

PCS Berne

**information sur
le projet psysuisse
22 mai 2008**

22.5.2008

information psysuisse: PCS-Berne © Buser

Projet psysuisse

1. Introduction – raisons – besoins - modèles
2. Descriptif du projet
3. Contenu du projet **psysuisse**

Pause

4. DRG en psychiatrie
5. Codage
6. Divers et questions

1. Introduction

Raisons, besoins, problèmes, bases

- Le conseil fédéral a présenté une révision de l'art. 49 LAMal (contrats tarifaires avec les hôpitaux): „Pour la rétribution de prestations de soins stationnaires séjours hospitaliers inclus (Art. 39) les partenaires contractuels choisiront des forfaits. Les forfaits seront relatifs aux prestations et seront basés sur une structure unique pour toute la Suisse ...“. Malgré le changement fondamental pour des forfaits en relation avec les prestations, dans certains secteurs particuliers tel la psychiatrie et les maladies chroniques, les forfaits journaliers restent la solution adéquate. Il est pensable ainsi que des forfaits journaliers accompagnent simultanément des forfaits par cas ou par groupes de prestations.
- L'OCP [\[1\]](#) définit dans son article 4 les séjours semi-stationnaires.
- La rémunération future de thérapies aiguës stationnaires dans les hôpitaux passera par forfaits par cas selon SWISS-DRG (exclue la psychiatrie).
- La conférence active psychiatrie (CAP) H+ a constaté en 2005 que le forfait par cas selon les diagnostics (DRG) n'est pas représentatif des prestations, le diagnostic ne définit en rien le nombre de prestations ni la durée d'un séjour, donc les forfaits journaliers ne peuvent pas être remplacés par les DRG. Ainsi la conférence active a sollicité le conseil de H+ pour ce projet et l'assemblée générale en 2005 a pris la décision pour ce projet national de tarification psychiatrique. (02.11.05 décision de l'AG) sous la direction du secrétariat général H+. Sur ce la CAP a nommé une commission d'experts et a donné mandat de trouver une alternative aux forfaits par cas et aux forfaits journaliers.

Modèles tarifaires en psychiatrie

- en Europe et Outre-mer il n'existe pas d'exemple tarifaire tenant compte de la gravité et des prestations
- les modèles de nos voisins (D, A, DK, NL, F, I etc.) ne sont ni innovatifs ni transposables
- la recherche d'une grille simple s'avère difficile
- l'effort administratif doit être minimal, plus c'est complexe moins c'est applicable ...

2. Descriptif du projet

- Information
- Organisation
- Qui
- Quand

**pour une information au sujet du
projet psysuisse
toujours**

www.psysuisse.ch

**et vous serez
à jour**



EDITORIAL

La révision de la LAMal prescrit l'application à l'avenir de forfaits uniformes selon les prestations, valables à l'échelon national pour les prestations de santé hospitalières. Cela ne fait aucun doute après les premiers débats au Parlement. Il faut également en développer pour la psychiatrie. Les expériences faites à l'étranger ont montré que les forfaits par cas axés sur le diagnostic comme pour les soins somatiques aigus ne sont guère utilisables.

Confrontés à la réalité politique suisse, les modèles visionnaires de forfaits dépendant des prestations échoueraient. Quant à un modèle qui serait fondé, par exemple, sur le même financement des prestations ambulatoires et hospitalières, il ne pourrait être envisagé ces dix prochaines années. Il existe cependant des



Die Spitäler der Schweiz.
Les Hôpitaux de Suisse.
Gli Ospedali Svizzeri.

H+ Projet psy.suisse

INFORMATION Structure tarifaire nationale pour les prestations de psychiatrie hospitalières et semi-hospitalières

Etat du projet Structure tarifaire nationale

Depuis 2003, nous nous fixons pour but, dans le cadre de la Conférence active de psychiatrie, parallèlement à la discussion des forfaits par cas en relation avec le diagnostic dans le domaine des soins somatiques aigus, d'élaborer un modèle de nouveaux tarifs de psychiatrie et de nous préparer au passage à un système de financement fondé sur les prestations.

dans les cantons, de préférence en impliquant l'une des personnes participant au projet.

- Procéder à l'évaluation des systèmes de financement de la psychiatrie à l'étranger.



EN BREF

Le Conseil de H+ est favorable à la création d'une structure tarifaire unitaire pour l'ensemble de la Suisse dans le domaine de la psychiatrie qui tienne compte de la gravité de l'affection psychique et de l'intensité des traitements. Il s'appuie sur l'OCP et le message du Conseil fédéral relatif à la révision de la LAMal. Il est nécessaire de tenir compte des nouveaux modèles de fourniture des prestations et de financement pour les traitements régionaux, intégratifs, hospitaliers, semi-hospitaliers et ambulatoires. La nouvelle structure tarifaire doit couvrir la psychiatrie générale des adultes, celle des personnes toxicodépendantes, la psychiatrie gériatrique, la psychiatrie des enfants et des adolescents ainsi que la psychiatrie carcérale et être applicable dans les institutions psychiatriques publiques, privées subventionnées par les pouvoirs publics ou les établissements privés. Les bases et instruments nécessaires ont été en partie dé-

La commission spécialisée

La Commission spécialisée Structure tarifaire nationale représente toute la Suisse

Susanne Peyron, Consultante
(Suisse romande VD / GE)

Kim Barbara Wöhr Capt, Responsable comptabilité
(Département Psychiatrie CHUV)

Myrtha Breiter, Responsable des services de soins
(Services psychiatriques des Grisons)

22.5.2008

information psy.suisse: PCS-Berne © Buser

Objectifs

- La **base** technique de la **structure tarifaire** doit être trouvée et validée pour fin **juin 2008**.
- Jusqu'en **2010** la **structure nationale** pour les traitements stationnaires et semi-stationnaires psychiatriques doit être négociée entre partenaires tarifaires (prestataires de soins, assurances et cantons)
- **Introduction** d'une structure valable pour toute la Suisse pour les thérapies stationnaires et semi-stationnaires pour le **01.01.2011**. La structure peut-être utilisée par tous les prestataires de soins indépendamment de leur statut juridique. La structure représente tous les cas de figures psychiatriques (psychiatrie générale, de l'enfance et des adolescents, les addictions, la gérontopsychiatrie et le forensique) et les stations psychiatriques dans les hôpitaux de soins aigus.
- La structure tarifaire nationale est une forme de rémunération qui tient compte de manière différenciée des prestations et est basée sur une classification spécifique en psychiatrie.
- L'intensité de la thérapie et la gravité du cas doivent former la base de la structure tarifaire. Le calcul des coûts se fait sur la base d'une comptabilité analytique à imputation finale (REKOLE®). La structure tarifaire nationale de psychiatrie doit tenir compte de la législation en vigueur et des révisions en cour de la LAMal, de l'AA, de l'AI et de l'AM.
- La pérennité de la structure tarifaire psychiatrique nationale doit être garantie.
- **contrat-cadre H+** avec les assureurs règlera l'utilisation et le contenu commun et donne les paramètres importants pour les contrats d'adhésion des différents cantons et groupements.

Mission

La mission se subdivise de la façon suivante:

- D'abord il faut faire l'éventail des points essentiels à travailler et les introduire dans une forme bien hiérarchisée et opérative (matrice), qui qualifie et échelonne les points (structure et priorités) et faire une évaluation grossière des capacités nécessités pour leur réalisation. Ceci correspond à un pré-projet pour acceptation par la commission d'experts tarifaires.
- Détermination du volume des pilotes et évaluation de ces capacités en ressources humaines, financier et durée pour approbation de la CAP ou de la commission d'experts tarifaires.
- Décision par les organes compétents.
- Assurer les ressources

Bases méthodiques

- La **protection des données des patients**, des cliniques et services doit être garanti dans toutes les démarches. La commission d'experts tarifaires décide des pas et de la priorité de chaque point, elle définit les exigences pour le projet et invite au besoin des experts supplémentaires de son choix. Pour que le travail du projet puisse fonctionner dans la transparence et atteindre à temps ses objectifs, les experts s'engagent dans ce projet pour les règles suivantes:
- Toutes les **bases de données** sont à dévoiler de manière complète et compréhensive.
- Les **corrections** du modèle se font toujours dans l'**objectif** de permettre une **représentation réaliste des soins**.
- Les corrections du modèle se font toujours dans l'objectif d'une **évaluation économique** de la prestation de soins (quels moyens sont à mettre à disposition pour une prestation de soins de qualité?).
- Le **contrôle et la validation** du modèle et des résultats se fait à partir de **données empiriques** du terrain si possible.
- Toutes les requêtes se font sur la base de données chiffrées. Données chiffrées signifient que le modèle de calcul et d'extraction se fait avec une **méthode agréée** par la commission d'experts tarifaires et que le résultat soit plausible et qu'une reproductibilité et une validation soit possible.

Organisation du projet

Commission TARIFS:

Suzanne Peyron (CHUV Lausanne)
Myrtha Breiter (Psych. Dienste GR)
Paolo Pfahler (Org. sociopsichiatrica cantonale)
Jean-Claude Bourgnon (UPK Basel)
Christoph Wenk (UPD Bern)
Hans Schwyn (Klinik Littenheid / Aktivkonferenz)
Dr. Jürg Unger (FG Kinder- und Jugendpsychiatrie)
Martin Buser (Projektleiter, Geschäftsstelle H+)
Stephan Hänsenberger (Geschäftsstelle H+)

Commission des experts - évaluation

Dr. med. Peter Allemann (Kirchlindach)
Dr. med. André Assimacopoulos (HUG)
Dr. med. Gerhard Ebner (UPK Basel)
Dr. med. Thomas Giger (Fondation de Nant)
Dr. Michele Tomamichel (Mendrisio)
Dr. med. Jürg Unger (SVKJPP)

Critères de réussite

- respect du calendrier
- respect de la méthode
- respect des objectifs

Mesure du succès

- Le Δ entre les objectifs atteints et les objectifs fixés des 3 critères de réussite sera mesuré et la responsabilité incombe au chef de projet

Calendrier

début des travaux de projets psy.suisse :

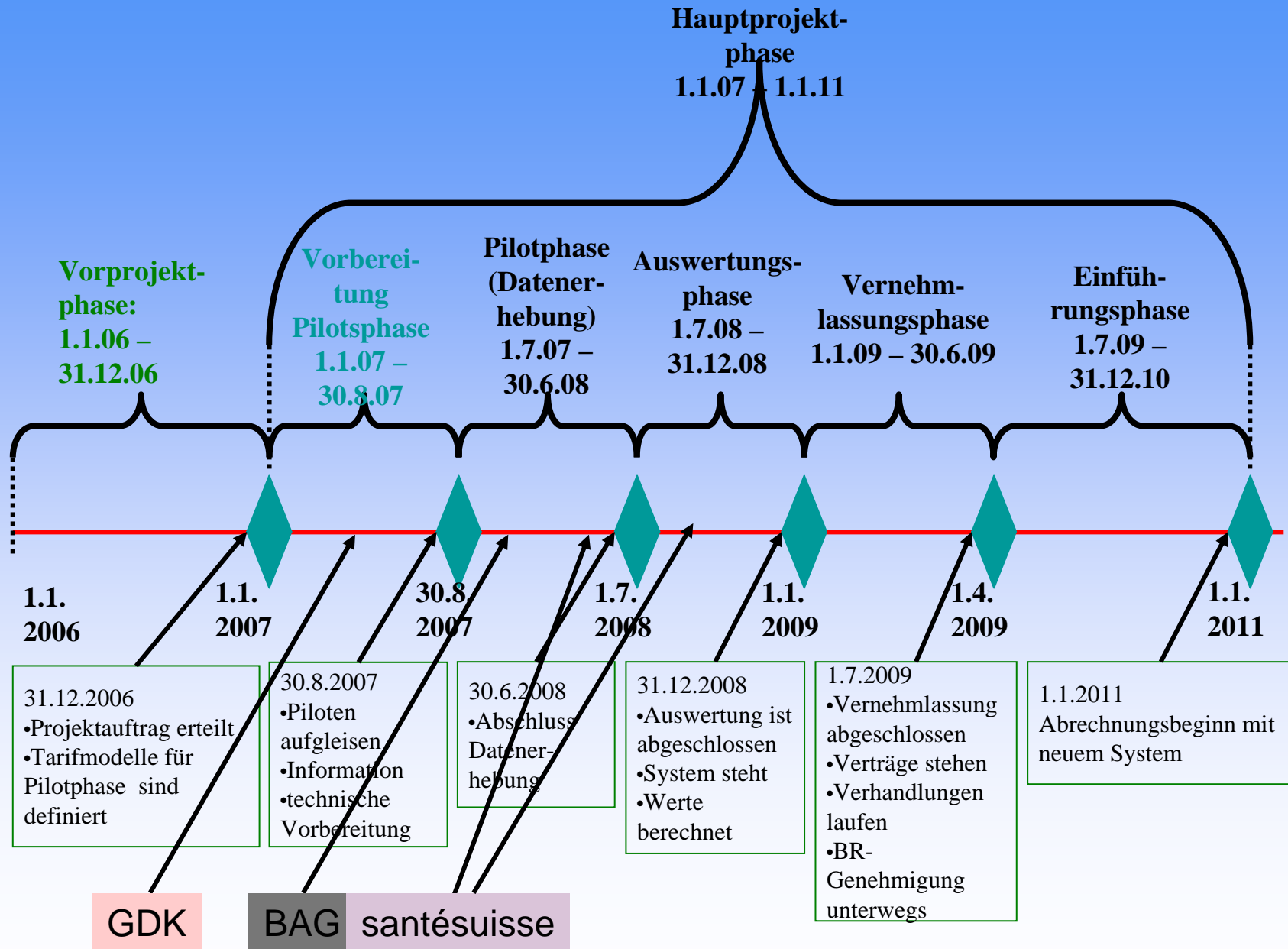
phase du pré-projet: 01.01.06 – 31.12.06

phase du projet: 01.01.07 – 30.04.09

phase pilote: 01.07.07 – 30.06.08

phase de négociation: 01.07.08 – 30.06.09

fin du projet: 01.07.09 – 31.12.10



3. Contenu du projet

- Les catégories – codage
- Données financières et administratives
- Data set
- Protection des données
- Pour quel résultat

A 1 traitement normal	S 1 traitement normal	G 1 traitement normal	K 1 traitement normal	J 1 traitement normal	F 1 traitement normal
A 2 traitement intensif	S 2 traitement intensif.	G 2 traitement intensif.	K 2 traitement intensif.	J 2 traitement intensif.	F 2 traitement intensif.
A 3 réhab	S 3 réhab	G 3 réhab		J 3 réhab	F 3 réhab
A 4 longue durée	S 4 longue durée	G 4 longue durée		J 4 longue durée	F 4 longue durée
A 5 psycho- thérapie	S 5 psycho- thérapie	G 5 psycho- thérapie			F 5 psycho- thérapie
A 6 clinique de jour	S 6 clinique de jour	G 6 clinique de jour	K 6 clinique de jour	J 6 clinique de jour	F 6 clinique de jour
			K 7 parents-enfant		
			K 8 traitmt psycho- pédagog.	J 8 traitmt psycho- pédagog.	
					F 9 désintox

minutages
 prestations non-médicales
 prestations médicales

A 1 Regel- behandlung	S 1 Regel- behandlung	G 1 Regel- behandlung	KJ 1 Regel- behandlung	F 1 Regel- behandlung	FFE 1 Regel- behandlung
A 2 Intensiv- behandlung	S 2	G 2	KJ 2	F 2	FFE 2
A 3 Reha	S 3	G 3	KJ 3	F 3	FFE 3
A 4 Mehrfach	S 4	G 4	KJ 4	F 4	FFE 4
A 5 Psycho- therapie	S 5	G 5	KJ 5	F 5	FFE 5
A 6 Tages- klinik	S 6	G 6	KJ 6	F 6	FFE 6

comptabilité
 analytique
 à imputation
 finale d'après
 REKOLE

jeu de données A: prestations

Nom de l'institution / canton (BS-UPK) S
No-Identification du cas
code du service
date de prestations (AAAA,MM,JJ)
catégorie psysuisse (A1, A2)

jeu de données E: stat. med. ofs

Nom de l'institution / canton (BS-UPK) S
No. identification ofs
No-Identification du cas
stat. méd. ofs
données compl. ofs

jeu de données C: prestations de soins

Nom de l'institution / canton (BS-UPK) S
No. identification ofs
catégorie professionnelle
titre professionnel
date de prestations (AAAA,MM,JJ)
minutes de prestations (LEP / PRN / TARMED etc.)

jeu de données D: coûts / salaires / minutes

Nom de l'institution / canton (BS-UPK) S
catégorie professionnelle
(médecins / soins, thérapeutes)
coûts de personnel / minute

jeu de données B: information du service

Nom de l'institution / canton (BS-UPK) S
code du service
nom du service
mandat de prestation du service
(adultes, enfants, adolescents, addictions etc.)
nombre de journées en 2007
coûts moyens journaliers 2007

Fichier A : prestations_patients

(données OfS)

- N° OfS Institution

- Code unité

- Nom de l'unité

- N° anonymisé du cas

- Date prestations (tt.mm.jjjj)

- Catégorie (A1,A2....)

- Nb. minutes LEP / PRN / tracing

- Nb. jours

Fichier B : prestation par unité

- **N° OfS institution**
- **Code unité**
- **Nom de l'unité**
- **Test-unité (oui/non)**
- **Mois**
- **Catégorie (A1,A2.....)**
- **Nb. minutes LEP / PRN / tracing**
- **Nb. jours**

**Vereinbarung psysuisse zum Datenaustausch mit den Pilotbetrieben
zwischen H+ Die Spitäler der Schweiz
und
der psychiatrischen Klinik / Institution XXXXXXXXXXXXX
zu Datenaustausch im Rahmen des Projektes psysuisse**

Ingress

Im Rahmen dieses Projektes werden echte patientenbezogene und administrative Daten aus den Pilotbetrieben an H+ Die Spitäler der Schweiz geliefert. Damit der Persönlichkeitsschutz der Patienten und die Vertraulichkeit der Daten der Pilotbetriebe sichergestellt sind, muss die Datenübermittlung an die Geschäftsstelle H+, die Datenbearbeitung, die Verwendung der Daten, die Auskunftserteilung an Dritte und die Aufbewahrung der Daten gemäss den geltenden Rechtsgrundlagen betreffend den Datenschutz geregelt werden.

Die Daten, die von den Pilotbetrieben erfasst und der Geschäftsstelle H+ zur Bearbeitung und Auswertung zugestellt werden, dienen alleine dem Ziel, die Struktur für ein gesamtschweizerisch einheitliches leistungsorientiertes Vergütungssystem festzulegen, welches von allen Leistungserbringern, Kostenträgern, Fach- und Interessenverbänden anerkannt und für alle psychiatrischen Institutionen in der Schweiz umgesetzt werden kann.

Modèles tarifaires en psychiatrie

- pourquoi Psych-PV ?
Nouvelle appellation après modifications: **psysuisse**
- le modèle est simple
- le modèle est facile à développer
- le modèle est facile à appliquer
- et dernière nouveauté: les Allemands, Néerlandais et Danois sont intéressés à utiliser notre grille psysuisse pour leur utilisation tarifaire et vont collaborer

PAUSE

puis

Non au drg en psy - pourquoi ?
par M. Schenker

Le codage par M. Daetwyler

4. DRG en psychiatrie

le désir des caisses de tout transformer en forfaits ne marche pas pour la psychiatrie

- le diagnostic ne détermine pas la durée du traitement
 - le diagnostic n'est pas la mesure pour l'intensité de la prestation
 - la variabilité des coûts pour un diagnostic identique est immense
 - diagnostics différents mais coûts semblables par rapport à la gravité du cas
- ➔ ainsi c'est la gravité et l'évolution et pas le diagnostic qui doit déterminer le tarif

Une étude du ct. des Grisons va être publiée à ce propos !!

DRG en psychiatrie

Exemple de séjours psy CHUV en APDRG

Séjours 2004 à 2006	Total des séjours	
	Cliniques Psychiatriques	Hôp. Gén. MDC 20
Nb. de séjours	8'795	5'269
Nb. de journées	207'590	42'726
Nb. de points	15'298	3'567
Coûts	113'810'179	31'497'502
DMS	23.60	8.11
ICM	1.74	0.677
Coûts/point	7'439	8'829
Coûts/séjour	12'940	5'978
% de séjours	100.0%	100.0%
% de coûts	100.0%	100.0%

In liers	
Cliniques Psychiatriques	Hôp. Gén. MDC 20
4'141	3'622
32'018	27'613
2'180	2'289
19'213'901	20'134'607
7.73	7.62
0.53	0.632
8'813	8'795
4'640	5'559
47.1%	68.7%
16.9%	63.9%

Séjours 2004 à 2006	High outliers	
	Cliniques Psychiatriques	Hôp. Gén. MDC 20
Nb. de séjours	4'138	578
Nb. de journées	174'508	12'961
Nb. de points	12'949	928
Coûts	93'908'457	8'850'906
DMS	42.17	22.42
ICM	3.13	1.606
Coûts/point	7'252	9'536
Coûts/séjour	22'694	15'313
% de séjours	47.0%	11.0%
% de coûts	82.5%	28.1%

Low outliers	
Cliniques Psychiatriques	Hôp. Gén. MDC 20
516	1'069
1'064	2'152
169	350
687'821	2'511'989
2.06	2.01
0.33	0.327
4'059	7'181
1'333	2'350
5.9%	20.3%
0.6%	8.0%

Les cliniques psychiatriques sont les cliniques rattachées au département de psychiatrie du CHUV
 Les données "Hôp. Gén. MDC 20" sont les données des séjours dans les hôpitaux somatiques aigus
 qui sont affectés aux DRG du MDC 20: Troubles mentaux organiques induits par l'alcool et les drogues.

DRG en psychiatrie

Exemple de séjours psy CHUV en APDRG

DRG	APDRG V.6.1 Intitulé	CW	NB de séjours	Cliniques psychiatriques				
				ICM	DMS	Coût/pts	coûts/cas	coûts/jour
12	Maladies dégénératives du système nerveux	0.976	187	4.975	54.8	6'033	30'014	548
425	Réaction aiguë d'adaptation, dysfonctionnement psychosocial	0.538	215	1.734	21.3	6'816	11'818	554
426	Dépressions névrotiques	0.538	100	1.288	15.9	6'702	8'629	543
427	Névroses, excepté dépression	0.489	429	1.234	17.5	7'822	9'649	551
428	Troubles de la personnalité, comportement impulsif	0.482	1'263	0.997	12.5	6'980	6'958	559
429	Troubles organiques et retard mental	0.800	414	3.254	46.0	7'673	24'967	542
430	Psychoses	0.537	4'082	1.920	26.3	7'435	14'272	542
431	Troubles mentaux de l'enfance	1.327	43	1.772	14.0	5'508	9'763	695
745	Abus ou dépendance d'opiacés, sans cc	0.489	11	2.004	14.3	3'802	7'618	534
746	Abus ou dépendance de cocaïne ou autres drogues, sorti contre avis médical	0.382	66	0.538	6.2	8'038	4'322	696
747	Abus ou dépendance de cocaïne ou autres drogues, avec cc	0.651	96	1.595	17.6	6'560	10'463	596
748	Abus ou dépendance de cocaïne ou autres drogues, sans cc	0.447	521	0.773	14.6	11'895	9'190	629
749	Abus ou dépendance d'alcool, sorti contre avis médical	0.436	46	0.966	11.0	6'427	6'208	563
750	Abus ou dépendance d'alcool, avec cc	0.674	58	2.677	34.0	7'118	19'053	560
852	Réaction aiguë d'adaptation, dysfonctionnement psychosocial, avec cc	0.737	29	3.003	32.4	6'535	19'626	605
971	Névroses, excepté dépression, avec cc	0.623	34	1.315	16.8	7'987	10'503	626
972	Troubles organiques et retard mental, avec cc	0.960	76	4.951	58.9	6'520	32'284	548
	Sous total		7'670	1.799	24.1	7'383	13'284	550
	Autres DRG		254	2.300	27.7	6'699	15'406	556
	total		7'924	1.815	24.3	7'356	13'352	550

DRG en psychiatrie

Exemple de séjours psy CHUV en APDRG

DRG	APDRG V.6.1 Intitulé	CW	NB de séjours	Hôpitaux généraux				
				ICM	DMS	Coût/pts	coûts/cas	coûts/jour
12	Maladies dégénératives du système nerveux	0.976	1041	0.986	10.9	8'857	8'731	803
425	Réaction aigüe d'adaptation, dysfonctionnement psychosocial	0.538	437	0.669	7.9	8'705	5'820	740
426	Dépressions névrotiques	0.538	48	0.637	8.1	9'175	5'845	722
427	Névroses, excepté dépression	0.489	472	0.561	7.1	8'847	4'960	696
428	Troubles de la personnalité, comportement impulsif	0.482	91	0.582	6.6	8'770	5'100	770
429	Troubles organiques et retard mental	0.800	174	0.824	10.1	8'883	7'316	724
430	Psychoses	0.537	711	0.668	8.6	8'825	5'899	687
431	Troubles mentaux de l'enfance	1.327	98	1.437	12.5	8'483	12'191	974
745	Abus ou dépendance d'opiacés, sans cc	0.489	17	0.403	2.4	6'018	2'424	1'031
746	Abus ou dépendance de cocaïne ou autres drogues, sorti contre avis médical	0.382	28	0.503	5.3	9'719	4'889	924
747	Abus ou dépendance de cocaïne ou autres drogues, avec cc	0.651	141	0.694	6.1	8'281	5'746	940
748	Abus ou dépendance de cocaïne ou autres drogues, sans cc	0.447	168	0.447	5.7	8'660	3'871	676
749	Abus ou dépendance d'alcool, sorti contre avis médical	0.436	163	0.466	4.7	8'635	4'028	850
750	Abus ou dépendance d'alcool, avec cc	0.674	588	0.685	8.9	9'300	6'371	718
852	Réaction aigüe d'adaptation, dysfonctionnement psychosocial, avec cc	0.737	411	0.891	9.9	8'868	7'904	801
971	Névroses, excepté dépression, avec cc	0.623	227	0.654	8.9	9'192	6'015	677
972	Troubles organiques et retard mental, avec cc	0.960	342	1.068	12.8	8'785	9'384	735
	Sous total		5'157	0.772	9.0	8'858	6'834	756

DRG en psychiatrie

Exemple de séjours psy CHUV en APDRG

APDRG V6.1		Rapport cliniques psychiatriques sur hôpitaux généraux				
DRG	Intitulé	ICM	DMS	Coût/pts	coûts/cas	coûts/jour
12	Maladies dégénératives du système nerveux	504.7%	504.3%	68.1%	343.8%	68.2%
425	Réaction aiguë d'adaptation, dysfonctionnement psychosocial	259.3%	271.3%	78.3%	203.0%	74.9%
426	Dépressions névrotiques	202.1%	196.3%	73.0%	147.6%	75.2%
427	Névroses, excepté dépression	220.0%	245.4%	88.4%	194.5%	79.3%
428	Troubles de la personnalité, comportement impulsif	171.4%	188.1%	79.6%	136.4%	72.5%
429	Troubles organiques et retard mental	395.1%	455.9%	86.4%	341.3%	74.9%
430	Psychoses	287.2%	306.6%	84.3%	242.0%	78.9%
431	Troubles mentaux de l'enfance	123.3%	112.2%	64.9%	80.1%	71.4%
745	Abus ou dépendance d'opiacés, sans cc	497.5%	607.4%	63.2%	314.3%	51.8%
746	Abus ou dépendance de cocaïne ou autres drogues, sorti contre avis médical	106.9%	117.4%	82.7%	88.4%	75.3%
747	Abus ou dépendance de cocaïne ou autres drogues, avec cc	229.9%	287.3%	79.2%	182.1%	63.4%
748	Abus ou dépendance de cocaïne ou autres drogues, sans cc	172.9%	255.1%	137.4%	237.4%	93.1%
749	Abus ou dépendance d'alcool, sorti contre avis médical	207.1%	232.5%	74.4%	154.1%	66.3%
750	Abus ou dépendance d'alcool, avec cc	390.7%	383.7%	76.5%	299.1%	77.9%
852	Réaction aiguë d'adaptation, dysfonctionnement psychosocial, avec cc	337.0%	328.8%	73.7%	248.3%	75.5%
971	Névroses, excepté dépression, avec cc	200.9%	188.8%	86.9%	174.6%	92.5%
972	Troubles organiques et retard mental, avec cc	463.5%	461.1%	74.2%	344.0%	74.6%
	Sous total	233.2%	266.9%	83.4%	194.4%	72.8%

5. Le codage

- Procédure de codage
- Définitions
- Évaluation
- Quelques résultats

Méthode de codage

1. Information administrative (CODE DU SERVICE):

Dans quel service ou spécialité le patient se trouve-t-il en traitement?

Introduisez svp. le code de votre service. Le patient malgré une catégorisation personnelle différente peut se trouver dans un service ou une spécialité qui ne correspond pas directement de sa catégorisation. Par exemple un adolescent de 16 ans peut se trouver dans un service de psychiatrie générale pour adultes. Dans ce cas son code administratif serait A et son code personnel thérapeutique serait J2. Ce code reste tout au long de sa thérapie dans ce service.

Codes de services possibles: A G S K J F

2. Classification des patients dans les catégories (CODE PATIENT)

Le domaine thérapeutique est déterminé par

- la pathologie principale prise en compte par l'équipe dans la stratégie thérapeutique en vigueur le jour codé
- l'âge du patient
- les privations de liberté afin d'assistance **PLA**(cc 397) sont inclus dans les catégories hors forensique ajouter le code supplémentaire **PLA** oui ou Non
- Si le patient est au bénéfice d'un article CP 59 à-61 (ex. 43-44 hosp) → **domaine F**
- Si la pathologie essentiellement prise en compte est l'addiction alors on privilégiera → **domaine S** même pour une unité d'une autre spécialisation.

Méthode de codage (suite)

- Si le patient est nettement plus jeune que l'âge gériatrique dans une unité/service de psychiatrie gériatrique
→ **domaine A.**
- Si non on se basera par simplification sur la spécialisation de l'unité ou du service :
 - Addiction → **domaine S**
 - Psychiatrie Générale → **domaine A**
 - Psychiatrie gériatrique → **domaine G**
 - Psy infantile-ado → **domaine K ou J**
 - Forensique → **domaine F**

3. Détermination de l'intensité thérapeutique :

On procède par élimination successive des intensités thérapeutiques dans l'ordre ci-dessous, le patient ayant l'intensité thérapeutique aigue si aucune des autres intensités de n'applique.

Ordre de classement :

Le patient présente-t-il quelques uns des critères ci-dessous ?

SECTEURS THÉRAPEUTIQUES ET GRILLE TARIFAIRE POUR L'HOSPITALISATION COMPLÈTE ET LA SEMI-HOSPITALISATION POUR LE PROJET PSY.SUISSE

PSYCHIATRIE GENERALE - RÉSUMÉ DESCRIPTIF DES PRINCIPALES CARACTERISTIQUES DES TACHES

	Secteurs thérapeutiques	Malades	Objectifs du traitement	Moyens thérapeutiques	Commentaires de l'ordonnance relative au personnel en psychiatrie
A 1	Traitement normal	Malades psychiques aigus; <i>tous les patients qui n'entrent pas dans les secteurs thérapeutiques A2 à A6.</i>	Reconnaître et guérir, stabilisation psychique et sociale	Diagnostic, thérapie psychopharmacologique, psychothérapie, sociothérapie (1), ergothérapie	Un patient est classé dans le secteur thérapeutique A1, lorsque, dans le cadre A (psychiatrie générale), aucun critère des autres catégories de traitement ne s'applique.
A 2	Traitement intensif	Malades psychiques : Manifestement dangereux pour eux-mêmes et pour les autres, risque somatique vital; <i>patients n'adhérant pas à un contrat thérapeutique ou difficilement prévisibles, ne pouvant pas se prendre en charge même pour des périodes brèves.</i>	Reconnaître et guérir, évaluer les risques, surmonter les crises, stabiliser avant d'entreprendre d'autres mesures thérapeutiques	Diagnostic, premiers soins et soins d'urgence, traitement intensif individuel y compris thérapie psychopharmacologique, <i>protection, surveillance intensive (par exemple prise en soins 1 :1)</i>	Pour le domaine de traitement A2 (de même S2 et G2) il faut faire attention, dans la colonne "malades" au mot "manifeste". Par exemple, en cas de risque suicidaire, il s'agit de patients qui en raison de leur état de santé ne sont pas en mesure, même pour de courts moments, d'assumer eux-mêmes seuls la responsabilité. Il s'agit d'une très grande densité de soins. Le danger de suicide latent très répandu parmi des malades psychiatriques n'est pas suffisant pour le domaine de traitement d'A2. Le critère de danger manifeste pour soi-même ou pour autrui est à retenir, notamment si le patient n'est pas capable d'alliance thérapeutique et que sa conduite n'est pas prévisible. Les patients du secteur thérapeutique A2 sont si lourds qu'ils ne peuvent habituellement bénéficier que de soins individuels. Pour le caractère "Intensif" des soins du secteur thérapeutique A2, la quantité de soins n'est pas un critère suffisant, ce sont la charge des soins et la fréquence des traitements médicaux en relation directe avec la dangerosité qui sont déterminantes. L'effort en soins diagnostique et thérapeutique doit aussi être documenté dans le dossier, par exemple, en cas de risque vital somatique ce sera le contrôle rapproché des signes vitaux. Une piste pour le secteur thérapeutique A2 est l'admission non volontaire (ou en cas de demande sortie refusée)
A 3	Traitement de réhabilitation	Malades suffisamment stabilisés pour le traitement de réhabilitation présentant des séquelles psychiques et sociales	Améliorer, diminuer les séquelles - essayer de vivre avec elles, sortie de l'hôpital, réinsertion, préparation à la sortie de longue haleine, (Habitation / Travail / Contexte social)	Traitement de réhabilitation à plusieurs dimensions; psychothérapie pour vaincre les séquelles, sociothérapie ⁽¹⁾ , ergothérapie; entraînement aux activités de la vie journalière et prise d'autonomie dans les soins personnels ⁽¹⁾ Dans ce contexte, on entend par sociothérapie l'ensemble des mesures d'influence axées sur l'action et exercées sur les interactions entre la maladie du patient et son environnement social.	Le traitement de réadaptation du secteur thérapeutique A3 a deux objectifs a) Préparation de la sortie d'un patient suite à une très longue hospitalisation b) Préparation à un traitement ambulatoire pour une maladie qui risque de devenir chronique. Les activités de la vie quotidienne, le travail, l'organisation des loisirs et les relations sociales qui y sont liées sont au centre de la thérapie. par ex : l'ergothérapie ne se fait pas uniquement en interne mais dans des activités extérieures, dans des situations quotidiennes Chez un patient schizophrène chronique, il s'agit de trouver l'équilibre entre les exigences sociales et la charge émotionnelle, d'une part, et l'équilibre entre les médicaments et leurs effets secondaires, d'autre part.

Groupes de définitions

- S. Maladies de dépendance
- G. Gerontopsychiatrie (les patients sont généralement âgés de plus de 65 ans)
- K. Psychiatrie pour enfants
- J. Psychiatrie pour adolescents
- F. Psychiatrie légale/forensique
- A. Psychiatrie générale

A. Psychiatrie générale

- A 1 Traitement normal (aigu)
- A 2 Traitement intensif (suraigu)
- A 3 Traitement de réhabilitation
- A 4 Traitement complexe (de longue durée)
- A 5 Psychothérapie Hospitalisation allégée
- A 6 Traitement en hospitalisation de jour

G. Gerontopsychiatrie (les patients sont généralement âgés de plus de 65 ans)

- G 1 Traitement aigu
- G 2 Traitement intensif (suraigu)
- G 3 Traitement de réhabilitation
- G 4 Traitement de longue durée, traitement complexe, comorbidités psychiatriques et somatiques graves
- G 5 Psychothérapie
- G 6 Traitement en hospitalisation de jour

J. Psychiatrie pour adolescents

- J 1 Traitement psychiatrique normal pour adolescents
- J 2 Traitement psychiatrique intensif pour adolescents (suraigu)
- J 3 Traitement de réhabilitation
- J 4 Traitement longue durée (complexe)
- J 5 Psychothérapie
- J 6 Traitement en hospitalisation de jour
- J 8 Traitement psychiatrique et pédagogique / professionnels pour adolescents

K. Psychiatrie pour enfants

- K 1 Soins psychiatriques pour enfants, traitement normal et traitement intensif (jusqu'à 14 ans)
- K 2 Traitement psychiatrique intensif pour enfants
- K 6 Traitement en hospitalisation de jour
- K7 Traitement parents/enfant (admission commune de l'enfant et des proches)
- K 8 Traitement pédopsychiatrique et pédagogique

S. Maladies de dépendance

- S 1 Traitement normal (aigu)
- S 2 Traitement intensif (suraigu)
- S 3 Traitement de réhabilitation
- S 4 Traitement complexe
- S 5 Psychothérapie
- S 6 Traitement en hospitalisation de jour

F. Psychiatrie légale / forensique

- F 1 Traitement aigu - Phase d'entrée
- F 2 Traitement suraigu
- F 3 Traitement de réhabilitation
- F4 Traitement de longue durée (complexe)
- F 5 Traitement de psychothérapie
- F 6 Phase de sortie, structure de jour
- F 9 Traitement de désintoxication

L'évaluation

- Etalonnage des évaluateurs
- Durant la phase du test
- Par des infirmiers ou des médecins
- Objectifs – améliorer le processus d'aide au codage – fiabilité du codage pour assureurs

Exemple d'évaluation inter-juge

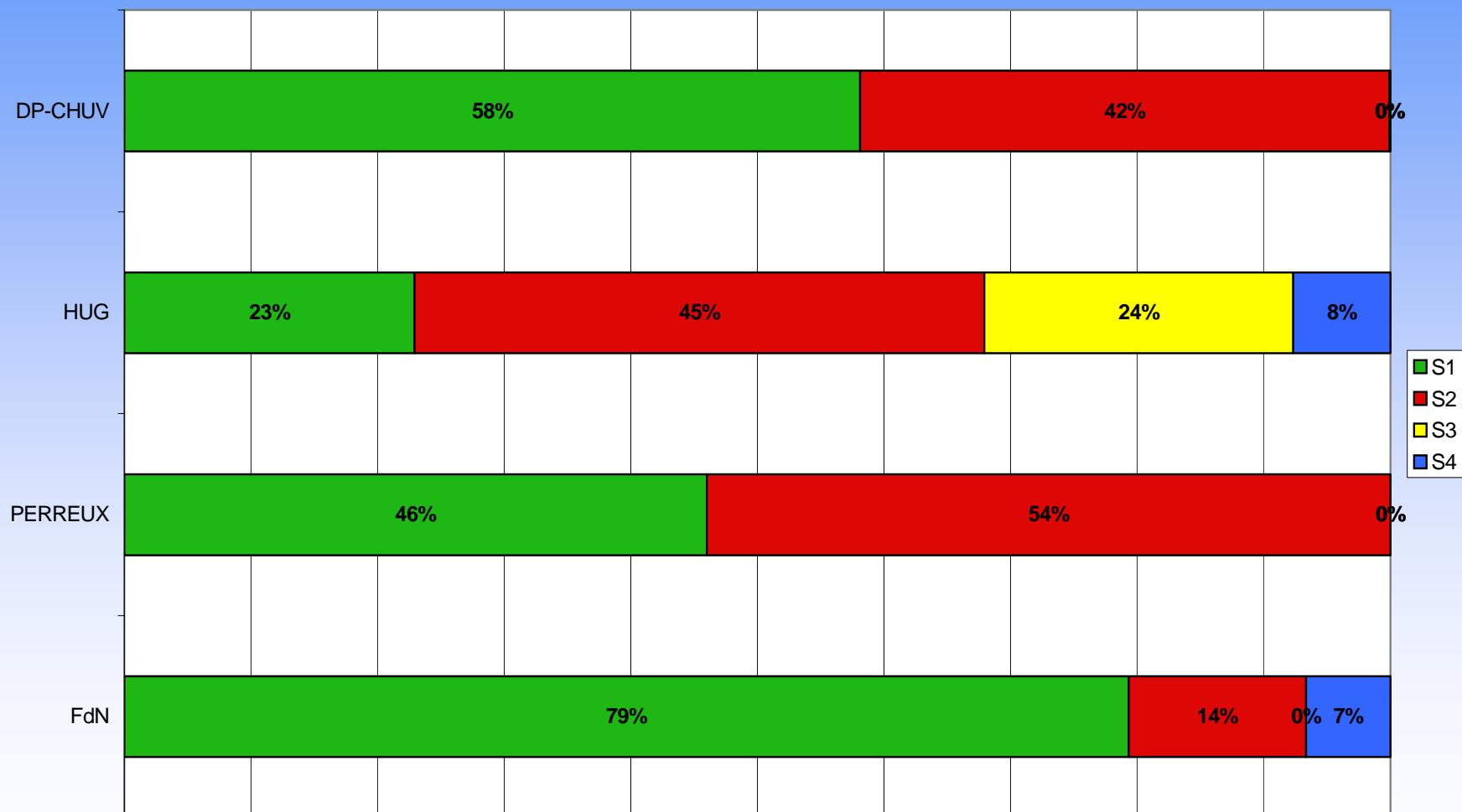
Test inter juge du 30 novembre 2007

Situation	code unité	Nbre code identique	Nbr code différents	Nbr code différents	élément déterminant	élément déterminant
<i>1 Unité psycho-gériatrie</i>						
1	G4	4 G4	1 G1	0	comorbidité surv rapprochée	
3	G4	4 G2	1 G4	0	2 Dépendance AVQ cadre milieu fermé surveillance 2 constante	
6	G4	2 A3	2 A1	1 A4	Besoin encadrement doit être guidé	Antécédent alcoolique
9	G4	4 G2	1 G4		3 démence dépressif, replis sur soi 2 Milieu fermé agitation psychomoteur Hétéroagressif, imprévisible, 2 pers	
10	G2	5 G2	0	0	1 pour les soins	
12	G4	4 G4	1 G1		2 bcp d'encadrement, guidance verbale	bcp de présence pour angoisses
<i>1 unité psychiatrie adulte Ivoir</i>						
13	A1	5 A1			1	
14	A1	5 A1			1	
15	A1	3 A1	2 A3		2 trop court séjour pour être A3	Réinvestir socialement
16	A1	3 A1	2 A2		2	mutique refuse traitement
17	A1	3 A3	2 A1		2 préparation retour à domicile progressif entrée volontaire demande d'aide pour	
18	A1	3 A1	2 S1		2 dépression	sevrage cocaïne
19	A1	5 A1			1	
20	A2	5 A2			1 Entrée la nuit, hyperangoissé	
21	A1	5 A1			1	
22	A1	3 A3	2 A1		2 congé retour progressif à domicile	
23	A1	2 A1	2 A3	1 A0	3	retour à domicile ce jour

- quelques résultats

Premières évaluations de VD / GE

Fréquence relative des journées par établissement
(Maladies de la dépendance)

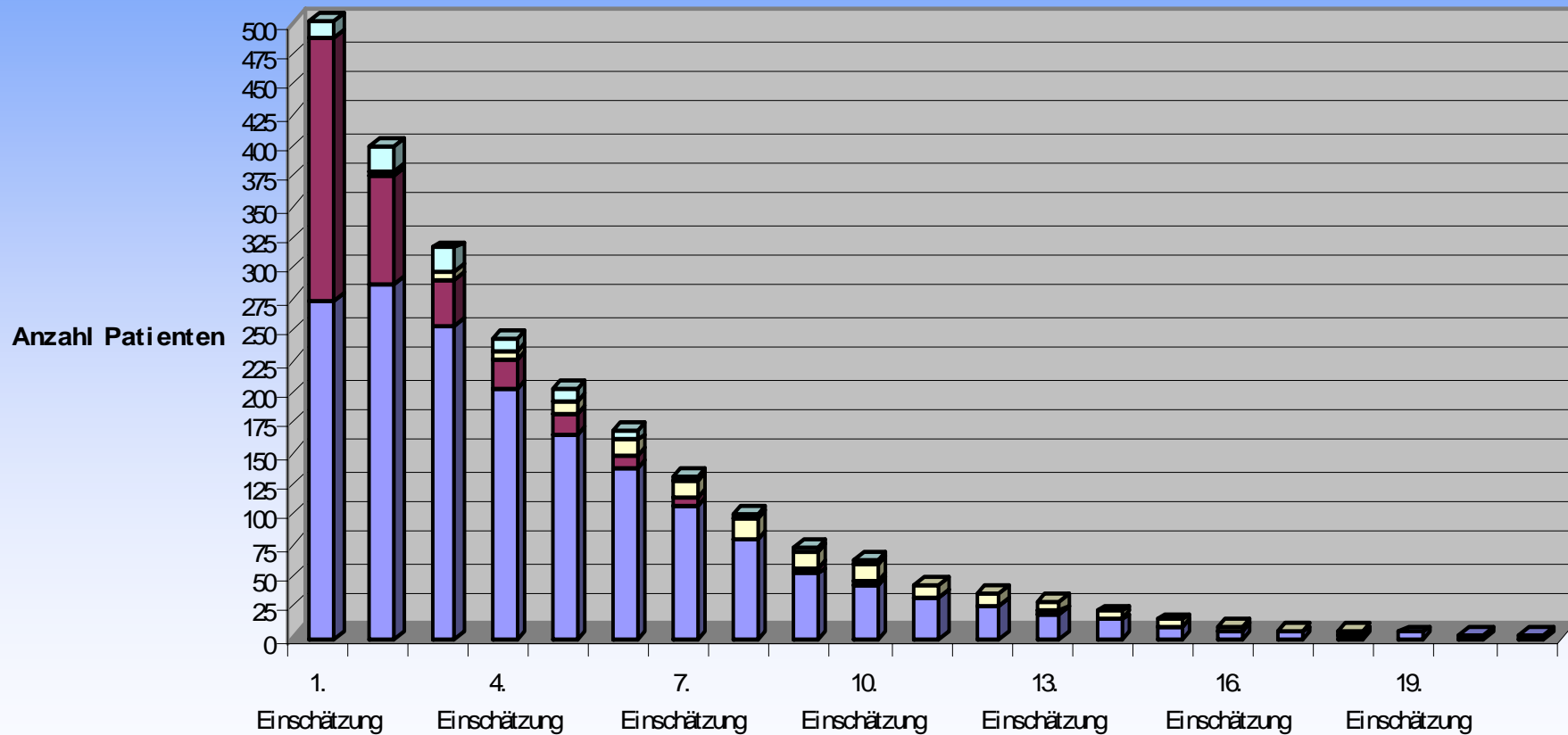


22.5.2008

information psysuisse: PCS-Berne © Buser

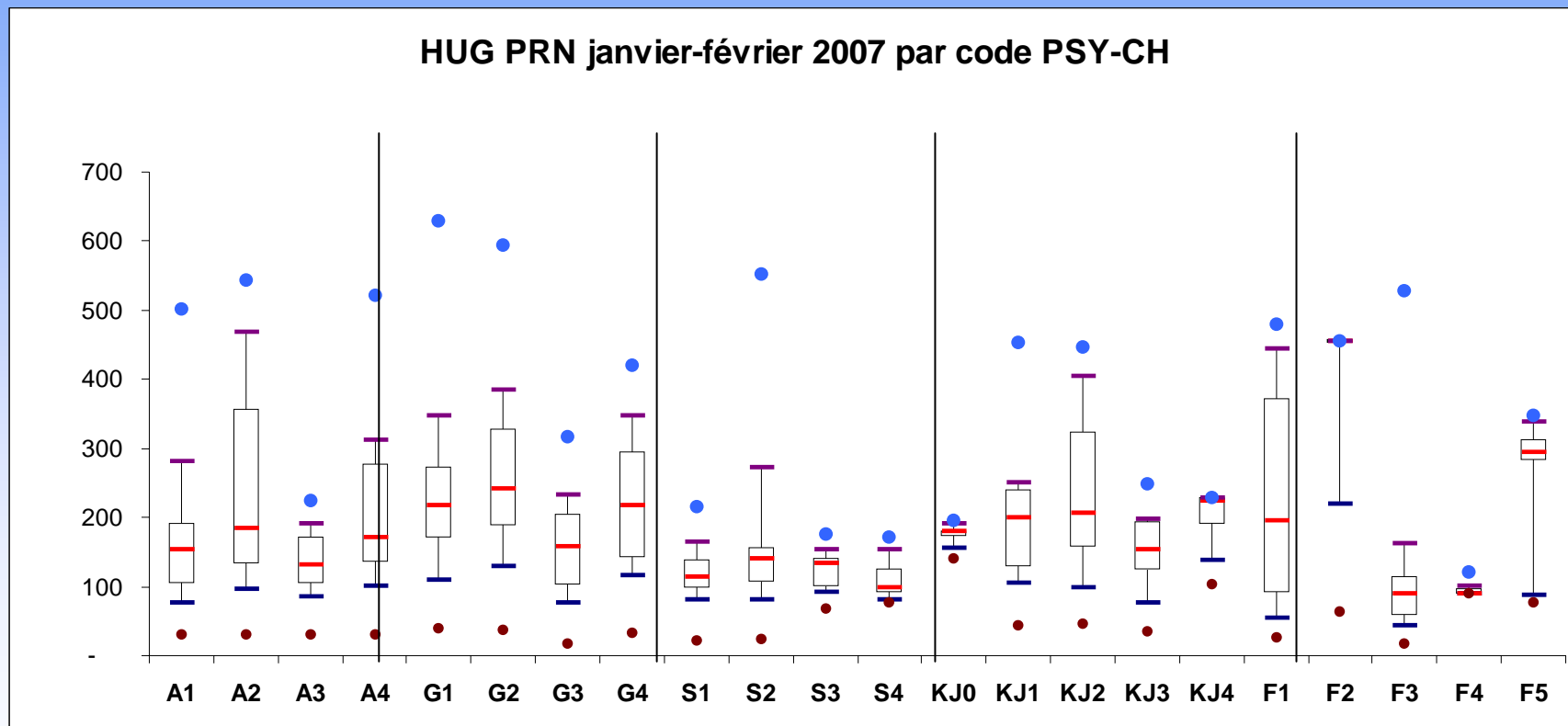
Verlauf nach Einschätzung nach Patientenzahl

■ Kat. 1 Regelbehandlung
 ■ Kat. 2 Intensivbehandlung
 ■ Kat. 3 Rehabilitative Behandlung (bei Sucht Entwöhnung)
 ■ Kat. 4 Schwer- und Mehrfachkranke



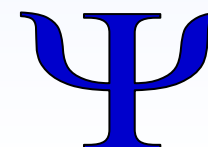
II. Projet PRG-psy

Résultats du test de l'outil « Psy-CH » Juin 2007



22.5.2008

information psuisse: PCS-Berne © Buser



6 Divers et questions

Rappel

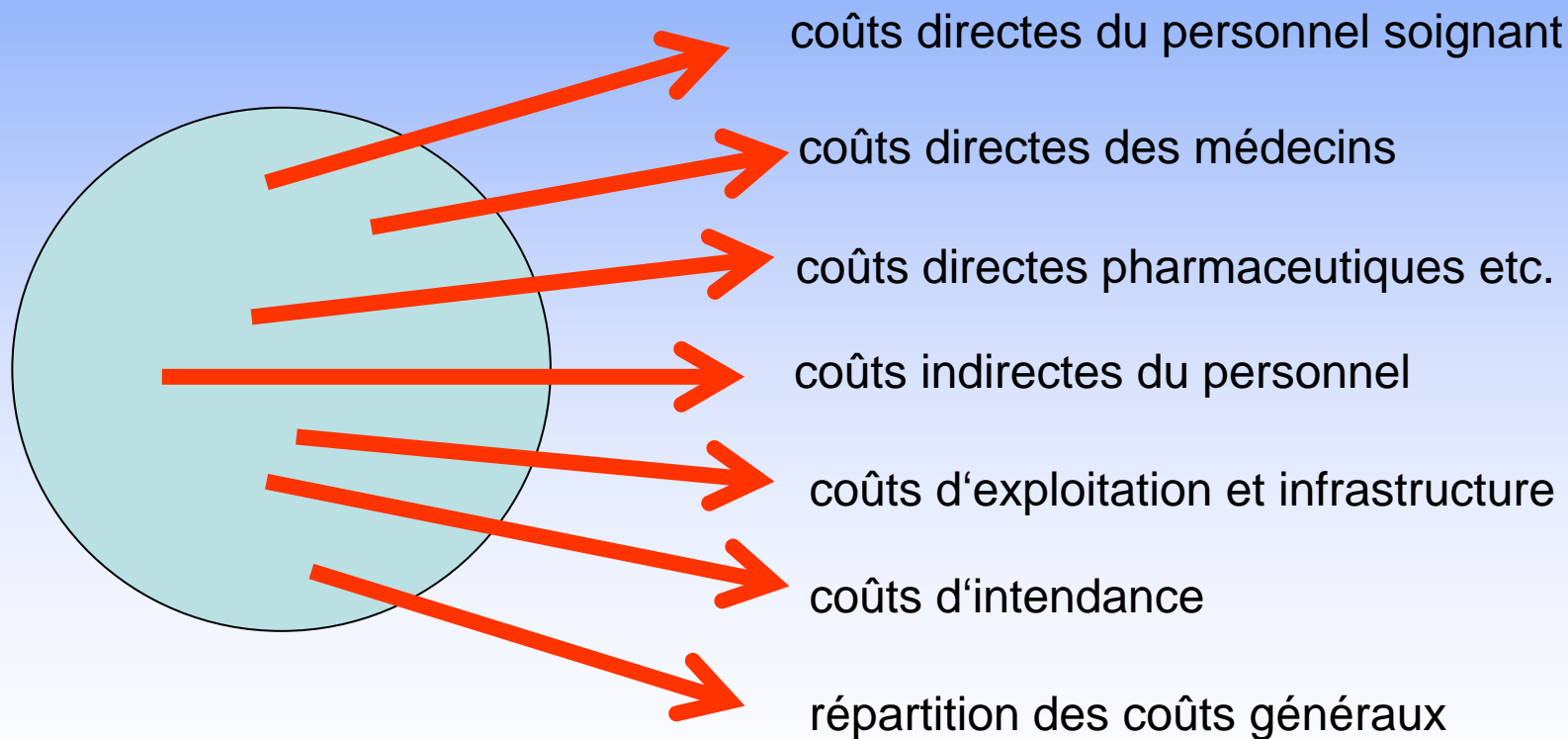
- Clef de répartition des coûts

Pour qui?

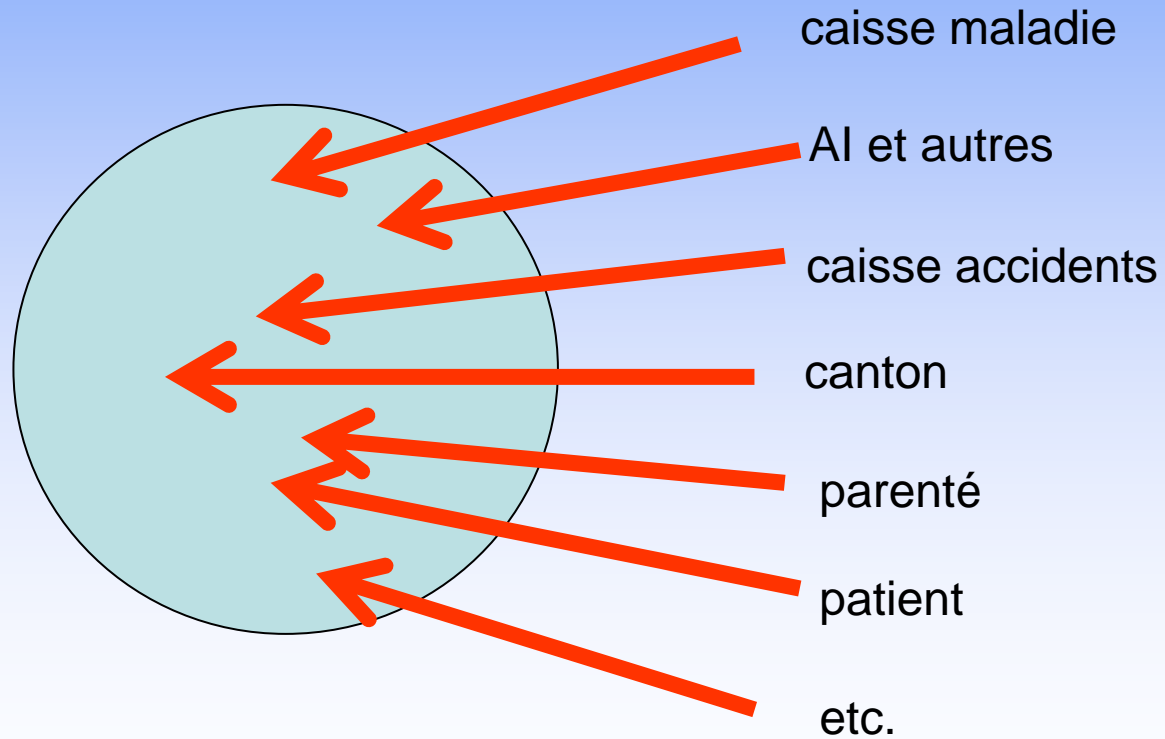
- Clef de répartition du recouvrement

- Questions

Clef de répartition des coûts



Clef de répartition du recouvrement





Merci

22.5.2008

information psysuisse: PCS-Berne © Buser