

Cost-Weights et Swiss Payment Groups Version 5.1

Mai 2005

ISSN 1660-6752

Parution du 21.04.06 (V03d)

© APDRG Suisse

La version 5.1 des cost-weights APDRG Suisse a été élaborée

sous la direction
de Luc Schenker, président de APDRG Suisse et directeur du projet,
de Hermann Plüss, vice-président de APDRG Suisse,
et des membres du comité APDRG Suisse

sur mandat confié à
l'Institut de santé et d'économie
(Brian Frischknecht, Hervé Guillain, Jean-Claude Rey)

avec l'appui
de l'Unité statistique du CHUV
(Duong Hong Dung, Véronique Koehn, Erol Seker)

&
de l'Office fédéral de la statistique
(André Meister, Adrian Füglistner)

avec la collaboration scientifique
de l'Institut d'économie et de management en santé
de l'Université de Lausanne

avec la contribution
des hôpitaux ayant fourni les données
nécessaires au calcul des cost-weights

Table des matières

1	Elaboration des cost-weights	1
1.1	Introduction	1
1.2	Données utilisées	1
1.2.1	Données APDRG	1
1.2.2	Données OFS	2
1.3	Classement des hospitalisations en APDRG et SPG	2
1.4	Calcul des bornes et des durées moyennes de séjour	3
1.4.1	APDRG contenant moins de 25 hospitalisations inliers	4
1.4.2	APDRG sans bornes	4
1.5	Calcul des coûts moyens par APDRG	5
1.6	Calcul des cost-weights initiaux	5
1.6.1	APDRG contenant moins de 25 hospitalisations inliers	6
1.6.2	Corrections des bornes supérieures (HTP)	6
1.7	Calcul des cost-weights intermédiaires	6
1.7.1	Attribution d'un coût "simulé"	6
1.7.2	APDRG contenant moins de 25 hospitalisations inliers	7
1.8	Transplantations	7
1.8.1	Cost-weights des transplantations	8
1.9	Corrections	8
1.9.1	APDRG 195 et 196	8
1.9.2	APDRG 411 et 412	8
1.9.3	APDRG 619	8
1.9.4	APDRG 627	9
1.9.5	SPG 901	9
1.9.6	SPG 920 et 921	9
1.10	Calcul des cost-weights finaux	9
2	Proportion d'outliers	9
3	Formules de remboursement	10
3.1	Hospitalisation inlier	10
3.2	Hospitalisation low outlier	10
3.3	Hospitalisation high outlier	10
3.4	Casemix et indice de casemix	11
3.5	Simulation du remboursement	12
4	Différences entre les versions 4 et 5 des cost-weights	12
5	Utilisation des cost-weights version 5.1	13
6	Versions des cost-weights, du groupeur, de la CHOP et de TAR APDRG à utiliser dès le 1^{er} janvier 2006	14

Annexe A: Définitions des Swiss Payment Groups (SPG)

1	Introduction.....	15
2	SPG 901 à 930	15
2.1	Transfert moins de 24 heures après l'admission (SPG 901).....	15
2.2	Implantation d'un défibrillateur cardiaque automatique (SPG 902 et 903)	16
2.3	Allogreffe de moelle osseuse [donneur non géno-identique] (SPG 904)	16
2.4	Transplantation autologue de moelle osseuse (SPG 905 et 906)	17
2.5	Nouveau-né décédé moins de 24 heures après la naissance (SPG 907)	17
2.6	Continuation d'un séjour de néonatalogie de longue durée (SPG 908)	18
2.7	Implantation ou ajustement d'un stimulateur intracranien (SPG 911 et 912)	19
2.8	Revascularisation du membre inférieur (SPG 913).....	19
2.9	Brûlures couvrant plus de 10 % de la surface du corps, avec greffes cutanées (SPG 914)	19
2.10	Implantation ou remplacement d'une pompe pour traitement de la douleur chronique par voie intrathécale (SPG 915) ...	20
2.11	Opérations du genou (SPG 917 et 918)	20
2.12	Décès moins de 24 heures après l'admission (SPG 920 et 921)	20
2.13	Problèmes médicaux de dos, >75 ans (SPG 930).....	21
3	SPG résultant d'APDRG scindés en deux ("splittés") (932 à 940).....	21
3.1	S - Autres interventions chirurgicales sur les oreilles, le nez, la bouche et la gorge (SPG 932).....	21
3.2	S - Interventions sur l'œsophage, l'estomac et le duodenum, >17 ans, avec cc (SPG 933).....	22
3.3	S - Interventions sur l'œsophage, l'estomac et le duodenum, >17 ans, sans cc (SPG 934).....	22
3.4	S - Interventions sur l'œsophage, l'estomac et le duodenum, <18 ans (SPG 935)	22
3.5	S - Interventions gastro-intestinales majeures, avec cc majeure (SPG 936)	23
3.6	S - Interventions majeures pour affections malignes des reins, des uretères, de la vessie (SPG 937)	23
3.7	S - Interventions majeures pour affections bénignes des reins, des uretères, de la vessie, avec cc (SPG 938)	23
3.8	S - Interventions majeures pour affections bénignes des reins, des uretères, de la vessie, sans cc (SPG 939)	24
3.9	S - Interventions des reins et des voies urinaires excepté greffe de rein, avec cc majeure (SPG 940)	24

1 Elaboration des cost-weights

1.1 Introduction

Les calculs effectués pour établir la version 5.1 des cost-weights ont été effectués sur des données plus récentes que celles utilisées pour élaborer les cost-weights de la version 4. De manière générale, ces calculs sont semblables à ceux de la version précédente. Des différences existent néanmoins et elles sont décrites en détail dans ce rapport.

Si dans ce document vous découvrez des erreurs ou des explications qui vous semblent incompréhensibles, nous vous remercions d'avance de nous les signaler en adressant un message électronique à l'adresse info@apdrqsuisse.ch.

1.2 Données utilisées

Les données utilisées pour le calcul de la version 5.1 des cost-weights comprennent, d'une part, des données récoltées par APDRG Suisse et, d'autre part, des données fournies par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Dans ce document nous appellerons "données APDRG" celles qui proviennent de APDRG Suisse et "données OFS" celles qui proviennent de l'OFS.

1.2.1 Données APDRG

Les données APDRG contiennent les enregistrements de 199'808 hospitalisations de soins aigus somatiques des années 2001 (56'948 hosp.), 2002 (68'854 hosp.) et 2003 (74'006 hosp.). De toutes ces hospitalisations, 90'970 ont eu lieu dans un établissement universitaire.

Les hôpitaux dont proviennent ces données disposent d'une comptabilité analytique par unité finale d'imputation conforme aux exigences de l'Office fédéral de la statistique (OFS) et, à notre connaissance, ils sont, à quelques exceptions près, les seuls de Suisse qui soient actuellement en mesure de fournir des informations précises et fiables sur les coûts de chacun des séjours qui se déroulent au sein de leur établissement.

Tous les traitements ambulatoires et toutes les semi-hospitalisations ont été préalablement exclus. Ont été considérés comme semi-hospitalisations les séjours correspondant aux critères figurant dans l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP)¹, selon l'interprétation des articles 3, 4 et 5 de cette ordonnance publiée par H+ Les Hôpitaux de Suisse².

Les séjours de réadaptation ont également été exclus, à l'exception probable d'un petit nombre d'entre eux qui ne pouvaient pas être distingués des hospitalisations de soins aigus; ces séjours de réadaptation n'ayant pu être identifiés correctement, il n'a pas été possible de les supprimer.

Comme les données proviennent de différentes années, les enregistrements contenant des codes de la classification suisse des interventions (CHOP) qui ne sont plus en vigueur ont été modifiés de manière à pouvoir classer les hospitalisations en APDRG au moyen de la version actuelle du groupeur (version 1.5). En outre, pour les hospitalisations durant lesquelles un accouchement a eu lieu, un code de la catégorie Z37 a été ajouté à l'enregistrement lorsqu'il manquait dans les données concernant la mère³.

Les coûts pris en compte sont des coûts complets, investissements exclus, corrigés en fonction de l'indice suisse des prix à la consommation (IPC) établi par l'OFS.

1 Cette ordonnance est disponible à l'adresse http://www.admin.ch/ch/f/rs/c832_104.html.

2 Voir le document disponible à l'adresse <http://files.hplus.ch/pages/HPlusDocument2242.pdf>.

3 Un code de la catégorie Z37 dans l'enregistrement de la mère indique qu'un accouchement a eu lieu au cours de l'hospitalisation. Bien qu'il soit obligatoire, ce code est souvent omis. Sa présence est néanmoins indispensable car le groupeur tient compte de ce code pour distinguer les hospitalisations durant lesquelles un accouchement s'est déroulé des hospitalisations pour une affection de l'ante-partum ou du post-partum.

Les coûts des médicaments (MED) ont été extrapolés en utilisant une table indiquant pour chaque APDRG la proportion de ces coûts par rapport au coût total de l'hospitalisation⁴. Nous avons dû procéder ainsi car les hôpitaux ayant fourni les données ne pouvaient déterminer les coûts MED spécifiques à chaque hospitalisation.

Les coûts des implants et du matériel médical (IMM) ont été calculés en se basant sur une étude qui a permis de déterminer un coût moyen des IMM par APDRG à partir de données suisses. Pour les hôpitaux qui ne pouvaient pas déterminer le coût des IMM relatif à chaque hospitalisation, ce coût moyen a été ajouté à chacune d'entre elle; il s'agit donc d'un montant qui ne varie pas au sein des hospitalisations classées dans un même APDRG, mais diffère d'un APDRG à l'autre.

Les hospitalisations dont le coût par jour est inférieur à CHF 100 par jour ou supérieur à CHF 30'000 par jour n'ont pas été prises en compte car les données les concernant sont apparues aberrantes⁵. Les hospitalisations dont la durée dépassait 300 jours ont aussi été exclues.

1.2.2 Données OFS

Les données OFS contiennent les enregistrements de 704'611 hospitalisations de soins aigus somatiques des années 2002 (335'854 hosp.) et 2003 (368'757 hosp.). Ces hospitalisations se sont déroulées dans des hôpitaux de types K111, K112, K121, K122, K123 et K232⁶.

Contrairement aux données APDRG, celles de l'OFS ne contiennent aucune information relative au coût de chaque hospitalisation.

1.3 Classement des hospitalisations en APDRG et SPG

Toutes les hospitalisations (soit 904'419) ont été classées selon la version 1.5 du groupeur APDRG et la version 5.1⁷ des SPG (Swiss Payment Groups)⁸.

⁴ Les données à partir desquelles cette table a été élaborée proviennent d'hôpitaux belges. Les valeurs utilisées pour le calcul de la version 5.1 des cost-weights sont différentes de celles utilisées précédemment car elles se basent sur des données plus récentes.

⁵ Lors du calcul de la version 4 des cost-weights les hospitalisations dont le coût était inférieur à CHF 200 par jour ou supérieur à CHF 12'000 par jour ont été exclues. Ces limites ont été modifiées car il s'avère qu'un coût compris entre CHF 100 et CHF 200 (par jour) est plausible dans certains cas (en particulier lorsqu'il s'agit d'hospitalisations de nouveau-nés sans problème significatif). Et certaines hospitalisations de patients très sévèrement atteints ont effectivement un coût supérieur à la limite précédemment fixée à CHF 12'000 par jour.

⁶ Ces types ont été définis par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Ils sont décrits dans un document disponible sur le site de l'OFS l'adresse suivante:
www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/kh/03/03_01.html.
Nous avons considéré que les hôpitaux de type K111 sont universitaires et que les autres sont des hôpitaux généraux ou régionaux.

⁷ La version 5.1 des SPG comprend les groupes 901 à 908, 911 à 915, 917, 918, 920, 921, 930, 932 à 940. Les spécifications précises de ces SPG figurent dans l'annexe A de ce document. De nouveaux SPG ont été introduits suite à l'examen des coûts enregistrés dans la base de données APDRG, l'analyse des distributions de ces coûts ayant montré que pour certains APDRG il était nécessaire de classer les hospitalisations dans des groupes distincts (par exemple, les synovectomies et réparations de ligaments ont été classées dans un autre groupe que les autres opérations du genou, entraînant ainsi la création des SPG 917 et 918).

⁸ Relevons que le classement dans les SPG 901, 907, 920 et 921 dépend entre autres des heures d'admission et de sortie. Malheureusement, cette information n'est généralement pas disponible dans la statistique médicale fournie par les hôpitaux (sauf pour les admissions en urgence et les décès) et il nous semble souhaitable que les heures d'admission et de sortie deviennent désormais des informations à fournir obligatoirement.

1.4 Calcul des bornes et des durées moyennes de séjour

Les durées des hospitalisations (LOS: length of stay) classées dans un APDRG donné permettent de calculer trois valeurs classiquement associées à tout APDRG ou SPG⁹:

- la borne inférieure des durées de séjour (LTP: low trim point);
- la borne supérieure des durées de séjour (HTP: high trim point);
- la durée moyenne de séjour (ALOS: average length of stay).

Les observations comprises entre les bornes inférieures et supérieures sont appelées "inliers", celles qui se trouvent en deçà de la borne inférieure sont appelées "low outliers" et celles qui sont au-delà de la borne supérieure sont appelées "high outliers".

Les bornes inférieures et supérieures peuvent être établies par différentes méthodes de calcul (voir rapport sur les cost-weights version 4.1). Nous avons utilisé la méthode "L3H2.4" qui avait été retenue pour le calcul de la version 4 des cost-weights et s'est révélée très satisfaisante. Ses principales caractéristiques sont rappelées ci-dessous.

La méthode L3H2.4 consiste essentiellement à utiliser comme borne inférieure la durée moyenne de séjour divisée par 3 et comme borne supérieure la durée moyenne de séjour multipliée par 2.4. Pour déterminer ces bornes de sorte qu'elles ne soient pas influencées par des valeurs extrêmes, la durée moyenne de séjour est calculée de la façon décrite ci-dessous.

Sont d'abord déterminés, pour chaque APDRG ou SPG, le percentile 25 (P25), le percentile 75 (P75) et l'espace interquartile (EIQ = P75 - P25) de la distribution des durées de séjour. Sont ensuite exclues du calcul les hospitalisations dont la durée est située au-dessous de la valeur *Vinf* correspondant à P25 moins 1.5 fois l'EIQ ($Vinf = P25 - 1.5 * EIQ$) et les hospitalisations dont la durée est située au-dessus de la valeur *Vsup* correspondant à P75 plus 1.5 fois l'EIQ ($Vsup = P75 + 1.5 * EIQ$)¹⁰.

Soit RM la moyenne arithmétique des durées de séjour comprises entre les valeurs *Vinf* et *Vsup*. Cette moyenne arithmétique est appelée "moyenne arithmétique robuste" (en anglais: "robust mean"). La borne inférieure (LTP) est alors définie comme RM divisé par 3, la borne supérieure (HTP) est définie comme RM multiplié par 2.4¹¹.

Pour chaque APDRG ou SPG nous obtenons ainsi les valeurs suivantes:

- une borne inférieure (LTP);

⁹ Les durées d'hospitalisation (LOS) ont été calculées en jour selon la formule suivante:

$LOS = \text{date de sortie} - \text{date d'admission} + 1 - \text{congés}$

Les congés ont été calculés en jours et correspondent à la valeur entière du nombre d'heures de congé divisé par 24. La définition des jours de congé figurant dans le document TAR APDRG 2006 est différente de celle qui est donnée ici, les données à disposition ne permettant pas de calculer les jours de congé selon la définition de TAR APDRG 2006.

Relevons 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.

Relevons également que la façon dont nous avons tenu compte des congés est différente de celle décrite dans la feuille d'information 04-MS-2004 publiée par l'OFS en janvier 2004.

¹⁰ Les hospitalisations dont la durée est inférieure à *Vinf* ou supérieure à *Vsup* sont exclues du calcul visant à déterminer les bornes inférieure (LTP) et supérieure (HTP). Elles sont cependant conservées dans la base de données et utilisées dans les calculs relatifs au casemix et au remboursement qui sont décrits dans ce document.

¹¹ Si le nombre obtenu en divisant RM par 3 ($RM/3$) n'est pas un nombre entier, la borne inférieure correspond à la valeur entière immédiatement supérieure à ce nombre. Par exemple, si $RM/3$ est égal à 2.9, la borne sera 3 et si $RM/3$ est égal à 3.1, la borne sera 4.
Si le nombre obtenu en multipliant RM par 2.4 ($RM*2.4$) n'est pas un nombre entier, la borne supérieure correspond à la valeur entière de ce nombre. Par exemple, si $RM*2.4$ est égal à 26.2, la borne supérieure sera 26, et si $RM*2.4$ est égal à 30.9, la borne supérieure sera 30.
Une hospitalisation dont la durée est égale à une borne (inférieure ou supérieure) ou comprise entre la borne inférieure et la borne supérieure est considérée comme "inlier".

- une borne supérieure (HTP);
- une durée moyenne de séjour (ALOS), qui est la moyenne arithmétique des durées (exprimées en jour) des hospitalisations inliers classées dans cet APDRG¹².

Des 904'419 enregistrements disponibles (199'808 dans la base de données APDRG et 704'611 dans la base de données fournie par l'OFS), 902'823 ont été utilisés pour effectuer les calculs décrits ci-dessus (1'596 enregistrements d'hospitalisations pour transplantation d'organes ont été exclus¹³).

1.4.1 APDRG contenant moins de 25 hospitalisations inliers

Pour les APDRG contenant moins de 25 hospitalisations inliers, la durée moyenne de séjour (ALOS) a été calculée de la manière suivante:

$$ALOS = \frac{(Nb_{CH} * ALOS_{CH}) + (25 - Nb_{CH}) * ALOS_{NY}}{25}$$

Nb_{CH}: nombre d'hospitalisations inliers de l'APDRG concerné

ALOS_{CH}: durée moyenne de séjour des hospitalisations inliers de l'APDRG concerné

ALOS_{NY}: durée moyenne de séjour dans l'Etat de New-York de l'APDRG concerné

Les bornes inférieures (LTP) de ces APDRG ont été définies comme la valeur entière immédiatement supérieure au résultat de la division de la durée moyenne de séjour par 3 (ALOS/3).

Les bornes supérieures (HTP) de ces APDRG ont été définies comme la valeur entière du produit de la multiplication de la durée moyenne de séjour par 2.4 (ALOS*2.4)¹⁴.

1.4.2 APDRG sans bornes

Aucune borne (ni inférieure, ni supérieure) n'a été définie pour les APDRG ou SPG correspondant à des hospitalisations satisfaisant aux deux conditions suivantes:

- au moins un tiers du coût de l'hospitalisation est dû aux implants¹⁵;
- le coût des implants est supérieur à CHF 7'000.

Ayant constaté que le remboursement de ces hospitalisations était largement supérieur à leur coût réel lorsque la durée de séjour dépasse la valeur HTP, il a été décidé que ces hospitalisations seraient exclusivement inliers, quelle que soit leur durée¹⁶.

¹² ALOS, qui est la moyenne arithmétique des durées de séjour comprises entre LTP et HTP, n'est pas égale à RM, qui est la moyenne arithmétique des durées de séjour comprises entre *Vinf* et *Vsup*.

¹³ La détermination des bornes, des durées moyennes de séjour et des cost-weights des transplantations a été faite séparément (voir au point 1.8.1).

¹⁴ Pour ces APDRG les bornes résultent exceptionnellement de la division et de la multiplication de ALOS (au lieu de RM).

¹⁵ La proportion mentionnée ici est calculée en divisant le coût moyen des implants associés aux hospitalisations d'un APDRG donné par le coût moyen total des hospitalisations inliers classées dans cet APDRG.

¹⁶ Le remboursement des hospitalisations high outliers étant fonction du cost-weight par jour (soit CW/ALOS), lorsqu'une partie importante du cost-weight représente le coût du matériel médical le remboursement d'une hospitalisation high outlier est trop élevé car le remboursement du matériel médical augmente en fonction de la durée de séjour, alors qu'il devrait en être indépendant. Cet écueil pourrait être évité par un calcul de deux cost-weights par APDRG: le cost-weight correspondant au coût du matériel médical (CW_m) et le cost-weight correspondant au coût de l'hospitalisation, matériel médical excepté (CW_h). Dans ce cas des bornes pourraient être établies pour tous les APDRG, mais la formule de remboursement des outliers s'appliquerait uniquement à CW_h. Nous renonçons cependant à proposer une tarification basée sur deux cost-weights car elle

En outre, aucune borne n'a été établie pour les SPG 901, 907, 920 et 921 car, par définition, la durée des hospitalisations classées dans ces SPG ne peut pas dépasser un jour. Et aucune borne n'a été définie pour le SPG 905 car les données à disposition ne permettent pas de délimiter les périodes d'hospitalisation qui concernent spécifiquement le prélèvement de la moëlle osseuse (voir point 1.8.1).

Les APDRG ou SPG pour lesquels aucune borne n'a été définie sont les suivants:

- 115 Insertion de pacemaker permanent avec infarctus aigu du myocarde, décompensation cardiaque ou choc
- 116 Autres insertions de pacemaker permanent, ou d'électrode intracardiaque
- 118 Remplacement de pacemaker cardiaque
- 548 Autre insertion ou révision de pacemaker, avec cc majeure
- 759 Implants cochléaires multi-canaux
- 901 Transfert moins de 24 heures après l'admission
- 902 Implantation de défibrillateur cardiaque automatique
- 903 Implantation de défibrillateur cardiaque automatique, avec cc majeure
- 905: Transplantation autologue de moëlle osseuse [Phase a: prélèvement]
- 907 Nouveau-né décédé moins de 24 heures après la naissance
- 911 Implantation de stimulateur intracranien
- 912 Ajustement et entretien d'un stimulateur intracranien
- 915 Implantation ou remplacement d'une pompe pour traitement de la douleur chronique par voie intrathécale
- 920 Décès moins de 24 heures après l'admission, avec intervention
- 921 Décès moins de 24 heures après l'admission, sans intervention

Toute hospitalisation classée dans l'un de ces APDRG ou SPG, quelle que soit sa durée, est donc inlier.

1.5 Calcul des coûts moyens par APDRG

Les coûts moyens par APDRG ont été calculés à partir des données APDRG uniquement, vu que les données OFS ne contenaient aucune information relative au coût de chaque hospitalisation. Pour chaque APDRG le coût moyen est défini comme la moyenne arithmétique des coûts des hospitalisations inliers classées dans cet APDRG.

Des 199'808 enregistrements de la base de données APDRG, 199'405 ont été utilisés pour déterminer les coûts moyens par APDRG.

Ont été exclus:

- 30 enregistrements d'hospitalisations de l'année 2001 classées dans l'APDRG 6;
- 373 enregistrements d'hospitalisations de l'année 2001 classées dans l'APDRG 630.

Ces hospitalisations n'ont pas été prises en compte car il s'est avéré que leurs coûts étaient erronés.

1.6 Calcul des cost-weights initiaux

Le coût moyen par APDRG (tel que défini ci-dessus) a été divisé par le coût moyen des 176'853 hospitalisations inliers prises en considération¹⁷. Cette opération permet de définir des cost-weights que nous appellerons "cost-weights initiaux". Ces derniers ont été utilisés pour attribuer un coût "simulé" à chaque hospitalisation de la base de données OFS (voir le point 1.7 à la page 6).

Si moins de 25 hospitalisations inliers étaient classées dans un APDRG, le cost-weight a été déterminé de la manière décrite ci-après.

en serait sensiblement alourdie et n'apporterait aucune amélioration au remboursement de la plupart des hospitalisations.

¹⁷ Ce coût moyen s'élève à CHF 8'710.

1.6.1 APDRG contenant moins de 25 hospitalisations inliers

Pour les APDRG contenant moins de 25 hospitalisations inliers, le cost-weight (CW) initial a été calculé de la manière suivante:

$$CW = \frac{(Nb_{CH} * CW_{CH}) + (25 - Nb_{CH}) * CW_{NY} * F}{25}$$

Nb_{CH}: nombre d'hospitalisations inliers de l'APDRG concerné enregistrées dans la base de données APDRG

CW_{CH}: cost-weight initial calculé à partir des hospitalisations inliers de l'APDRG concerné

CW_{NY}: cost-weight dans l'Etat de New-York de l'APDRG concerné

F: facteur de correction¹⁸ égal au rapport entre

- le casemix de toutes les hospitalisations de la base de données APDRG calculé en fonction des cost-weights initiaux et
- le casemix de toutes les hospitalisations de la base de données APDRG calculé en fonction des cost-weights de New-York, les APDRG pris en considération étant ceux dans lesquels il y a plus de 50 hospitalisations.

1.6.2 Corrections des bornes supérieures (HTP)

Lorsque la différence entre la durée moyenne de séjour ALOS et la valeur initiale de HTP était supérieure à 28 jours, la valeur finale de HTP a été fixée à la valeur entière de ALOS + 28¹⁹. Par exemple, si ALOS est égal à 26.4 et la valeur initiale de HTP est 62, la valeur finale de HTP est alors égale à 26 + 28, soit 54. Cette règle a été introduite pour éviter que certaines bornes supérieures ne représentent des durées de séjour improbables dans un hôpital de soins aigus somatiques.

1.7 Calcul des cost-weights intermédiaires

1.7.1 Attribution d'un coût "simulé"

Afin que les cost-weights soient déterminés à partir d'un échantillon d'hôpitaux plus représentatif que celui dont proviennent les données APDRG, un coût "simulé" a été attribué à chaque hospitalisation de la base de données OFS en appliquant la méthode décrite ci-dessous.

Deux types de coût moyen par APDRG ont été calculés à partir de la base de données APDRG:

- un coût moyen par APDRG des hospitalisations des établissements universitaires (hospitalisations universitaires), dénommé "coût moyen universitaire";
- un coût moyen par APDRG des hospitalisations des établissements non universitaires (hospitalisations non universitaires), dénommé "coût moyen non universitaire".

Si une hospitalisation de la base OFS est classée dans un APDRG satisfaisant aux deux conditions suivantes:

- le nombre d'hospitalisations universitaires inliers dans la base de données APDRG est supérieur à 15,
- le nombre d'hospitalisations non universitaires inliers dans la base de données APDRG est également supérieur à 15,

alors son coût "simulé" est égal

- au coût moyen universitaire si cette hospitalisation a eu lieu dans un établissement de type K111;
- au coût moyen non universitaire si cette hospitalisation a eu lieu dans un établissement de type autre que K111.

¹⁸ Ce facteur de correction s'élève à 0.68.

¹⁹ Cette valeur de 28 jours est par ailleurs utilisée en Australie dans des cas semblables.

Si une hospitalisation de la base OFS est classée dans un APDRG ne satisfaisant pas aux deux conditions mentionnées ci-dessus, alors son coût "simulé" est égal

- au cost-weight initial de cet APDRG multiplié par CHF 9'444²⁰ si cette hospitalisation a eu lieu dans un établissement de type K111;
- au cost-weight initial de cet APDRG multiplié par CHF 7'878²¹ si cette hospitalisation a eu lieu dans un établissement de type autre que K111.

Un coût "simulé" est ainsi associé à toute hospitalisation de la base de données OFS, ce qui permet de calculer un coût moyen par APDRG en tenant compte à la fois des données APDRG et OFS. Ce coût moyen par APDRG est égal à la moyenne arithmétique des coûts des hospitalisations inliers de l'APDRG en question; en divisant cette valeur par le coût moyen de toutes les hospitalisations inliers des bases de données APDRG et OFS²² (dont le nombre s'élève à 808'153), nous obtenons pour chaque APDRG un cost-weight que nous appellerons "cost-weight intermédiaire".

1.7.2 APDRG contenant moins de 25 hospitalisations inliers

Pour les APDRG contenant moins de 25 hospitalisations inliers, le cost-weight (CW) intermédiaire a été calculé d'une manière similaire à celle qui a été utilisée dans le calcul des cost-weights initiaux, à savoir en appliquant la formule suivante:

$$CW = \frac{(Nb_{CH} * CW_{CH}) + (25 - Nb_{CH}) * CW_{NY} * F}{25}$$

Nb_{CH}: nombre d'hospitalisations inliers de l'APDRG concerné enregistrées dans les bases de données APDRG et OFS

CW_{CH}: cost-weight intermédiaire calculé à partir des hospitalisations inliers de l'APDRG concerné

CW_{NY}: cost-weight dans l'Etat de New-York de l'APDRG concerné

F: facteur de correction²³ égal au rapport entre

- le casemix de toutes les hospitalisations des bases de données APDRG et OFS calculé en fonction des cost-weights intermédiaires et
- le casemix de toutes les hospitalisations des bases de données APDRG et OFS calculé en fonction des cost-weights de New-York, les APDRG pris en considération étant ceux dans lesquels il y a plus de 50 hospitalisations.

1.8 Transplantations

Les cost-weights des APDRG relatifs aux transplantations ont été ajoutés aux cost-weights intermédiaires. Ces derniers présentaient en outre quelques anomalies dont les corrections sont décrites ci-dessous.

²⁰ Cette valeur correspond au coût moyen de toutes les hospitalisations universitaires inliers de la base de données APDRG.

²¹ Cette valeur correspond au coût moyen de toutes les hospitalisations non universitaires inliers de la base de données APDRG.

²² Ce coût moyen est égal à CHF 7'948.

²³ Ce facteur de correction s'élève à 0.68.

1.8.1 Cost-weights des transplantations

APDRG 103: Transplantation cardiaque

APDRG 302: Transplantation rénale

APDRG 480: Transplantation hépatique

APDRG 795: Transplantation pulmonaire

APDRG 803: Allogreffe de moëlle osseuse [donneur géno-identique]

APDRG 804: Transplantation autologue de moëlle osseuse [Phases a et b]

APDRG 805: Transplantation simultanée de rein et de pancréas.

SPG 904: Allogreffe de moëlle osseuse [donneur non géno-identique]

SPG 905: Transplantation autologue de moëlle osseuse [Phase a: prélèvement]

SPG 906: Transplantation autologue de moëlle osseuse [Phase b: transplantation]

A l'exception de l'APDRG 805, les cost-weights, durées moyennes de séjour et bornes des APDRG relatifs aux transplantations ont été calculés en fonction des coûts et durées de séjour communiquées par les hôpitaux universitaires suisses²⁴.

Les valeurs concernant l'APDRG 805 ont été calculées de façon identique à celles des APDRG contenant moins de 25 hospitalisations inliers (voir ci-dessus).

1.9 Corrections

Il a été nécessaire de procéder à quelques corrections d'APDRG pour lesquels les cost-weights intermédiaires calculés de la manière décrite ci-dessus ne correspondaient pas au niveau de sévérité, en particulier pour les paires d'APDRG avec cc et sans cc. Les solutions élaborées visent à éviter les incohérences.

1.9.1 APDRG 195 et 196

APDRG 195: Cholécystectomie avec exploration biliaire, avec cc

APDRG 196: Cholécystectomie avec exploration biliaire, sans cc

Les cost-weights de ces deux APDRG ont été calculés en ne prenant en considération que les coûts des hospitalisations non universitaires de la base de données APDRG.

1.9.2 APDRG 411 et 412

APDRG 411: Antécédents d'affections malignes, sans endoscopie

APDRG 412: Antécédents d'affections malignes, avec endoscopie

Les cost-weights de ces deux APDRG ont été calculés à partir des données de la base APDRG uniquement et, bien que le nombre d'hospitalisations classées dans l'APDRG 412 soit inférieur à 25, il n'a pas été tenu compte des cost-weights de New York.

1.9.3 APDRG 619

APDRG 619: Nouveau-né, poids 2-2.49 kg, sans interventions significatives, avec problème mineur

Le cost-weight de cet APDRG a été calculé en multipliant le cost-weight de l'APDRG 618 (Nouveau-nés, poids 2-2.49 kg, sans interventions significatives, avec problème majeur) par le rapport entre les cost-weights de New York applicables aux APDRG 618 et 619.

²⁴ Cette manière de calculer les cost-weights des APDRG relatifs aux transplantations est différente de celle utilisée pour déterminer ceux des versions précédentes, qui avaient été fixés en fonction des tarifs figurant dans les conventions SVK (contrats concernant la transplantation des organes solides et la transplantation de cellules souches hématopoïétiques établis entre les hôpitaux concernés et la Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie).

1.9.4 APDRG 627

APDRG 627: Nouveau-nés, poids >2.49 kg, sans interventions significatives, avec problème majeur

Le cost-weight de cet APDRG a été calculé en multipliant le cost-weight de l'APDRG 628 (Nouveau-nés, poids >2.49 kg, sans interventions significatives, avec problème mineur) par le rapport entre les cost-weights de New York applicables aux APDRG 627 et 628.

1.9.5 SPG 901

SPG 901: Transfert moins de 24 heures après l'admission

Le cost-weight de ce SPG a été calculé en ne prenant en considération que les coûts des hospitalisations non universitaires de la base de données APDRG (afin de tenir compte des coûts de transport que les hôpitaux doivent payer et qui ne sont pas enregistrés dans les données des hôpitaux universitaires).

1.9.6 SPG 920 et 921

SPG 920: Décès moins de 24 heures après l'admission, avec intervention

SPG 921: Décès moins de 24 heures après l'admission, sans intervention

Les cost-weights de ces deux SPG ont été calculés en ne prenant en considération que les coûts des hospitalisations universitaires de la base de données APDRG.

1.10 Calcul des cost-weights finaux

Tous les cost-weights ont été multipliés par un facteur de correction tel que l'indice de casemix²⁵ de toutes les hospitalisations des bases de données APDRG et OFS soit égal à 1 en appliquant les règles de remboursement décrites ci-après²⁶.

Les valeurs des cost-weights des APDRG 468, 469, 470, 476 et 477²⁷ (communément appelés "APDRG poubelles") ont été reprises de la version 4.1 et leur sont identiques²⁸.

Les cost-weights finaux sont publiés sur le site www.apdrqsuisse.ch. L'accès au fichier les contenant est néanmoins réservé aux membres de APDRG Suisse et aux personnes disposant d'une autorisation à cet effet (voir également le point 5 à la page 13).

2 Proportion d'outliers

En appliquant les bornes résultant des calculs décrits ci-dessus aux durées des hospitalisations enregistrées dans les bases de données APDRG et OFS, les proportions d'outliers (low et high) et d'inliers sont les suivantes:

²⁵ Voir définition au point 3.4 (page 11).

²⁶ Constatant que dans les hôpitaux non universitaires de la base de données APDRG les durées des hospitalisations high outliers dépassent celles qui sont en principe attendues des établissements de soins aigus somatiques, cet indice de casemix a été calculé après avoir systématiquement retranché trois journées aux hospitalisations high outliers de ces hôpitaux. Nous avons procédé à l'élimination de ces journées car il est peu vraisemblable qu'elles répondent aux conditions stipulées à l'article 49, alinéa 3 de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).

²⁷ APDRG 468: Interventions chirurgicales importantes sans relation avec le diagnostic principal
APDRG 469: Diagnostic principal non valable comme diagnostic principal
APDRG 470: Séjours non groupables
APDRG 476: Interventions sur la prostate non liées au diagnostic principal
APDRG 477: Interventions moins importantes non liées au diagnostic principal

²⁸ Les APDRG 468, 469, 470, 476 et 477 sont regroupés dans un pseudo-MDC 28 créé par APDRG Suisse (la version officielle des APDRG ne comprend que 25 MDC numérotés de 1 à 25).

	Low outliers	Inliers	High outliers	Total
Hôp. univ.	6.6%	86.5%	6.9%	100.0%
Hôp. non univ.	3.4%	91.0%	5.6%	100.0%
Hôp. univ + non univ.	4.4%	89.6%	6.0%	100.0%

3 Formules de remboursement

Les formules de remboursement sont semblables à celles de la version 4.1 des cost-weights.

3.1 Hospitalisation inlier

A chaque hospitalisation est associé un nombre de points déterminant son remboursement ("points de remboursement"). Si la durée de l'hospitalisation est comprise entre LTP et HTP, ce nombre de points est égal au cost-weight CW de l'APDRG dans laquelle l'hospitalisation est classée.

Soit R le montant remboursé lorsque le cost-weight d'une hospitalisation est égal à 1.000²⁹. Le remboursement d'une hospitalisation inlier est donc égal à R * CW.

3.2 Hospitalisation low outlier

Le nombre de points de remboursement CW_L d'une hospitalisation dont la durée est plus courte que la borne inférieure LTP (hospitalisation low outlier) est calculé de la manière suivante:

$$CW_L = CW/ALOS * LOS * 2$$

où:

CW = cost-weight 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 de l'hospitalisation concernée.

Soit R le montant remboursé lorsque le cost-weight d'une hospitalisation est égal à 1.000. Le remboursement d'une hospitalisation low outlier est donc égal à R * CW_L .

3.3 Hospitalisation high outlier

Le nombre de points de remboursement CW_H d'une hospitalisation dont la durée est plus élevée que la borne supérieure (hospitalisation high outlier) est calculé en tenant compte de deux bornes³⁰:

- HPT1, qui est égal à HTP, c'est-à-dire à la valeur entière de la moyenne arithmétique robuste RM multipliée par 2.4;
- HTP2, qui est égal à la valeur entière de $((HPT1 - ALOS) * 2.43) + ALOS$ ^{31,32}.

²⁹ Le montant remboursé lorsque le cost-weight d'une hospitalisation est égal à 1.000 est souvent dénommé "base rate" ou "valeur du point".

³⁰ Sauf si l'hospitalisation est classée dans un APDRG sans bornes (voir point 1.4.2 à la page 4), auquel cas toute hospitalisation est remboursée selon la formule s'appliquant aux inliers.

³¹ A l'exception des APDRG pour lesquels la valeur de HTP2 est égale à la valeur de HTP1 afin d'éviter un remboursement nettement supérieur aux coûts. Il s'agit des APDRG 40, 42, 112, 124, 125, 234, 266, 315, 478, 479, 545, 549, 550 et du SPG 908.

³² La valeur de la constante 2.43 a été définie de telle sorte que le taux de remboursement des high outliers soit proche de 98%. Ce taux de remboursement est décrit au point 3.5.

Le cost-weight CW_{H1} d'une hospitalisation high outlier dont la durée LOS est plus élevée que HTP1 mais inférieure ou égale à HTP2 ($HTP1 < LOS \leq HTP2$) est calculé de la manière suivante:

$$CW_{H1} = CW + [CW/ALOS * (LOS - HTP1) * (2.43 - ((LOS - HTP1)/HTP1))]$$

Le cost-weight CW_{H2} d'une hospitalisation high outlier dont la durée LOS est plus élevée que HTP2 ($LOS > HTP2$) est calculé de la manière suivante:

$$CW_{H2} = CW + [CW/ALOS * (HTP2 - HTP1) * (2.43 - ((HTP2 - HTP1)/HTP1))] + [CW/ALOS * (LOS - HTP2) * 0.7]$$

où:

CW = cost-weight 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 de l'hospitalisation concernée;

HTP1 = HTP = valeur entière de $RM * 2.4$;

HTP2 = valeur entière de $((HTP1 - ALOS) * 2.43) + ALOS$.

Soit R le montant remboursé lorsque le cost-weight d'une hospitalisation est égal à 1.000. Le remboursement d'une hospitalisation high outlier est donc égal à $R * CW_{H1}$, respectivement $R * CW_{H2}$.

La formule de calcul du nombre de points remboursement d'une hospitalisation high outlier paraît compliquée, mais elle repose sur trois principes très simples:

- 1) le nombre de points de remboursement d'une hospitalisation est égal au cost-weight de l'APDRG dans lequel elle est classée, auquel s'ajoute un supplément qui dépend du cost-weight journalier ("cost-weight per day" = $CW/ALOS$) et du nombre de "journées outliers" (ce nombre est égal à la différence entre la durée d'hospitalisation LOS et la borne supérieure HTP1 ou HTP2);
- 2) le supplément d'une hospitalisation high outlier dont la durée LOS se situe entre HTP1 et HTP2 ($HTP1 < LOS \leq HTP2$) est égal au cost-weight journalier multiplié par le nombre de journées outliers et par une valeur comprise entre 1.5 et 2.43 (cette valeur varie en fonction de l'APDRG et de la durée d'hospitalisation);
- 3) le supplément d'une hospitalisation high outlier dont la durée LOS est plus élevée que HTP2 ($LOS > HTP2$) est égal
 - au supplément d'une hospitalisation de durée $LOS = HTP2$,
 - plus le produit du nombre de journées outliers au-delà de HTP2 multiplié par le cost-weight journalier et par 0.7.

3.4 Casemix et indice de casemix

Le terme "casemix" a différentes acceptions. Il peut notamment signifier "profil", "spectre", par exemple lorsque l'expression "casemix d'un hôpital" est utilisée dans le sens de "profil des patients" de l'établissement.

Techniquement, le casemix (CM) d'un hôpital est défini comme la somme des points de remboursement de toutes les hospitalisations³³ de l'établissement, les points de remboursement de chaque hospitalisation étant calculés selon les formules figurant ci-dessus. Les points de remboursement peuvent donc varier d'une hospitalisation à l'autre au sein d'un même APDRG, leur calcul dépendant non seulement du cost-weight de l'APDRG, mais aussi de la durée de l'hospitalisation si cette dernière est outlier.

L'indice de casemix (ICM) est égal au casemix (tel que défini ci-dessus) divisé par le nombre d'hospitalisations.

Le "coût par point" d'un hôpital est égal à la somme des coûts de toutes les hospitalisations prises en considération pour déterminer le casemix divisée par ce casemix.

Le casemix d'un hôpital dépend des versions du groupeur, des SPG et des cost-weights utilisés pour le calculer. Les comparaisons de casemix (d'une année à l'autre ou d'un établissement à l'autre) doivent donc être faites en utilisant des versions identiques.

³³ Il s'agit bien entendu de toutes les hospitalisations qui peuvent être classées dans un APDRG ou SPG, à savoir les hospitalisations de soins aigus somatiques.

3.5 Simulation du remboursement

En appliquant les règles décrites ci-dessus aux enregistrements de la base de données APDRG il est possible de simuler une situation dans laquelle les trois conditions suivantes sont remplies lorsqu'on applique les cost-weights finaux:

- le remboursement de toutes les hospitalisations inliers des hôpitaux universitaires est égal à leur coût total;
- le remboursement de toutes les hospitalisations inliers des hôpitaux non universitaires est égal à leur coût total;
- le remboursement de toutes les hospitalisations (inliers et outliers) est égal à leur coût total.

Pour remplir ces trois conditions, le montant remboursé lorsque le cost-weight d'une hospitalisation est égal à 1.000 doit être le suivant:

- CHF 9'998 pour les hospitalisations des hôpitaux universitaires;
- CHF 8'425 pour les hospitalisations des hôpitaux non universitaires.

L'utilisation de la version 5.1 des cost-weights permet de réduire la différence entre le montant remboursé lorsque le cost-weight d'une hospitalisation universitaire est égal à 1.000 et le montant remboursé lorsque le cost-weight d'une hospitalisation non universitaire est égal à 1.000 (cette différence est sensiblement plus grande lorsque la version 4.1 des cost-weights est appliquée³⁴). La version 5.1 des cost-weights et des SPG permet donc de faire une meilleure distinction entre les hospitalisations des hôpitaux universitaires et non universitaires.

En appliquant ces montants, les taux de remboursement observés sur la base de données APDRG sont les suivants³⁵:

	Low outliers	Inliers	High outliers	Total
Hôp. univ.	121.1%	100.0%	96.4%	99.7%
Hôp. non univ.	91.2%	100.0%	103.7%	100.3%
Hôp. univ. + non univ.	109.1%	100.0%	98.6%	100.0%

Les taux de remboursement figurant ci-dessus sont définis de la manière suivante: somme du remboursement divisée par la somme des coûts, le résultat étant exprimé en %.

Les montants remboursés dont il est question ci-dessus sont simulés. Ils ne doivent pas être confondus avec les "base rate" fixés par convention entre fournisseurs de soins et assureurs. A noter que ces "base rate" varient de convention en convention.

4 Différences entre les versions 4 et 5 des cost-weights

La méthode utilisée pour élaborer la version 5.1 des cost-weights est proche de celle de la version 4.1. Les différences entre ces deux versions sont résumées ci-dessous.

³⁴ Les montants analogues publiés dans le rapport sur la version 4.1 des cost-weights s'élèvent à CHF 9'041 et CHF 6'842. La différence entre ces montants et ceux qui figurent ici ne signifie pas que les coûts des hospitalisations ont augmenté d'autant car dans notre base de données la somme des points de remboursement des hospitalisations des hôpitaux universitaires et non universitaires calculée selon la version 5.1 des cost-weights est inférieure à celle qui est calculée en fonction de la version 4.1.

³⁵ Constatant que dans les hôpitaux non universitaires les durées des hospitalisations high outliers dépassent celles qui sont en principe attendues des établissements de soins aigus somatiques, les taux de remboursement figurant ci-dessus ont été calculés après avoir systématiquement retranché trois journées aux hospitalisations high outliers de ces hôpitaux. Nous avons procédé à l'élimination de ces journées car il est peu vraisemblable qu'elles répondent aux conditions stipulées à l'article 49, alinéa 3 de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).

- ◆ Les cost-weights de la version 4.1 ont été établis à partir de données concernant des hospitalisations des années 1999, 2000 et 2001; les cost-weights de la version 5.1 ont été établis à partir de données concernant des hospitalisations des années 2001, 2002 et 2003.
- ◆ Les cost-weights de la version 4.1 ont été établis à partir de données récoltées par APDRG Suisse; les cost-weights de la version 5.1 ont été établis à partir de données récoltées par APDRG Suisse et par l'OFS.
- ◆ Les cost-weights de la version 4.1 ont été établis en ajustant les coûts des cas non universitaires (ces derniers ont été multipliés par 1.24); les cost-weights de la version 5.1 ont été établis sans procéder à un tel ajustement.
- ◆ Dans la version 4.1 les bornes supérieures (HTP) sont égales à $RM * 2.4$; dans la version 5.1 les bornes supérieures (HTP) sont égales soit à $RM * 2.4$, soit à $ALOS + 28$ (si $RM*2.4 > ALOS + 28$, c'est $ALOS + 28$ qui est retenu).
- ◆ Dans la version 4.1 les coûts des implants ont été calculés à partir de données provenant d'hôpitaux belges; dans la version 5.1 ces coûts ont été déterminés à partir de données provenant d'hôpitaux suisses.
- ◆ Dans la version 5.1 aucune borne n'a été définie pour les APDRG dans lesquels le coût moyen des implants représente une part importante du coût total de l'hospitalisation.
- ◆ Dans la version 4.1 les cost-weights relatifs aux transplantations ont été calculés en fonction des tarifs figurant dans les conventions SVK (contrats concernant la transplantation des organes solides et la transplantation de cellules souches hématopoïétiques établis entre les hôpitaux concernés et la Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie); dans la version 5.1 ces cost-weights ont été calculés en fonction des coûts et durées de séjour communiquées par les cinq hôpitaux universitaires suisses.
- ◆ La version 4.1 des cost-weights comprenait les SPG 900 à 907; la version 5.1 des cost-weights comprend les SPG 901 à 908, 911 à 915, 917, 918, 920, 921, 930, 932 à 940.
- ◆ La version 4.1 des cost-weights comprenait les pseudo-MDC 26, 27 et 28; la version 5.1 des cost-weights comprend les pseudo-MDC 0, 26, 27 et 28.

5 Utilisation des cost-weights version 5.1

L'utilisation de la version 5.1 des cost-weights à des fins de tarification ou de calcul des subventions cantonales n'est autorisée qu'après obtention d'une licence auprès de APDRG Suisse (cette licence est automatiquement accordée aux membres de APDRG Suisse)

Pour obtenir des informations à ce sujet, veuillez envoyer un message électronique à l'adresse info@apdrgsuisse.ch ou téléphoner à l'Institut de santé et d'économie (021 641 05 80).

6 Versions des cost-weights, du groupeur, de la CHOP et de TAR APDRG à utiliser dès le 1^{er} janvier 2006.

Dès le 1^{er} janvier 2006 les versions suivantes devront être utilisées:

- Cost-weights: version 5.1
- Groupeur: version 1.6 (sera disponible en automne 2005)
- CHOP: version 8 (disponible sur le site web de l'Office fédéral de la statistique³⁶)
- TAR APDRG: version 2006.

³⁶ A l'adresse suivante:
http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/codage/03.html.

Annexe A:

Définitions des Swiss Payment Groups (SPG)

1 Introduction

Pour mieux tenir compte des particularités de la facturation hospitalière en Suisse, des groupes spéciaux dénommés "Swiss Payment Groups" (SPG) ont été créés³⁷. Ils concernent des hospitalisations durant lesquelles³⁸:

- le patient a été transféré dans un autre établissement moins de 24 heures après son admission (SPG 901);
- un défibrillateur cardiaque automatique a été implanté (SPG 902 et 903);
- une greffe de moelle a été effectuée (SPG 904, 905 et 906);
- le nouveau-né est décédé moins de 24 heures après sa naissance (SPG 907);
- un nouveau-né est hospitalisé plus de 250 jours au 31 décembre (SPG 908);
- un stimulateur intracrânien a été implanté ou ajusté (SPG 911 et 912);
- une revascularisation des membres inférieures a été réalisée (SPG 913);
- des brûlures couvrant plus de 10 % de la surface du corps ont été traitées (SPG 914);
- une pompe pour traitement de la douleur chronique par voie intrathécale a été implantée ou remplacée (SPG 915);
- une opération du genou a été réalisée (SPG 917 et 918);
- le patient est décédé moins de 24 heures après son admission (SPG 920 et 921)³⁹;

En outre, le SPG 930 a été créé afin de regrouper les hospitalisations de patients de plus de 75 ans initialement classées dans l'APDRG 243 (Problèmes médicaux de dos) et 9 SPG (de 932 à 940) résultent de la scission ("split") d'APDRG en deux groupes distincts.

2 SPG 901 à 930

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

Règle

- 1) Une hospitalisation durant laquelle le patient est transféré moins de 24 heures après son admission dans un autre établissement de soins aigus (somatiques ou psychiatriques) ou dans une clinique de réadaptation est classée dans le SPG 901, à l'exception des cas du MDC 15 (néonatalogie)⁴⁰.
- 2) Lorsque le séjour dans l'hôpital où le patient a été transféré ne comporte pas de passage de la nuit et n'est pas facturé comme hospitalisation (au sens de l'OCP), l'assureur en informe

³⁷ Comme il n'est pas possible de modifier les APDRG il a été décidé de les compléter par des Swiss Payment Groups (SPG). Un logiciel dénommé MedGroup permet de classer les hospitalisations en SPG; il est mis gratuitement à disposition des membres de APDRG Suisse et peut être commandé en envoyant une demande à l'adresse électronique suivante: info@apdrgsuisse.ch.

³⁸ Dans ce chapitre les définitions des SPG 902 à 907 sont identiques à celles qui figuraient dans TAR APDRG 2004. La définition du SPG 901 a été légèrement modifiée et les définitions des SPG dont le numéro est supérieur à 907 sont nouvelles.

³⁹ Le SPG 900 défini dans TAR APDRG 2004 a été supprimé et remplacé par les SPG 920 et 921.

⁴⁰ Cette définition du SPG 901 est légèrement différente de celle figurant dans TAR APDRG 2004, où il était indiqué qu'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)".

l'hôpital transféreur qui annule alors sa facture d'hospitalisation et en établit une autre sur base du tarif ambulatoire.

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 heures, 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.

2.2 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 (Implantation de défibrillateur cardiaque automatique) ou 903 (Implantation 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 & 00.54⁴¹.

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

Règle

Une hospitalisation est classée dans le SPG 904 aux deux conditions suivantes:

- elle est initialement classée par le groupeur dans l'APDRG 803;
- son enregistrement contient le code CHOP 00.92.

⁴¹ Les codes 37.94, 37.95, 37.96 et 37.97 ont été introduit dans la version 5 et de la CHOP, les codes 00.51 et 00.54 dans la version 6.

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).

Les codes CHOP 00.91, 00.92 et 00.93 permettent de faire la distinction entre un donneur apparenté (vivant ou décédé) et un donneur non apparenté. Ils figurent dans la version 8 de la Classification Suisse des Interventions dont l'utilisation sera obligatoire à partir du 1^{er} janvier 2006 (cf. CodeInfo 2/04; page 24⁴²).

2.4 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 CHOP 41.91,
 - soit le code CHOP 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 CHOP 41.91,
 - ni le code CHOP 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).

2.5 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.

Commentaire

Cette règle s'applique également à tout mort-né dont l'hospitalisation doit être enregistrée conformément à la loi.

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 heures, 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.

⁴² Le bulletin CodeInfo est publié par l'OFS; il est disponible à l'adresse suivante:
http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/codage/02.html

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.

2.6 Continuation d'un séjour de néonatalogie de longue durée (SPG 908)

Règle

Les séjours des nouveau-nés et nourissons présents depuis au moins 250 jours bruts (sans déduction des jours de congé) le 31 décembre de chaque année civile sont administrativement fermés à cette date à 23h59 et facturés selon le tarif en vigueur ce jour et selon l'APDRG correspondant aux codes diagnostiques et d'intervention attribués.

Pour les enfants dont le séjour a été fermé de la manière décrite ci-dessus une nouvelle hospitalisation débute le 1^{er} janvier à 0h01 en enregistrant la valeur "4" dans le champ "Mode d'admission" (variable 1.2.V03) de la statistique médicale OFS. Cette hospitalisation est alors classée dans le SPG 908.

Si un enfant est toujours présent le 31 décembre suivant (soit une année après le début de l'hospitalisation classée dans le SPG 908), le séjour est à nouveau clos et facturé en fonction du cost-weight du SPG 908 et du tarif en vigueur durant l'année écoulée. Dans ce cas une hospitalisation débute à nouveau le 1^{er} janvier suivant à 0h01 en enregistrant la valeur "4" dans le champ "Mode d'admission" (variable 1.2.V03) de la statistique médicale OFS. Cette hospitalisation est à nouveau classée dans le SPG 908.

Commentaire

Certains nouveau-nés, souffrant de pathologies sévères, restent hospitalisés plusieurs mois, voire plusieurs années après leur naissance. Les cost-weight des APDRG où sont classés ces enfants sont très élevés (plus de 10). Les règles habituelles stipulent que les factures ne sont émises qu'après la sortie des patients, au tarif en vigueur lors de leur sortie. L'hôpital ne reçoit donc aucun financement pour ces cas avant la fin de leur séjour. Cette situation pose également des problèmes aux assureurs qui reçoivent des factures extrêmement élevées (pouvant dépasser CHF 1'000'000) et correspondant à plusieurs exercices comptables, sans que des passifs transitoires n'aient pu être comptabilisés.

Bien que cette règle ne soit pas conforme aux règles de l'OFS concernant la statistique médicale⁴³, elle a été établie pour réduire les problèmes de trésorerie des hôpitaux et répondre à la demande des payeurs (principalement de l'assurance invalidité). Elle permet d'éviter de facturer tout le séjour sur la base du tarif en vigueur lors de la sortie du patient, alors que la plus grande partie des prestations ont été fournies un, voire deux ans avant cette sortie.

Cette règle ne cause pas de problème de facturation, mais requiert une attention particulière pour s'assurer du suivi des cas avec plusieurs numéros de séjours différents pour une hospitalisation en réalité continue.

La valeur 4 de la variable 1.2.V03 (Mode d'admission) est la seule information qui permette de classer un cas dans le SPG proposé. Si cette valeur est saisie par erreur pour une hospitalisation qui n'est pas une continuation de séjour de néonatalogie de longue durée, le classement de cette hospitalisation sera erroné (mais il sera néanmoins possible de détecter ces erreurs au moyen de quelques vérifications).

⁴³ Cette règle n'est pas conforme aux règles de l'OFS concernant la statistique médicale parce qu'elle conduit à la création de deux cas au moins pour une seule hospitalisation continue et parce que la valeur 4 de la variable 1.2.V03 est utilisée alors que des données dans lesquelles cette valeur est enregistrée sont considérées comme erronées par l'OFS.

2.7 Implantation ou ajustement d'un stimulateur intracranien (SPG 911 et 912)

Règle

Une hospitalisation est classée dans le SPG 911 aux deux conditions suivantes:

- son enregistrement contient un code diagnostique principal compris dans les catégories G20 à G26;
- son enregistrement contient le code CHOP 02.93.

Une hospitalisation est classée dans le SPG 912 aux deux conditions suivantes:

- son enregistrement contient le code diagnostique principal Z45.8 ou T85.1;
- son enregistrement contient le code CHOP 02.93.

Commentaire

Les hospitalisations durant lesquelles des stimulateurs intracrâniens sont implantés chez des patients atteints de la maladie de Parkinson ou des syndromes extrapyramidaux et troubles de la motricité sont classées par le groupeur dans les APDRG 1 (Craniotomie, > 17 ans, excepté pour traumatisme), 530 (Craniotomie avec cc majeure) ou 739 (Craniotomie, < 18 ans, sans cc). Compte tenu du coût élevé des stimulateurs intracrâniens utilisés pour ces patients (environ CHF 26'000), il est apparu nécessaire de créer un SPG pour regrouper ces hospitalisations.

Comme un ajustement de stimulateur intracrânien nécessite du matériel dont le coût moyen s'élève à CHF 9'600, il a également été décidé de créer un SPG pour classer les hospitalisations durant lesquelles un tel contrôle est effectué.

2.8 Revascularisation du membre inférieur (SPG 913)

Règle

Une hospitalisation est classée dans le SPG 913 aux deux conditions suivantes:

- elle est initialement classée par le groupeur dans l'APDRG 550;
- son enregistrement contient le code CHOP 38.48 ou 39.29.

Commentaire

En présence de complication ou comorbidité (cc) majeure, les hospitalisations initialement regroupées dans l'APDRG 796 (Revascularisation du membre inférieur, avec cc) sont classées dans l'APDRG 550 (Autres interventions vasculaires, avec cc majeure). Le cost-weight de l'APDRG 550 est cependant inférieur à celui de l'APDRG 796. Un SPG a donc été créé pour classer les revascularisations du membre inférieur avec cc majeure, ces dernières ayant un coût sensiblement plus élevé que les autres interventions regroupées dans l'APDRG 550.

2.9 Brûlures couvrant plus de 10 % de la surface du corps, avec greffes cutanées (SPG 914)

Règle

Une hospitalisation est classée dans le SPG 914 aux deux conditions suivantes:

- elle est initialement classée par le groupeur dans l'APDRG 458;
- son enregistrement contient le code diagnostique T31.1 ou T31.2 ou T31.3 ou T31.4.

Commentaire

Différents types de brûlures sont regroupées dans l'APDRG 458 (Brûlures non étendues, avec greffes cutanées). Lorsque les brûlures couvrent 10% à 50% de la surface corporelle (codes CIM-10 T31.1 à T31.4) et que des greffes cutanées sont effectuées, le cas est classé dans cet

APDRG, mais son coût est néanmoins nettement supérieur à celui des autres cas de ce même APDRG. Il a donc été décidé de créer un SPG afin de classer séparément ces hospitalisations.

2.10 Implantation ou remplacement d'une pompe pour traitement de la douleur chronique par voie intrathécale (SPG 915)

Règle

Une hospitalisation est classée dans le SPG 915 si l'une des deux conditions suivantes est remplie:

- son enregistrement contient le code diagnostique R52.1 ainsi que les codes CHOP 03.90 et 86.06;
- son enregistrement contient le code CHOP 86.08.

Commentaire

Une pompe pour traitement de la douleur chronique par voie intrathécale coûte près de CHF 16'000. Il a donc été décidé de créer un SPG pour classer les hospitalisations durant lesquelles une telle pompe est implantée pour la première fois ou remplacée.

2.11 Opérations du genou (SPG 917 et 918)

Règle

Une hospitalisation est classée dans le SPG 917 aux deux conditions suivantes:

- elle est initialement classée par le groupeur dans l'APDRG 221;
- son enregistrement ne contient aucun des codes CHOP suivants: 80.76, 81.40, 81.42, 81.43, 81.44, 81.45, 81.46, 81.47, 81.49.

Une hospitalisation est classée dans le SPG 918 aux deux conditions suivantes:

- elle est initialement classée par le groupeur dans l'APDRG 222;
- son enregistrement ne contient aucun des codes CHOP suivants: 80.76, 81.40, 81.42, 81.43, 81.44, 81.45, 81.46, 81.47, 81.49.

Commentaire

Les hospitalisations pour synovectomie ou réparation de ligaments du genou classées dans les APDRG 221 et 222 ont un coût nettement supérieur à celui des autres hospitalisations classées dans ces deux APDRG. Deux SPG ont donc été créés afin de regrouper les hospitalisations pour opération du genou autre que synovectomie ou réparation de ligaments.

2.12 Décès moins de 24 heures après l'admission (SPG 920 et 921)

Règle

Une hospitalisation durant laquelle le patient décède moins de 24 heures après son admission est classée dans le SPG 920 ou 921, à l'exception des cas du MDC 15 (néonatalogie).

Une hospitalisation est classée dans le SPG 920 si elle est initialement classée par le groupeur dans un APDRG chirurgical.

Une hospitalisation est classée dans le SPG 921 si elle est initialement classée par le groupeur dans un APDRG médical.

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 heures, ce sont les décès survenant le jour de l'admission ou le jour suivant celui de l'admission qui sont classés dans le SPG 920 ou 921.

Le coût des hospitalisations durant lesquelles le patient décède moins de 24 heures après l'admission augmente sensiblement lorsque des interventions sont réalisées et que celles-ci entraînent le classement de l'hospitalisation dans un APDRG chirurgical. Il a donc été décidé de créer deux SPG afin de tenir compte des différences de coût.

2.13 Problèmes médicaux de dos, >75 ans (SPG 930)

Règle

Une hospitalisation est classée dans le SPG 930 aux deux conditions suivantes:

- elle est initialement classée par le groupeur dans l'APDRG 243 (Problèmes médicaux de dos);
- l'âge de la personne est supérieur à 75 ans le jour de son admission en soins aigus.

Commentaire

L'analyse économique a mis en évidence que le critère discriminant est l'âge, les hospitalisations de personnes ayant plus de 75 ans étant nettement plus coûteuses que celles des personnes dont l'âge est égal ou inférieur à 75 ans.

3 SPG résultant d'APDRG scindés en deux ("splittés") (932 à 940)

L'analyse des données des hôpitaux a mis en évidence qu'une plus grande homogénéité des coûts pouvait être obtenue en scindant en deux groupes les hospitalisations classées dans certains APDRG, le classement dans ces groupes étant déterminé par la présence de codes d'intervention spécifiques dans l'enregistrement des hospitalisations concernées.

Afin de ne pas créer un nombre exagérément élevé de nouveaux SPG, il a été décidé que les différences entre les deux groupes devaient être substantielles⁴⁴.

Les libellés des SPG 932 à 940 commencent par "S - " suivi du libellé de l'APDRG dont ils sont dérivés.

3.1 S - Autres interventions chirurgicales sur les oreilles, le nez, la bouche et la gorge (SPG 932)

Règle

Une hospitalisation est classée dans le SPG 932 aux deux conditions suivantes:

- elle est initialement classée par le groupeur dans l'APDRG 63 (Autres interventions chirurgicales sur les oreilles, le nez, la bouche et la gorge);
- son enregistrement contient au moins un des codes CHOP suivants: 29.33, 29.4, 31.71, 31.72, 31.75, 31.79, 76.62, 76.63, 76.66, 76.67, 76.74, 76.76, 76.77, 76.79, 76.91, 76.92, 86.69, 86.70, 86.74, 86.75.

Commentaire

L'analyse des hospitalisations initialement classées dans l'APDRG 63 par le groupeur met en évidence que les coûts de celles dont l'enregistrement contient au moins un des codes CHOP ci-

⁴⁴ La règle appliquée est qu'il doit exister une différence de coût d'au moins 20% (en plus ou en moins) entre le coût moyen des hospitalisations de l'APDRG dans lequel celles-ci sont initialement classées et le coût moyen des hospitalisations dans les deux groupes résultant de la scission de cet APDRG.

dessus sont sensiblement plus élevés que les coûts des hospitalisations dont l'enregistrement ne contient aucun de ces codes.

3.2 S - Interventions sur l'œsophage, l'estomac et le duodenum, >17 ans, avec cc (SPG 933)

Règle

Une hospitalisation est classée dans le SPG 933 aux deux conditions suivantes:

- elle est initialement classée par le groupeur dans l'APDRG 154 (Interventions sur l'œsophage, l'estomac et le duodenum, >17 ans, avec cc);
- son enregistrement contient au moins un des codes CHOP suivants: 31.73, 42.40, 42.41, 42.42, 42.51, 42.52, 42.53, 42.54, 42.55, 42.58, 42.59, 42.61, 42.62, 42.63, 42.64, 42.65, 42.66, 42.68, 42.69, 42.87, 43.5, 43.6, 43.7, 43.89, 43.91, 43.99, 44.39, 44.5, 46.72, 51.82, 51.83.

Commentaire

L'analyse des hospitalisations initialement classées dans l'APDRG 154 par le groupeur met en évidence que les coûts de celles dont l'enregistrement contient au moins un des codes CHOP ci-dessus sont sensiblement plus élevés que les coûts des hospitalisations dont l'enregistrement ne contient aucun de ces codes.

3.3 S - Interventions sur l'œsophage, l'estomac et le duodenum, >17 ans, sans cc (SPG 934)

Règle

Une hospitalisation est classée dans le SPG 934 aux deux conditions suivantes:

- elle est initialement classée par le groupeur dans l'APDRG 155 (Interventions sur l'œsophage, l'estomac et le duodenum, >17 ans, sans cc);
- son enregistrement contient au moins un des codes CHOP suivants: 31.73, 42.40, 42.41, 42.42, 42.51, 42.52, 42.53, 42.54, 42.55, 42.58, 42.59, 42.61, 42.62, 42.63, 42.64, 42.65, 42.66, 42.68, 42.69, 42.87, 43.5, 43.6, 43.7, 43.89, 43.91, 43.99, 44.39, 44.5, 46.72, 51.82, 51.83.

Commentaire

L'analyse des hospitalisations initialement classées dans l'APDRG 155 par le groupeur met en évidence que les coûts de celles dont l'enregistrement contient au moins un des codes CHOP ci-dessus sont sensiblement plus élevés que les coûts des hospitalisations dont l'enregistrement ne contient aucun de ces codes.

3.4 S - Interventions sur l'œsophage, l'estomac et le duodenum, <18 ans (SPG 935)

Règle

Une hospitalisation est classée dans le SPG 935 aux deux conditions suivantes:

- elle est initialement classée par le groupeur dans l'APDRG 156 (Interventions sur l'œsophage, l'estomac et le duodenum, <18 ans);
- son enregistrement contient au moins un des codes CHOP suivants: 31.73, 42.40, 42.41, 42.42, 42.51, 42.52, 42.53, 42.54, 42.55, 42.58, 42.59, 42.61, 42.62, 42.63, 42.64, 42.65, 42.66, 42.68, 42.69, 42.87, 43.5, 43.6, 43.7, 43.89, 43.91, 43.99, 44.39, 44.5, 46.72, 51.82, 51.83.

Commentaire

L'analyse des hospitalisations initialement classées dans l'APDRG 156 par le groupeur met en évidence que les coûts de celles dont l'enregistrement contient au moins un des codes CHOP ci-dessus sont sensiblement plus élevés que les coûts des hospitalisations dont l'enregistrement ne contient aucun de ces codes.

3.5 S - Interventions gastro-intestinales majeures, avec cc majeure (SPG 936)

Règle

Une hospitalisation est classée dans le SPG 936 aux deux conditions suivantes:

- elle est initialement classée par le groupeur dans l'APDRG 585 (Interventions gastro-intestinales majeures, avec cc majeure);
- son enregistrement contient au moins un des codes CHOP suivants: 31.73, 42.40, 42.41, 42.42, 42.51, 42.52, 42.53, 42.54, 42.55, 42.58, 42.59, 42.61, 42.62, 42.63, 42.64, 42.65, 42.66, 42.68, 42.69, 42.87, 43.5, 43.6, 43.7, 43.89, 43.91, 43.99, 44.39, 44.5, 46.72, 51.82, 51.83.

Commentaire

L'analyse des hospitalisations initialement classées dans l'APDRG 585 par le groupeur met en évidence que les coûts de celles dont l'enregistrement contient au moins un des codes CHOP ci-dessus sont sensiblement plus élevés que les coûts des hospitalisations dont l'enregistrement ne contient aucun de ces codes.

3.6 S - Interventions majeures pour affections malignes des reins, des uretères, de la vessie (SPG 937)

Règle

Une hospitalisation est classée dans le SPG 937 aux deux conditions suivantes:

- elle est initialement classée par le groupeur dans l'APDRG 303 (Interventions majeures pour affections malignes des reins, des uretères, de la vessie);
- son enregistrement contient au moins un des codes CHOP suivants: 40.52, 40.53, 40.54, 40.59, 55.61, 55.87, 56.34, 56.40, 56.41, 56.42, 56.51, 56.52, 56.61, 56.62, 56.71, 56.72, 56.73, 56.74, 56.75, 56.79, 56.81, 56.82, 56.84, 56.85, 56.86, 56.89, 56.95, 57.71, 57.79.

Commentaire

L'analyse des hospitalisations initialement classées dans l'APDRG 303 par le groupeur met en évidence que les coûts de celles dont l'enregistrement contient au moins un des codes CHOP ci-dessus sont sensiblement plus élevés que les coûts des hospitalisations dont l'enregistrement ne contient aucun de ces codes.

3.7 S - Interventions majeures pour affections bénignes des reins, des uretères, de la vessie, avec cc (SPG 938)

Règle

Une hospitalisation est classée dans le SPG 938 aux deux conditions suivantes:

- elle est initialement classée par le groupeur dans l'APDRG 304 (Interventions majeures pour affections bénignes des reins, des uretères, de la vessie, avec cc);
- son enregistrement contient au moins un des codes CHOP suivants: 40.52, 40.53, 40.54, 40.59, 55.61, 55.87, 56.34, 56.40, 56.41, 56.42, 56.51, 56.52, 56.61, 56.62, 56.71, 56.72, 56.73, 56.74, 56.75, 56.79, 56.81, 56.82, 56.84, 56.85, 56.86, 56.89, 56.95, 57.71, 57.79.

Commentaire

L'analyse des hospitalisations initialement classées dans l'APDRG 304 par le groupeur met en évidence que les coûts de celles dont l'enregistrement contient au moins un des codes CHOP ci-dessus sont sensiblement plus élevés que les coûts des hospitalisations dont l'enregistrement ne contient aucun de ces codes.

3.8 S - Interventions majeures pour affections bénignes des reins, des uretères, de la vessie, sans cc (SPG 939)

Règle

Une hospitalisation est classée dans le SPG 939 aux deux conditions suivantes:

- elle est initialement classée par le groupeur dans l'APDRG 305 (Interventions majeures pour affections bénignes des reins, des uretères, de la vessie, sans cc);
- son enregistrement contient au moins un des codes CHOP suivants: 40.52, 40.53, 40.54, 40.59, 55.61, 55.87, 56.34, 56.40, 56.41, 56.42, 56.51, 56.52, 56.61, 56.62, 56.71, 56.72, 56.73, 56.74, 56.75, 56.79, 56.81, 56.82, 56.84, 56.85, 56.86, 56.89, 56.95, 57.71, 57.79.

Commentaire

L'analyse des hospitalisations initialement classées dans l'APDRG 305 par le groupeur met en évidence que les coûts de celles dont l'enregistrement contient au moins un des codes CHOP ci-dessus sont sensiblement plus élevés que les coûts des hospitalisations dont l'enregistrement ne contient aucun de ces codes.

3.9 S - Interventions des reins et des voies urinaires excepté greffe de rein, avec cc majeure (SPG 940)

Règle

Une hospitalisation est classée dans le SPG 940 aux deux conditions suivantes:

- elle est initialement classée par le groupeur dans l'APDRG 567 (Interventions des reins et des voies urinaires excepté greffe de rein, avec cc majeure);
- son enregistrement contient au moins un des codes CHOP suivants: 40.52, 40.53, 40.54, 40.59, 55.61, 55.87, 56.34, 56.40, 56.41, 56.42, 56.51, 56.52, 56.61, 56.62, 56.71, 56.72, 56.73, 56.74, 56.75, 56.79, 56.81, 56.82, 56.84, 56.85, 56.86, 56.89, 56.95, 57.71, 57.79.

Commentaire

L'analyse des hospitalisations initialement classées dans l'APDRG 567 par le groupeur met en évidence que les coûts de celles dont l'enregistrement contient au moins un des codes CHOP ci-dessus sont sensiblement plus élevés que les coûts des hospitalisations dont l'enregistrement ne contient aucun de ces codes.