alcoolisme et toxicomanie)	5
2.2.2	Réadaptation.....	5
2.2.3	Soins palliatifs	5
2.2.4	Hébergement médico-social et attente de placement	6
2.3	Règles particulières.....	6
2.3.1	Modification de la cause d'hospitalisation au cours d'un même séjour	7
2.3.2	Réhospitalisation	7
2.3.3	Séjour sur deux exercices comptables.....	8
2.3.4	Semi-hospitalisation immédiatement suivie d'une hospitalisation	8
2.3.5	Semi-hospitalisation dans un autre hôpital pendant un séjour hospitalier	8
2.3.6	Transfert dès le deuxième jour dans un autre hôpital	9
2.3.7	Urgences	9
2.3.8	Nouveau-nés sains.....	10
2.3.9	APDRG non facturables et APDRG "forcés"	10
2.3.10	Swiss Payment Groups (SPG)	11
2.3.10.1	Décès moins de 24 heures après l'admission (SPG 900)	11
2.3.10.2	Transfert moins de 24 heures après l'admission (SPG 901)	12
2.3.10.3	Implantation d'un défibrillateur cardiaque automatique (SPG 902 et 903)	12
2.3.10.4	Allogreffe de moelle osseuse [donneur non géno-identique] (SPG 904)	13
2.3.10.5	Transplantation autologue de moelle osseuse (SPG 905 et 906)	13
2.3.10.6	Nouveau-né décédé moins de 24 heures après la naissance (SPG 907).....	13
3	Comptabilité analytique.....	15
3.1	Généralités	15
3.2	Méthode de comptabilité analytique.....	15
3.3	Coûts imputables et non imputables.....	16
3.3.1	Coûts non imputables aux assureurs faisant l'objet d'une imputation à un objet de coûts.....	16
3.3.1.1	Formation médicale et autres professions universitaires (pharmaciens biologistes, etc.)	16
3.3.1.2	Autres professions de la santé et du domaine social	16
3.3.1.3	Recherche.....	17
3.3.1.4	Prestations hors assurance obligatoire des soins	17
3.3.1.5	Urgence et services de piquet, pour la part des coûts non couverte par le remboursement des prestations effectuées.....	17
3.3.2	Coûts non imputables à déduire: investissements	17

4	Données produites par APDRG Suisse	18
5	Tarification et facturation	19
5.1	Règles générales	19
5.1.1.	Informations nécessaires à la facturation	19
5.1.2.	Principes	19
5.2	Importance du lien entre codage des dossiers et facturation	19
5.3	Exemple	19
6	Certification	21
6.1	Introduction	21
6.2	Codage des diagnostics et des interventions	21
6.2.1.	Introduction	21
6.2.2.	Recommandation	21
6.2.3.	Exemples	21
6.3	Outliers et journées inappropriées	21
6.3.1.	Introduction	21
6.3.2.	Recommandation	22
6.3.3.	Exemple	22
6.4	Réadmissions et transferts	22
6.4.1.	Introduction	22
6.4.2.	Recommandations	22
6.4.3.	Exemples	23
7	Programme Qualité	24
7.1	Introduction	24
7.2	Exemples	25
7.3	Recommandations	25

1 Introduction

1.1 Objectif

Ce document est une mise à jour des rapports "TAR APDRG 2002" et "TAR APDRG 2002 révision 1". Son objectif est de fournir l'ensemble des spécifications techniques permettant l'utilisation des APDRG (All Patient Diagnosis Related Groups) dans le cadre des conventions tarifaires définies par la législation sur l'assurance maladie et l'assurance accident, ainsi que des comparaisons entre hôpitaux dans le cadre de l'analyse de leur financement.

TAR APDRG 2004 est destiné à faciliter la mise en œuvre du financement par APDRG dès 2004 dans les cantons qui ont décidé de son introduction. Il traite des principes et règles de financement par APDRG mais n'aborde aucune question relative au logiciel de groupage et à la manière dont il peut être intégré aux systèmes informatiques des hôpitaux¹.

1.2 Contenu du document

Outre l'introduction, ce document s'articule en six chapitres qui traitent les points suivants:

- le chapitre 2 répertorie les règles nécessaires à la facturation par APDRG, le périmètre d'application ainsi que les définitions relatives à l'hospitalisation et aux cas particuliers;
- le chapitre 3 explicite les règles de comptabilité analytique et d'imputation des coûts par patient, en application des dispositions sur les coûts imputables de la législation relative aux assurances sociales;
- le chapitre 4 décrit la manière dont APDRG Suisse a fixé les paramètres du remboursement par APDRG;
- le chapitre 5 fixe les règles de la facturation aux assureurs;
- le chapitre 6 examine les questions liées aux procédures de contrôle et de suivi permettant de faciliter l'administration du système par les hôpitaux, les assureurs et les cantons;
- le chapitre 7 décrit les programmes qualité accompagnant le financement et le remboursement par APDRG.

1.3 Méthodologie

Ce rapport est le fruit d'un travail collectif d'experts membres de APDRG Suisse ou sollicités par APDRG Suisse. L'Institut de santé et économie (ISE), mandaté par APDRG Suisse, a assuré le suivi de la démarche générale ainsi que les travaux techniques nécessaires à l'avancement de ce document.

Si vous y découvrez des erreurs qui nous auraient malheureusement échappées ou des explications qui vous semblent incompréhensibles, n'hésitez pas à les signaler en adressant un message électronique à l'adresse apdr-g-ch@hospvd.ch. Nous vous remercions d'avance de nous aider à améliorer la forme et le contenu de ce rapport.

¹ Une description détaillée des critères de classement par APDRG utilisés par le logiciel de groupage figure dans le Definitions Manual (voir www.hospvd.ch/ise/apdr-g). Une étude pour les besoins informatiques de facturation par APDRG réalisée dans le canton de Vaud est disponible à l'adresse www.hospvd.ch/ise/apdr-g.

Espace destiné aux notes personnelles

2 Définitions et règles fondamentales

2.1 Définitions et périmètres

2.1.1 Données nécessaires

De manière générale, les données nécessaires au financement et à la facturation par APDRG² sont les données de la statistique médicale établie selon la loi du 9 octobre 1992 sur la statistique fédérale (LSF), son ordonnance et les directives y afférentes de l'Office fédéral de la statistique (OFS).

Le classement des hospitalisations dans les SPG (Swiss Payment Groups) définis au chapitre 2.3.10 (page 11 et suivantes) nécessite en outre les données suivantes:

- heure d'admission³ et heure de sortie⁴ lors d'un décès ou d'un transfert moins de 24 heures après l'admission;
- statut du donneur (géno-identique ou non) lors d'allogreffe de moelle osseuse;
- service dans lequel le patient a été transféré lors du décès d'un nouveau-né moins de 24 heures après sa naissance.

2.1.2 Règles pour le codage des diagnostics et des interventions

Le codage des diagnostics et des interventions s'effectue selon les directives émises par l'Organisation mondiale de la santé et par l'Office fédéral de la statistique (organe compétent sur le territoire suisse). Les classifications utilisées sont la CIM-10 (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^{ème} révision) et la CHOP (Classification suisse des interventions chirurgicales)⁵.

Les questions relatives au codage sont à adresser à l'Office fédéral de la statistique (Section de la santé, Espace de l'Europe 10, 2010 Neuchâtel, Tél.: 032 713 63 60, E-mail: codeinfo@bfs.admin.ch). Les directives de codage sont publiées dans le manuel officiel des règles de codage en Suisse et le bulletin d'information "CodeInfo", tous deux publiés par l'OFS⁶.

² Bien qu'une comptabilité analytique par unités finales d'imputation permettant de calculer les coûts de chaque hospitalisation ne soit pas nécessaire au financement par APDRG, elle est utile à tous les hôpitaux qui souhaitent déterminer l'écart entre leurs propres coûts de production et les montants remboursés.

³ Selon les directives relatives à la statistique médicale, dans l'enregistrement d'une hospitalisation l'indication de l'heure d'admission n'est obligatoire que pour les cas urgents (ces derniers étant définis par un traitement nécessaire dans les 12 heures).

⁴ Selon les directives relatives à la statistique médicale, dans l'enregistrement d'une hospitalisation l'indication de l'heure de sortie n'est obligatoire que pour les cas de décès.

⁵ La version 1.3 du groupeur APDRG (en vigueur du 01.01.03 au 31.12.03) doit être utilisée avec les codes d'intervention de la version 5 de la CHOP. La version 1.4 du groupeur APDRG (en vigueur du 01.01.04 au 31.12.04) doit être utilisée avec les codes d'intervention de la version 6 de la CHOP.

⁶ Documents téléchargeables à partir du site internet de l'Office fédéral de la statistique (www.bfs.admin.ch), domaine no 14 (Santé).

Espace destiné aux notes personnelles

Les questions concernant les incompatibilités entre les directives de codage et le classement effectué par le groupeur APDRG sont traitées au chapitre 2.3.9 (page 10) du présent document.

2.1.3 Périmètre d'utilisation des APDRG

Règle

Le périmètre d'utilisation des APDRG s'étend à l'activité d'hospitalisation des hôpitaux et divisions de soins aigus somatiques.

Sont exclus les cas pris en charge dans:

- les établissements ou les divisions spécialisées de rééducation;
- les établissements ou les divisions spécialisées de psychiatrie ou de traitement des abus de substances (alcoolisme et toxicomanie);
- les établissements ou les divisions spécialisées dans les soins palliatifs;
- les établissements ou les divisions d'hébergement médico-social;

ainsi que:

- les fins de séjour pour patients en attente de placement médico-social ou de prise en charge médico-sociale à domicile;
- les prises en charge selon des programmes de centre de jour de réadaptation et de psychiatrie.

Commentaire

Comme le relèvent les publications internationales, les APDRG ont été développés pour définir et financer l'activité des hôpitaux de soins aigus somatiques exclusivement. Ils ne conviennent pas au financement des hôpitaux spécialisés en psychiatrie, en réadaptation ou en soins palliatifs, ainsi que des traitements d'abus de substances (alcoolisme et toxicomanie)⁷.

En ce qui concerne la réadaptation, compte tenu des expériences faites à l'échelon international, il a été décidé de ne pas proposer de tarification par APDRG. Il est recommandé de séparer la phase de traitement aigu de la phase de réadaptation et de faire une nette distinction entre les unités ou les hôpitaux qui fournissent des prestations de réadaptation et les autres unités ou hôpitaux. Le cas échéant, les fournisseurs de soins et les assureurs spécifieront dans leurs conventions les éventuels programmes de réadaptation assurés dans les divisions de soins aigus, de manière à préciser leur financement.

Les APDRG ne sont également pas appropriés au financement des prolongations de séjour dans les hôpitaux de soins aigus somatiques dues à une attente de transfert (placement) du patient dans un établissement médico-social (EMS) ou à domicile. La présence de patients dans les hôpitaux de soins aigus alors que leur séjour ne s'y justifie plus pour des raisons médicales provient entre autres du mauvais fonctionnement de la chaîne de soins. De ce fait, il est nécessaire de distinguer ces prolongations de séjour à caractère médico-social du séjour aigu proprement dit, pour éviter qu'elles soient financées

⁷ Les cas de psychiatrie pris en charge dans les institutions de soins aigus somatiques (MDC 19 et 20) sont néanmoins pris en considération dans TAR APDRG 2004 (voir chapitre 2.2.1 à la page 5).

Espace destiné aux notes personnelles

en tant que cas extrêmes (outliers)⁸ ou qu'elles pénalisent les hôpitaux subissant les conséquences d'un mauvais fonctionnement du réseau de soins.

La définition du périmètre d'utilisation des APDRG implique donc une définition précise des catégories d'hôpitaux ou de divisions d'hôpitaux. La mise en oeuvre des APDRG est difficile si hôpitaux et cantons ne font pas une nette distinction entre les hôpitaux ou unités de soins aigus et les autres établissements ou divisions (psychiatrie, réadaptation, soins palliatifs et divisions de long séjour).

2.1.4 Hospitalisation

Règle

Conformément aux définitions de l'OFS, une hospitalisation est un séjour d'un patient dans un hôpital pour une intervention, un examen, une surveillance ou des soins.

Le séjour débute au moment de l'admission (en urgence ou non) et se termine:

- soit par la sortie après plus de 24 heures;
- soit par un transfert vers un autre hôpital ou par un décès, quelle que soit la durée d'hospitalisation.

Le séjour se termine également lorsque le patient ne nécessite plus de surveillance ou de soins en milieu hospitalier, ce qui est notamment le cas lorsqu'une décision de sortie a été prise et que le patient reste en attente de transfert dans un établissement médico-social ou à domicile.

Modification prévue

Une nouvelle définition de l'hospitalisation est donnée dans l'article 3 de l'OCP⁹, qui stipule que "sont réputés traitements hospitaliers au sens de l'art. 49, al. 1, de la loi les séjours à l'hôpital d'une durée d'au moins 24 heures pour des examens, des traitements et des soins. Les séjours à l'hôpital de moins de 24 heures, au cours desquels un lit est occupé durant une nuit, ainsi que les séjours à l'hôpital en cas de transfert dans un autre hôpital ou en cas de décès, sont également réputés traitements hospitaliers".

Cette disposition n'étant pas mise en oeuvre sur l'ensemble du territoire suisse, il n'y a pas lieu, pour l'instant, de la retenir.

Dispositions légales

LAMal, article 49 Conventions tarifaires avec les hôpitaux, alinéa 3:

En cas d'hospitalisation, la rémunération s'effectue conformément au tarif applicable à l'hôpital, en vertu des 1^{er} et 2^{ème} alinéas, tant que le patient a besoin, selon l'indication médicale, d'un traitement et de soins ou d'une réadaptation médicale en milieu hospitalier. Si cette condition n'est plus remplie, le tarif selon l'article 50 est applicable.

LAMal, article 50 Conventions tarifaires avec les établissements médico-sociaux:

⁸ Voir chapitre 2.2.4 à la page 6.

⁹ Ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance maladie (RS 832.104). La modification introduite par cette ordonnance est qu'un traitement est considéré comme hospitalier dès qu'un lit est occupé durant une nuit, même si la durée de séjour est inférieure à 24 heures.

Espace destiné aux notes personnelles

En cas de séjour dans un établissement médico-social (art. 39, 3^{ème} al.), l'assureur prend en charge les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire et pour les soins à domicile. Il peut toutefois convenir, avec l'établissement médico-social, d'un mode de rémunération forfaitaire. Les 6^{ème} et 7^{ème} alinéas de l'article 49 sont applicables par analogie.

2.2 Autres hospitalisations et hospitalisations particulières

2.2.1 Cas de psychiatrie ou d'abus de substance (alcoolisme et toxicomanie)

Règle

Les hospitalisations dans un hôpital de soins aigus somatiques classées dans un APDRG des MDC (Major Diagnostic Categories) 19 (maladies mentales et psychiatriques) et 20 (troubles mentaux organiques induits par l'alcool et les drogues) sont tarifées en APDRG.

Commentaire

Les analyses statistiques ont démontré une bonne homogénéité de coûts des hospitalisations classées dans les APDRG des MDC 19 et 20, raison pour laquelle il a été décidé de les rembourser selon un tarif par APDRG et non un tarif psychiatrique particulier.

2.2.2 Réadaptation

Règle

Le financement et la tarification par APDRG ne s'appliquent pas aux établissements de réadaptation et aux divisions spécialisées en réadaptation.

Un établissement de soins aigus ne peut pas facturer, de manière cumulative, l'APDRG 462 (*réadaptation*) et un autre APDRG pour un séjour continu dans le même hôpital. Les hôpitaux de soins aigus ou les divisions d'hôpitaux de soins aigus peuvent toutefois prévoir des programmes de réadaptation spéciaux par convention avec les assureurs. L'hôpital effectue alors une sortie administrative du patient en fin de l'épisode de soins aigus et facture le programme selon les règles prévues par la ladite convention.

Commentaire

Comme indiqué dans le chapitre consacré au périmètre des APDRG (page 3), il est recommandé de distinguer clairement la phase de réadaptation de la phase aiguë de prise en charge du patient.

2.2.3 Soins palliatifs

Règle

Le financement et la tarification par APDRG ne s'appliquent pas aux établissements de soins palliatifs ou aux divisions spécialisées en soins palliatifs.

Les hôpitaux de soins aigus ou les divisions d'hôpitaux de soins aigus peuvent toutefois prévoir des programmes de soins palliatifs spéciaux par convention avec les assureurs. L'hôpital effectue alors une sortie administrative du patient en fin de l'épisode de soins aigus et facture le programme selon les règles prévues par la ladite convention.

Espace destiné aux notes personnelles

Commentaire

Dans les établissements ou divisions de soins de soins aigus qui ne font pas de distinction entre phase thérapeutique et phase de soins palliatifs un seul APDRG est facturable (celui dans lequel l'hospitalisation est classée en fonction de tous les codes diagnostiques et d'intervention correspondant au dossier du patient).

2.2.4 Hébergement médico-social et attente de placementRègle**Hébergement médico-social au sein d'un hôpital de soins aigus**

Les hôpitaux disposant de divisions d'hébergement médico-social doivent les distinguer des unités de soins aigus. Les séjours dans ces divisions (en principe reconnues comme telles par la planification cantonale¹⁰) ne sont pas remboursés par APDRG.

Attente de placement dans un hôpital ou unité de soins aigus

Si, dans un hôpital ou une unité de soins aigus, un patient est en attente de transfert dans un établissement médico-social ou à domicile, l'hôpital procède à une sortie administrative du patient et à son admission comme cas médico-social en attente de placement.

Les conventions tarifaires relatives aux cas médico-sociaux sont alors appliquées.

Commentaire

Les hospitalisations prolongées en raison d'une attente de placement ne peuvent pas être considérées comme "outliers". Les assureurs peuvent prévoir des procédures de contrôle dans les hôpitaux pour garantir le respect de cette règle (voir chapitre 6.3 à la page 21).

2.3 Règles particulières

Ce chapitre traite des règles s'appliquant à divers cas particuliers. Il s'agit notamment de:

- modification de la cause d'hospitalisation au cours d'un même séjour;
- réhospitalisation;
- séjour sur deux exercices comptables;
- semi-hospitalisation immédiatement suivie d'une hospitalisation;
- semi-hospitalisation dans un autre hôpital pendant un séjour hospitalier;
- transfert dès le deuxième jour dans un autre hôpital;
- urgences;
- nouveau-nés sains;
- APDRG non facturables et APDRG "forcés";
- Swiss Payment Groups (SPG).

¹⁰ L'article 39 de la LAMal fait cette distinction.

Espace destiné aux notes personnelles

2.3.1 Modification de la cause d'hospitalisation au cours d'un même séjour

Règle

Quelle que soit la modification de la cause d'hospitalisation pendant un séjour hospitalier, l'hôpital n'établit qu'une facture, avec un seul APDRG¹¹.

L'hospitalisation est classée dans l'APDRG correspondant aux codes diagnostiques et d'intervention attribués selon les règles de l'OMS et de l'OFS¹² (les questions concernant les incompatibilités entre les directives de codage et le classement effectué par le groupeur APDRG sont traitées au chapitre 2.3.9, page 10).

2.3.2 Réhospitalisation

Règle

Toute réhospitalisation plus de 24 heures après la sortie du patient est considérée comme un nouveau cas¹³, quel que soit le nombre de jours entre l'hospitalisation et la réhospitalisation, que la réhospitalisation ait lieu dans le même hôpital ou dans un autre hôpital.

Un séjour qui fait suite à un congé programmé n'est pas considéré comme une réhospitalisation. Dans ce cas il s'agit d'une seule et unique hospitalisation entrecoupée d'une ou plusieurs journées de congé.

Il est recommandé que des procédures de contrôle et de suivi soient introduites pour vérifier que les réhospitalisations soient appropriées et que les dispositions concernant ces procédures figurent dans les conventions établies entre assureurs et hôpitaux (voir chapitre 6.4 à la page 22).

Commentaire

En théorie, un séjour de réhospitalisation devrait être groupé avec le premier séjour et faire l'objet d'une seule facturation. En pratique, l'application de ce principe cause de grandes difficultés: quels délais prévoir entre sortie et réadmission, comment régler les réhospitalisations entre deux hôpitaux, etc.

Le comité de projet est conscient que la règle ci-dessus peut poser des problèmes. C'est la raison pour laquelle il recommande un contrôle des réhospitalisations, de manière à éviter les abus.

¹¹ Une seule facture est également établie s'il est initialement prévu que l'assurance prenant en charge l'hospitalisation est l'assurance accident et finalement convenu que c'est l'assurance militaire (ou vice versa).

¹² Voir notamment StatSanté 2/2001, page 7 (http://www.statistik.admin.ch/stat_ch/ber14/fber14.htm, rubrique "StatSanté").

¹³ Si le retour dans le même hôpital de soins aigus a lieu moins de 24 heures après la sortie, celle-ci est annulée et le séjour précédent est prolongé.

Espace destiné aux notes personnelles

2.3.3 Séjour sur deux exercices comptables

Règle

Les factures APDRG ne sont émises qu'après la sortie du patient et ne concernent donc que les cas sortis durant l'exercice comptable, au tarif en vigueur le jour de la sortie du patient. Toute facturation intermédiaire est exclue (il n'y a qu'une et une seule facture APDRG par hospitalisation).

Commentaire

Les APDRG se facturant à la sortie du patient, il n'est pas possible de clore au 31 décembre la facturation de toutes les hospitalisations¹⁴ (comme cela peut se faire si la facturation est à la journée).

2.3.4 Semi-hospitalisation immédiatement suivie d'une hospitalisation

Règle

Une semi-hospitalisation n'est pas facturable si elle est directement suivie d'une hospitalisation; elle est alors incluse dans l'hospitalisation.

Commentaire

La règle ci-dessus est conforme aux pratiques actuelles.

2.3.5 Semi-hospitalisation dans un autre hôpital pendant un séjour hospitalier

Règle

Patient hospitalisé dans un établissement spécialisé

La semi-hospitalisation est facturable à l'assureur si le patient séjourne dans un établissement spécialisé (psychiatrique ou de traitement d'abus de substances, de réadaptation, de soins palliatifs ou médico-social) ou dans une division hospitalière spécialisée. Il est recommandé dans ce cas que l'établissement spécialisé décompte un jour de congé pour le jour de semi-hospitalisation.

Patient hospitalisé dans un établissement de soins aigus somatiques

Si le patient séjourne dans un hôpital de soins aigus somatiques ou dans une division de soins aigus somatiques, les prestations de semi-hospitalisation sont facturées à l'hôpital selon les conventions en vigueur. Il s'agit donc de prestations médicales déléguées à un sous-traitant. Les interventions effectuées dans l'établissement fournissant les prestations de semi-hospitalisation figurent dans le résumé de sortie établi par l'hôpital de soins aigus dans lequel le patient est hospitalisé.

Commentaire

Dans certains cas le patient nécessite une intervention dans un établissement autre que celui dans lequel il séjourne; sans qu'un transfert et une hospitalisation dans cet autre

¹⁴ On peut bien entendu effectuer une valorisation provisoire à but comptable interne des cas restant le 31 décembre à l'hôpital.

Espace destiné aux notes personnelles

établissement ne se justifie car l'intervention peut être effectuée comme traitement semi-hospitalier (pose d'un pacemaker suite à un infarctus, par exemple).

Il est alors judicieux que l'hôpital qui envoie le patient pour une telle intervention la paie à l'établissement qui l'a effectuée et enregistre le code de l'intervention effectuée dans l'établissement en question comme si elle avait été faite sur place¹⁵. L'hospitalisation est alors classée dans un APDRG en tenant compte de toutes les interventions faites au cours du séjour.

2.3.6 Transfert dès le deuxième jour dans un autre hôpital

Règle

Chaque hôpital facture l'APDRG correspondant au traitement dispensé; il y a donc deux factures et deux APDRG.

Il est recommandé de prévoir dans les conventions tarifaires des dispositions visant à prévenir les abus (voir chapitre 6.4 à la page 22).

Dans des cas particuliers, par exemple d'hôpitaux travaillant en réseau, d'autres dispositions peuvent être prises. Il est recommandé qu'elles soient inscrites dans les conventions tarifaires.

Commentaire

En théorie, il aurait été possible de prévoir une seule facture en cas de transfert du patient d'un hôpital à un autre. L'hôpital établissant la facture rembourserait alors sa part à l'autre hôpital.

En pratique, une telle solution est difficile à mettre en place sans une charge administrative importante. De plus, le fait que la tarification par APDRG n'est pas introduite dans tous les hôpitaux suisses en même temps complique encore la tâche.

2.3.7 Urgences

Règle

L'entrée en urgence n'a pas d'effet sur le classement de l'hospitalisation en APDRG.

Commentaire

Le comité de projet s'est demandé s'il était pertinent d'établir une distinction entre les admissions en urgence et les admissions convoquées.

Une analyse des APDRG a montré qu'une bonne partie d'entre eux tenaient déjà compte des divers modes d'entrée (par exemple, toutes les admissions pour infarctus du myocarde sont en urgence). Même si au sein des APDRG chirurgicaux des différences de coût en fonction du mode d'entrée peuvent être mises en évidence, le comité de projet a estimé inutile de prévoir un traitement particulier des hospitalisations faisant suite à une admission en urgence.

¹⁵ Relevons que cette règle ne correspond pas aux directives de l'OFS concernant le relevé des interventions dans la statistique médicale.

Espace destiné aux notes personnelles

2.3.8 Nouveau-nés sains

Règle

Les hospitalisations de nouveau-nés sont classées en APDRG comme toute autre hospitalisation.

Les nouveau-nés sains¹⁶ sont ceux dont l'hospitalisation est classée dans l'APDRG 620 (nouveau-né 2,0-2,49 kg sans intervention significative, avec statut normal) ou 629 (nouveau-né > 2,5 kg sans intervention significative, diagnostic normal). Ils sont à la charge de l'assurance de la mère dans la mesure où la naissance a eu lieu durant l'hospitalisation.

Les autres APDRG du MDC 15 (néonatalogie) sont facturés à l'assurance du bébé.

Commentaire

La règle ci-dessus découle des dispositions de la LAMal, selon lesquelles les hospitalisations des nouveau-nés sains ne doivent pas être à la charge de l'assureur du nouveau-né, mais de la mère.

Ainsi, lors de la naissance d'un nouveau-né sain (hospitalisation classée dans l'APDRG 620 ou 629), l'assurance de la mère recevra deux factures: une pour le séjour de la mère et l'autre pour celui du bébé.

Par contre, lorsque le nouveau-né est considéré comme malade (hospitalisation classée dans un APDRG autre que 620 ou 629), la facture le concernant sera envoyée à l'assurance du bébé.

Chaque nouveau-né est donc considéré comme un cas administratif à part entière.

2.3.9 APDRG non facturables et APDRG "forcés"

Règle

Les APDRG 468 (interventions chirurgicales importantes sans relation avec le diagnostic principal), 469 (diagnostic principal non valable comme diagnostic principal), 470 (séjours non groupables), 476 (interventions sur la prostate non liées au diagnostic principal) et 477 (interventions moins importantes non liées au diagnostic principal) ne sont pas facturables.

Les hospitalisations doivent être reclassées avant facturation dans un APDRG autre que ceux mentionnés ci-dessus. Si le classement dans un APDRG non facturable résulte d'un codage déficient, ce dernier doit être revu et corrigé. Si malgré un codage irréprochable le classement dans un APDRG facturable n'est pas possible en appliquant les procédures de groupage habituelles, l'hôpital choisit l'APDRG correspondant au séjour hospitalier en fonction des règles du Definitions Manual¹⁷. Il indique alors dans la facture que l'APDRG

¹⁶ Il s'agit de nouveau-nés considérés comme sains sous l'angle administratif. Une hospitalisation peut être classée dans l'APDRG 620 ou 629 même si le nouveau-né présente des affections qui conduiraient les médecins (ou une partie d'entre eux) à ne plus considérer le nouveau-né comme véritablement sain (la limite entre le normal et le pathologique varie selon les points de vue). Dans tous les cas, seul le classement dans l'APDRG 620 ou 629 fait foi pour déterminer le payeur de la facture et considérer le cas comme nouveau-né sain.

¹⁷ Le Definitions Manual des APDRG est un document en anglais de 1'408 pages décrivant de manière détaillée tous les APDRG (voir www.hospvd.ch/ise/apdrg). Un examen approfondi de ce document permet de comprendre les règles selon lesquelles les codes diagnostics et d'intervention sont pris en considération pour classer les

Espace destiné aux notes personnelles

facturé n'est pas celui qui ressort logiquement de la procédure de groupage, mais qu'il a été déterminé manuellement par l'établissement ("APDRG forcé" ou "APDRG attribué manuellement"). L'hôpital a l'obligation de documenter chaque cas établi manuellement, de manière à pouvoir rendre des comptes aux assureurs à ce sujet.

Commentaire

La règle des "APDRG forcés" figurant ci-dessus s'applique exclusivement aux APDRG 468, 469, 470, 476 et 477.

Les hospitalisations dont l'APDRG doit être établi manuellement sont rares; le comité de projet a donc émis la règle ci-dessus afin que toute hospitalisation soit clairement facturable.

Le comité de projet estime que cette procédure permettra d'améliorer la qualité du codage dans les hôpitaux suisses. Elle permettra également d'identifier les modifications à apporter au groupeur afin de réduire le nombre d'hospitalisations classées dans des APDRG non facturables malgré un codage correct.

2.3.10 Swiss Payment Groups (SPG)

Pour tenir compte de quelques particularités de la facturation hospitalière en Suisse, des groupes spéciaux dénommés "Swiss Payment Groups" (SPG) ont été créés. Ils concernent les hospitalisations durant lesquelles:

- le patient est décédé moins de 24 heures après son admission;
- le patient a été transféré dans un autre établissement de soins aigus moins de 24 heures après son admission;
- un défibrillateur cardiaque automatique a été implanté;
- une greffe de moelle a été effectuée;
- le nouveau-né est décédé moins de 24 heures après sa naissance.

Le classement dans un SPG n'est pas opéré par le groupeur APDRG, mais par un logiciel complémentaire qui est mis gratuitement à disposition des membres de APDRG Suisse (pour de plus amples informations veuillez envoyer un message à l'adresse suivante: apdr-g-ch@hospv-d.ch).

Comme indiqué au chapitre 2.1.1 (page 2), le classement des hospitalisations dans les SPG (Swiss Payment Groups) nécessite des données qui ne sont pas comprises dans la statistique médicale des hôpitaux.

2.3.10.1 Décès moins de 24 heures après l'admission (SPG 900)

Règle

Une hospitalisation durant laquelle le patient décède moins de 24 heures après son admission est classée dans le SPG 900, à l'exception des cas du MDC 15 (néonatalogie).

hospitalisations en APDRG. Le classement dans un APDRG non facturable malgré un codage correct peut notamment survenir quand aucun des MDC associés aux codes d'intervention n'est un MDC associé au code diagnostique principal. Dans ce cas une bonne connaissance du Definitions Manual permet de reclasser l'hospitalisation dans l'APDRG facturable qui correspond le mieux aux diagnostics et interventions figurant dans le dossier du patient.

Espace destiné aux notes personnelles

Commentaire

Si les heures d'admission et de sortie ne figurent pas parmi les données concernant l'hospitalisation, la règle ci-dessus n'est pas applicable telle quelle. La durée d'hospitalisation ne pouvant être calculée en heure, ce sont les décès survenant le jour de l'admission ou le jour suivant celui de l'admission qui sont classés dans le SPG 900.

2.3.10.2 Transfert moins de 24 heures après l'admission (SPG 901)Règle

Une hospitalisation durant laquelle le patient est transféré dans un autre établissement de soins aigus moins de 24 heures après son admission est classée dans le SPG 901, à l'exception des cas du MDC 15 (néonatalogie).

Commentaire

Si les heures d'admission et de sortie ne figurent pas parmi les données concernant l'hospitalisation, la règle ci-dessus n'est pas applicable telle quelle. La durée d'hospitalisation ne pouvant être calculée en heure, ce sont les transferts survenant le jour de l'admission ou le jour suivant celui de l'admission qui sont classés dans le SPG 901.

2.3.10.3 Implantation d'un défibrillateur cardiaque automatique (SPG 902 et 903)Règle

Une hospitalisation durant laquelle une implantation de défibrillateur cardiaque automatique est réalisée est classée dans le SPG 902 (implantations de défibrillateur cardiaque automatique) ou 903 (implantations de défibrillateur cardiaque automatique, avec cc majeure).

Une hospitalisation est classée dans le SPG 902 aux deux conditions suivantes:

- elle n'est pas initialement classée par le groupeur dans l'APDRG 545;
- 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.

Une hospitalisation est classée dans le SPG 903 aux deux conditions suivantes:

- elle est initialement classée par le groupeur dans l'APDRG 545;
- 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 & 00.54¹⁸.

¹⁸ Les codes 37.94, 37.95, 37.96 et 37.97 figurent dans les versions 5 et de la CHOP. Les codes 00.51 et 00.54 figurent uniquement dans la version 6 de la CHOP.

Espace destiné aux notes personnelles

Commentaire

Qu'il y ait implantation de pacemaker ou de défibrillateur cardiaque automatique, les hospitalisations sont classées dans le même APDRG. Le coût de ces deux types de dispositifs médicaux étant sensiblement différent, il a été décidé de créer deux SPG.

2.3.10.4 Allogreffe de moelle osseuse [donneur non géno-identique] (SPG 904)Règle

Lorsqu'une hospitalisation est classée dans l'APDRG 803 par le groupeur, elle est à reclasser dans le SPG 904 si le donneur n'est pas géno-identique.

Commentaire

La règle ci-dessus découle des dispositions de la Convention sur les transplantations liant les hôpitaux universitaires et centraux et la Fédération suisse pour tâches communes des assureurs maladie (SVK).

2.3.10.5 Transplantation autologue de moelle osseuse (SPG 905 et 906)Règle

Une hospitalisation est classée dans le SPG 905 aux deux conditions suivantes:

- elle n'est pas initialement classée par le groupeur dans l'APDRG 804;
- son enregistrement contient:
 - soit le code 41.91,
 - soit le code 99.72.

Une hospitalisation est classée dans le SPG 906 aux deux conditions suivantes:

- elle est initialement classée par le groupeur dans l'APDRG 804;
- son enregistrement ne contient:
 - ni le code 41.91,
 - ni le code 99.72.

Commentaire

La règle ci-dessus découle des dispositions de la Convention sur les transplantations liant les hôpitaux universitaires et centraux et la Fédération suisse pour tâches communes des assureurs maladie (SVK).

2.3.10.6 Nouveau-né décédé moins de 24 heures après la naissance (SPG 907)

La facturation des hospitalisations de nouveau-nés décédés moins de 24 heures après la naissance cause des difficultés car elle peut être choquante pour les parents. De surcroît, les prestations fournies sont minimes.

Règle

S'il n'y a pas eu transfert dans une unité de soins intensifs, une hospitalisation durant laquelle le nouveau-né décède moins de 24 heures après sa naissance est classée dans le SPG 907 et ne fait l'objet d'aucune facture.

Espace destiné aux notes personnelles

Commentaire

Si les heures d'admission et de sortie ne figurent pas parmi les données concernant l'hospitalisation, la règle ci-dessus n'est pas applicable telle quelle. La durée d'hospitalisation ne pouvant être calculée en heure, ce sont les décès survenant le jour de la naissance ou le jour suivant celui de la naissance qui sont classés dans le SPG 907.

Le cost-weight du SPG 907 est égal à 0.000. En comptabilité analytique d'exploitation (CAE), les hospitalisations classées dans ce SPG sont valorisées à zéro franc et les coûts y relatifs sont répartis sur l'ensemble des hospitalisations durant lesquelles une naissance a eu lieu.

Espace destiné aux notes personnelles

3 Comptabilité analytique

3.1 Généralités

D'un point de vue général, la comptabilité analytique est indispensable à la gestion hospitalière. Elle peut être plus ou moins détaillée. Par exemple, la comptabilité analytique par centres de charges se distingue de la comptabilité analytique par unités finales d'imputation.

Il est essentiel qu'il y ait une définition unique des groupes de centres d'imputation finale (CIF), avec une valorisation homogène dans chaque groupe. On considère la hiérarchie suivante:

- Hôpitaux aigus somatiques;
- MDC;
- APDRG;
- Hospitalisations (au sens des définitions du chapitre 2).

La comptabilité par unités finales d'imputation est la plus appropriée à une gestion utilisant les APDRG, la granularité plus fine de l'information permettant de déterminer les coûts par cas. Elle permet en outre une comparaison entre les coûts des hospitalisations et leur remboursement ainsi qu'un benchmarking entre établissements hospitaliers de même type.

Pour la gestion courante d'un hôpital, la comptabilité analytique par unités finales d'imputation n'est pas indispensable, la comptabilité par centres de charges fournissant déjà des données comparatives intéressantes. Par contre, la première est indispensable au calcul des cost-weights¹⁹. Il y a donc lieu de distinguer deux catégories d'établissements: les hôpitaux financés par APDRG et les hôpitaux fournissant les données pour calculer les cost-weights (l'un n'excluant pas l'autre, bien entendu). Ces derniers sont dénommés "hôpitaux de référence".

Un hôpital de référence doit être en mesure de déterminer la répartition de ses coûts par cas d'hospitalisation (également appelés coûts par patient ou par sortie), ce qui implique qu'il dispose de ses coûts par unités finales d'imputation.

Le présent chapitre présente la méthode de comptabilité analytique préconisée et traite de la question des coûts imputables selon les dispositions de la LAMal.

3.2 Méthode de comptabilité analytique

La méthode de comptabilité analytique préconisée consiste à classer les centres de coûts de l'hôpital selon la méthode publiée par H+ Les Hôpitaux de Suisse - Comptabilité analytique (version 92) et à définir, selon les dispositions LAMal, les groupes de centres d'imputation finale (CIF) sur lesquels se reportera l'ensemble des charges.

La définition des centres d'imputation finale (CIF) impose comme contrainte de déterminer le coût effectif correspondant aux prestations qui font l'objet d'une tarification. L'exemple de la prise en charge financière de l'hospitalisation par les assureurs maladie, au titre de l'assurance obligatoire des soins, illustre ce propos. Le groupe de CIF concerné doit donc être épuré du coût des prestations non imputables à l'hospitalisation au sens de l'assurance obligatoire des soins, à savoir des charges d'enseignement, de formation, de recherche, ainsi que des prestations non obligatoires facturées directement au patient ou à une assurance complémentaire, ou encore des

¹⁹ Le cost-weight d'un APDRG (également appelé valeur relative) est défini comme le rapport entre le coût moyen des hospitalisations classées dans cet APDRG et le coût moyen de toutes les hospitalisations prises en considération.

Espace destiné aux notes personnelles

prestations de santé publique, sociales, etc., qui ne font pas partie des prestations de l'assurance obligatoire.

Dans le même esprit, il faut faire une claire distinction entre l'hospitalisation et les prestations de semi-hospitalisation ou ambulatoires qui peuvent être effectuées par le même centre de charges de l'hôpital. Par exemple, les équipes hospitalières sont très fréquemment organisées de manière à délivrer de nombreux types de prestations, sans que le classement par centre de charges ne permette de répartir correctement les coûts entre les différents mode de prise en charge.

L'affectation des coûts à un centre de charges, tel que l'hospitalisation ou la semi-hospitalisation, n'est donc pas suffisante; elle doit être complétée par la tenue d'une statistique des prestations par patient ou par cas pour tout ce qui concerne les prestations identifiables par patient ou par cas, à savoir les prestations médicales, médico-techniques de soins et certaines prestations administratives (facturation) ou hôtelières (repas, buanderie, etc.).

La combinaison entre la statistique des coûts par objet de coûts²⁰ et la statistique des prestations par patient permet d'affecter un coût complet à chaque hospitalisation et de déterminer ainsi le coût moyen d'un APDRG.

3.3 Coûts imputables et non imputables

La LAMal et ses dispositions d'application définissent des coûts imputables et des coûts non imputables. La difficulté principale réside dans la distinction entre les coûts directement liés aux soins, à charge de l'assurance obligatoire des soins, et les autres coûts qui ne peuvent être mis à sa charge: formation et recherche, prestations de santé publique, etc.

Ci-après figurent quelques indications non exhaustives concernant les coûts non imputables. Elles se basent sur des travaux effectués en Suisse (études du projet LORAS à Zürich, études conduites dans le cadre du nouveau système de financement hospitalier du canton de Vaud, ordonnance relative au calcul des coûts et au classement des prestations par les hôpitaux). La question des investissements est également examinée.

3.3.1 Coûts non imputables aux assureurs faisant l'objet d'une imputation à un objet de coûts

3.3.1.1 Formation médicale et autres professions universitaires (pharmaciens biologistes, etc.)

- Enseignement structuré pré- et post-gradué fourni, stages pratiques pré-gradués et activités académiques générales;
- Formation pratique post-gradué, fournie et reçue (par exemple FMH);
- Prestations de formation continue fournies.

3.3.1.2 Autres professions de la santé et du domaine social

- Stage de formation pratique;
- Formations spécialisées, fournies et reçues;
- Prestations de formation continue fournies.

²⁰ Par objet de coûts nous entendons des activités spécifiques, en général non comptabilisées séparément, telle que participation à une formation en tant qu'enseignant ou étudiant, prestations de confort, etc.

Espace destiné aux notes personnelles

3.3.1.3 Recherche

- Recherche au sens des règles du FNRS (Fonds national suisse de la recherche scientifique);
- Développements cliniques;
- Essais cliniques.

3.3.1.4 Prestations hors assurance obligatoire des soins

- Autopsie;
- Prestations de confort;
- Supplément pour libre choix du médecin.

3.3.1.5 Urgence et services de piquet, pour la part des coûts non couverte par le remboursement des prestations effectuées

3.3.2 Coûts non imputables à déduire: investissements

Ne sont pas imputables:

- les acquisitions et les travaux d'immeubles de plus de CHF 3'000, ainsi que le leasing, la location d'appareils et les loyers;
- la part d'intérêt relative aux investissements²¹.

²¹ .En ce qui concerne les intérêts, on distingue la part d'intérêt relative aux investissements, qui est non imputable, de celle qui concerne la trésorerie courante de l'établissement, qui est imputable. En principe, on admet, pour la trésorerie courante, une charge moyenne sur les coûts imputables correspondant au taux des obligations fédérales sur 40 jours.

Espace destiné aux notes personnelles

4 Données produites par APDRG Suisse

Les indicateurs de référence propres à chaque APDRG ou SPG sont calculés à partir d'une base de données hospitalières, régulièrement mise à jour. La liste et les méthodes de calcul de ces indicateurs²² figurent dans le document "Cost-weights version 4.1", disponible sur le site internet de APDRG Suisse (www.hospvd.ch/ise/apdrg). Une table contenant les valeurs de tous les cost-weights, les durées moyennes de séjour et les bornes permettant d'identifier hospitalisations "outliers" est également disponible sur ce site (sous forme d'un fichier Excel)²³.

²² Relevons que les jours de congé survenant au cours d'une hospitalisation ainsi que les jours d'attente de transfert en établissement médico-social ou à domicile ne doivent pas être pris en compte dans le calcul des durées d'hospitalisation. Ces dernières sont calculées en jour selon la formule suivante:
date de sortie – date d'admission + 1.

²³ Les valeurs des cost-weights sont modifiées à intervalle régulier (en principe une fois par année) en fonction de la mise à jour de la base de données effectuée après chaque relevé des coûts et des durées de séjour dans les hôpitaux de référence. C'est pourquoi chaque table des cost-weights porte un numéro de version.

Espace destiné aux notes personnelles

5 Tarification et facturation

5.1 Règles générales

Les systèmes de facturation des hôpitaux sont probablement aussi divers et nombreux que les hôpitaux eux-mêmes. Dès lors, il appartient à chaque établissement d'intégrer dans son système les dispositions ci-dessous.

5.1.1. Informations nécessaires à la facturation

La facturation contient - et se base sur - les informations suivantes:

- numéro de l'APDRG ou du SPG;
- cost-weight de l'hospitalisation;
- durée (en jour) de l'hospitalisation (= date de sortie – date d'admission + 1);
- tarif appliqué ("base rate");
- domicile du patient (canton de résidence ou résident à l'étranger);
- catégories de débiteurs (assurances maladie, accidents, invalidité, militaire; patients, administrations cantonales ou autres tiers);
- statut du patient (général ou privé);
- type de contrat passé avec l'assureur;
- type de prise en charge (hospitalisation standard, outliers,...).

5.1.2. Principes

Les informations nécessaires à la facturation sont les mêmes, quel que soit le type de facture ou de débiteur, à l'exception de la valeur du point, des suppléments pour le statut privé et des frais à charge du patient.

5.2 Importance du lien entre codage des dossiers et facturation

La loi sur la statistique fédérale (LSF) et les directives de l'OFS exigent un codage précis et exhaustif des diagnostics et des interventions. Les APDRG donnent à ce codage une importance et une place cruciales au sein du flux d'informations concernant les séjours des patients et aboutissant à l'émission d'une facture.

Le rythme des rentrées financières des établissements facturant par APDRG dépend ainsi directement de la célérité avec laquelle les médecins mettent à disposition les informations nécessaires au codage et de la rapidité de ce codage.

Ces aspects doivent impérativement être pris en considération lors de la mise en œuvre d'une facturation par APDRG, qui peut donc conduire à des changements majeurs de l'organisation de l'établissement et des mentalités qui y règnent. Une collaboration entre le personnel médical, infirmier et administratif devient plus que jamais indispensable.

5.3 Exemple

Les spécificités de la facturation des hospitalisations varient considérablement d'un canton à l'autre. A titre d'exemple, un document produit dans le canton de Vaud pour l'introduction des

Espace destiné aux notes personnelles

APDRG peut être téléchargé du site APDRG Suisse (www.hospvd.ch/ise/apdrg). Il contient entre autres les spécifications informatiques nécessaires aux fournisseurs de logiciel pour que les programmes de gestion des patients et la facturation soient adaptés.

Espace destiné aux notes personnelles

6 Certification

6.1 Introduction

Ce chapitre décrit les domaines dans lesquels l'hôpital devrait faire l'objet d'un audit ou d'une certification dès le moment où une tarification ou un financement par APDRG est introduit.

6.2 Codage des diagnostics et des interventions

6.2.1. Introduction

Les codes diagnostiques et d'intervention jouant un rôle crucial dans le classement des hospitalisations par APDRG, un financement basé sur les APDRG doit s'accompagner de mesures permettant de vérifier que ces codes correspondent effectivement aux informations consignées dans le dossier du patient. Pour réaliser un tel contrôle, il faut d'une part déterminer l'organisme qui en aura la responsabilité, d'autre part fixer les modalités selon lesquelles les codes seront vérifiés.

L'exactitude des codes diagnostiques et d'intervention ayant de l'importance non seulement pour le financement des hôpitaux, mais aussi pour la recherche épidémiologique et la détermination des besoins en services de santé, une vérification de ces codes se justifie pour des raisons à la fois économiques, scientifiques, sociales et politiques.

6.2.2. Recommandation

Les partenaires (payeurs, fournisseurs, patients) mandatent des équipes neutres et indépendantes pour effectuer un contrôle régulier des codes diagnostiques et d'intervention fournis par les hôpitaux. Ce contrôle devrait être réalisé sur des échantillons aléatoires provenant de chaque établissement concerné et selon une grille d'analyse établie pour l'ensemble du pays (par exemple par le Groupe suisse d'experts pour les classifications de santé).

6.2.3. Exemples

Les contrôles du codage menés depuis plusieurs années dans le canton de Vaud sont un exemple (parmi d'autres) des mesures à prendre pour évaluer la qualité des données servant au classement des hospitalisations par APDRG. Les résultats de ces contrôles font l'objet de rapports disponibles sur internet à l'adresse suivante:

<http://www.scris.vd.ch/main.asp?DomId=1504&DocId=1975>

Un rapport publié par FoQual contient des informations sur la mesure de la qualité du codage. Il est intitulé "La qualité des soins dans les établissements hospitaliers suisses : analyse de six indicateurs" et peut être téléchargé du site www.foqual.ch (ce rapport existe en version française et en version allemande).

6.3 Outliers et journées inappropriées

6.3.1. Introduction

Le financement par APDRG peut conduire à une diminution de la durée de certaines hospitalisations et à une augmentation de la durée d'autres hospitalisations. Un hôpital

Espace destiné aux notes personnelles

peut avoir avantage à raccourcir les séjours dont la durée prévisible est inférieure à la valeur de la borne supérieure définissant les cas extrêmes. Il peut aussi avoir avantage à prolonger les séjours dont la durée est très proche de cette borne ou supérieure à cette dernière, vu qu'il recevra alors le montant complémentaire destiné au remboursement des hospitalisations dont la durée est extrêmement élevée (high outliers).

6.3.2. Recommandation

Chaque hôpital met à disposition une statistique de ses outliers (par APDRG) afin que toutes les parties concernées puissent en suivre l'évolution. En outre, les codes diagnostiques et d'intervention relatifs aux outliers sont transmis aux organismes payeurs selon accord établi à cet effet avec les médecins-conseil et conformément au respect des dispositions de la protection des données. Les dispositions de la LAA sont réservées.

6.3.3. Exemple

Des organismes neutres et indépendants pourraient procéder à un contrôle des outliers, d'abord par une analyse statistique de leur proportion, puis, le cas échéant, par un examen des dossiers de patients afin d'y compter les éventuelles journées inappropriées au moyen du Appropriateness Evaluation Protocol (AEP²⁴) ou d'un outil équivalent.

6.4 Réadmissions et transferts

6.4.1. Introduction

Le financement par APDRG peut conduire à une augmentation du nombre d'hospitalisations si les patients sont renvoyés à domicile ou transférés dans une autre institution, puis convoqués et admis une nouvelle fois sans que cet aller et retour soit médicalement approprié. Un tel comportement permettrait à l'hôpital d'augmenter ses revenus de manière injustifiée.

6.4.2. Recommandations

- Mise à disposition par chaque hôpital d'une statistique de ses réadmissions à 30 jours afin que toutes les parties concernées puissent en suivre l'évolution.
- Fourniture par l'Office fédéral de la statistique (OFS) de données - par canton et pour les résidents de chaque canton - permettant d'identifier les réadmissions à 30 jours qui se sont produites dans chaque canton.
- Développement d'un indicateur permettant de mesurer et d'ajuster pour tout hôpital suisse le taux de réadmissions potentiellement évitable (ajusté en fonction du casemix).

²⁴ Voir, par exemple, les articles suivants:

Gertman PM, Restuccia JD. The appropriateness evaluation protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. *Medical Care* 1981 Aug; 19(8):855-71.

Lang T, Liberati A, Tampieri A, Fellin G, Gonsalves Mda L, Lorenzo S, Pearson M, Beech R, Santos-Eggimann B. A European version of the Appropriateness Evaluation Protocol. Goals and presentation. The BIOMED I Group on Appropriateness of Hospital Use. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1999 Winter; 15(1):185-97.

Espace destiné aux notes personnelles

- Contrôle des réadmissions par des organismes neutres et indépendants, d'abord par une analyse statistique des taux de réadmissions par établissement, puis, le cas échéant, par une vérification sur site des dossiers de patients réadmis.

6.4.3. Exemples

Utilisant des données du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), une équipe de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) a effectué une analyse de plus d'un millier de réadmissions²⁵. Cette étude a permis de développer une mesure du taux de réadmission ajusté en fonction du casemix dont la validation est en cours.

Un rapport publié par FoQual contient des informations sur la mesure des réadmissions. Il est intitulé "La qualité des soins dans les établissements hospitaliers suisses : analyse de six indicateurs" et peut être téléchargé du site www.foqual.ch (ce rapport existe en version française et en version allemande).

²⁵ Voir l'article suivant: Halfon P, Egli Y, van Melle G, Chevalier J, Wasserfallen JB, Burnand B. Measuring potentially avoidable hospital readmissions. Journal of Clinical Epidemiology 2002 Jun; 55(6):573-87.

Espace destiné aux notes personnelles

7 Programme Qualité

7.1 Introduction

Comme tout mode de financement hospitalier, le paiement de chaque hospitalisation en fonction de l'APDRG dans laquelle elle est classée peut modifier le comportement des fournisseurs de soins. Pour veiller à ce que la prise en charge des patients ne soit pas influencée de manière défavorable par les nouvelles modalités de financement, il est indispensable de mettre en œuvre une surveillance qui permette de prévenir une éventuelle détérioration de la qualité des soins - même si les études publiées à ce jour montrent que le financement par pathologie ne conduit pas à une baisse de la qualité des soins²⁶. Les partenaires concernés (assureurs et hôpitaux) devront donc convenir des instruments qu'il faudra utiliser à cet effet et des ressources qu'ils sont prêts à accorder dans ce but, car une telle surveillance ne peut être réalisée sans que des moyens soient alloués aux hôpitaux auxquels elle incombera.

L'évaluation externe de la qualité peut être réalisée avant tout de deux manières:

- par un audit permettant d'identifier les écarts entre un état actuel et un état préconisé dans un référentiel (c'est à dire un ensemble de normes qualité applicables à l'institution prise en considération);
- par la récolte de données correspondant à des indicateurs de performance à partir desquels une évaluation de la qualité peut être effectuée.

A l'heure actuelle, deux associations de professionnels de la santé disposent de collaborateurs pratiquant des audits sur la base de référentiels spécifiques au secteur sanitaire. Il s'agit de la VQG (Schweizerische Vereinigung für Qualität im Gesundheitswesen), active en Suisse alémanique, et de l'APEQ (Agence pour la promotion et l'évaluation de la qualité dans les institutions socio-sanitaires), dont le rayon d'activité est essentiellement romand. Le développement de tels audits ne peut que contribuer au maintien, voire à l'amélioration de la qualité des soins, lorsqu'un financement par APDRG est mis en place. Il serait d'ailleurs souhaitable qu'une instance nationale suisse soit chargée de la conduite de tels audits (à l'instar de l'ANAES²⁷ française). La Fondation SanaCERT (www.sanacert.ch), créée en novembre 2001, est un organisme qui pourrait jouer un tel rôle²⁸.

L'introduction d'indicateurs de performance est en cours, notamment pour répondre aux exigences de l'article 77 de l'OAMal (ordonnance sur l'assurance maladie du 27 juin 1995). Le premier indicateur retenu est celui de la satisfaction des patients, dont la mesure est devenue obligatoire dans tous les hôpitaux qui adhèrent au contrat-cadre établi entre H+ et santésuisse²⁹. D'autres indicateurs sont à l'étude et seront progressivement introduits au cours des prochaines

²⁶ Voir, par exemple, la série d'articles parus dans le numéro du 17 octobre 1990 du périodique JAMA (volume 264, no 15), dont les résumés sont disponibles sur internet à l'adresse suivante:
<http://jama.ama-assn.org/content/vol264/issue15/index.dtl>

²⁷ ANAES = Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (www.anaes.fr).

²⁸ Les activités de la VQG relatives aux audits sont progressivement reprises par SanaCERT. A terme il est possible que les audits actuellement menés par l'APEQ soient également conduits sous l'égide de SanaCERT.

²⁹ santésuisse = association des assureurs-maladie suisses (www.santesuisse.ch);
H+ = Association des hôpitaux de Suisse (www.hplus.ch).

Espace destiné aux notes personnelles

années³⁰. Ils devraient contribuer à la surveillance de la qualité des soins évoquée dans le premier paragraphe de ce chapitre.

7.2 Exemples

Dans le canton de Zurich, les hôpitaux, les assureurs, le service de la santé publique, l'organisation des patients et les médecins ont créé le "Verein Outcome" en été 1999 (www.vereinoutcome.ch). Cette association a notamment pour tâche de conduire des évaluations de la qualité sur la base d'indicateurs de performance dont l'introduction est décidée et acceptée par toutes les parties concernées.

La création du Verein Outcome est une initiative qui a servi d'exemple à d'autres démarches entreprises de manière conjointe et concertée par les acteurs du système sanitaire. Dans le canton de Berne, par exemple, un projet QABE (Qualität in der Akutversorgung im Kanton Bern) a été lancé en 2001; il poursuit des objectifs similaires à celui du Verein Outcome, avec lequel une intégration est d'ailleurs prévue.

7.3 Recommandations

Le groupe TAR APDRG estime que trois types d'indicateurs de performance devraient être mis en œuvre afin de monitorer la qualité des soins:

- satisfaction des patients;
- résultats (cliniques) des soins fournis;
- pertinence ("appropriateness") des indications aux traitements effectués.

Les obstacles méthodologiques à l'introduction de ces indicateurs sont variables: si aujourd'hui la mesure de la satisfaction des patients peut être réalisée sans difficultés majeures, celle des résultats cliniques doit se faire de manière prudente et celle de la pertinence des indications exige des instruments qui sont encore en développement³¹.

Pour les deux derniers types d'indicateurs, des travaux doivent être engagés sur le plan suisse afin de disposer d'outils utilisables dans les plus brefs délais.

Les recommandations des assureurs suisses mettent l'accent sur les aspects suivants:

- Dans tous les cas, les fournisseurs et les financeurs doivent convenir de la façon dont une surveillance de la qualité des soins sera effectuée, en trouvant un équilibre entre deux exigences apparemment contradictoires:
 - ♦ Les fournisseurs tiennent à ce que la mesure de la qualité des résultats donne une image absolument correcte de leurs prestations. Ils ont une tendance au perfectionnisme qui pourrait conduire à ce que les résultats des mesures ne soient jamais publiés, parce qu'ils ne sont jamais parfaitement fiables et suffisamment différenciés.
 - ♦ Les assureurs et l'Etat souhaitent allouer les moyens en prenant aussi en considération la qualité des soins. Ils financeraient très volontiers les prestations en se basant sur des données saisies à peu de frais et représentées de manière simple. Ils aimeraient intervenir lorsque la qualité n'est pas suffisante et tendent à se contenter de représentations rudimentaires et mécanistes de la mesure des résultats.

³⁰ Des informations à ce sujet sont disponibles à l'adresse www.kiq.ch, sous les rubriques "Convention-cadre" et "Q-Info".

³¹ Voir, par exemple l'article suivant: Seematter-Bagnoud L, Vader JP, Wietlisbach V, Froehlich F, Gonvers JJ, Burnand B. Overuse and underuse of diagnostic upper gastrointestinal endoscopy in various clinical settings. International Journal for Quality in Health Care 1999 Aug; 11(4):301-8.

Espace destiné aux notes personnelles

- Des précautions doivent être prises pour éviter que les professionnels de la santé se préoccupent de "soigner les indicateurs" au lieu de soigner les patients. De plus, comme la plupart des indicateurs reflètent avant tout des événements indésirables (décès, escarres, infections, etc.), il suffit de ne pas les relever systématiquement pour obtenir des résultats qui sont fallacieusement bons (un faible taux d'escarres ou d'infections nosocomiales peut simplement provenir du peu d'attention qui y est portée...).
- Il est dès lors indiqué de ne pas entraver la motivation des fournisseurs de soins par des décisions - ou des sanctions - prématurées. Les différences de clientèle (casemix) pouvant influencer les résultats de manière considérable, elles doivent impérativement être prises en considération. Des comparaisons ("benchmarking") ne doivent être accessibles à tout public qu'au moment où l'ensemble des partenaires concernés y ont donné leur accord.

F: o_tar_apdrq_2004_f_v02b.doc

Espace destiné aux notes personnelles