



PCS Suisse APDRG Suisse

Tutorial no 3

Hôpitaux, règles de facturation et analyse des données

Muriel Baudraz / Patricia Albisetti



Plan

- Généralités
- Conditions préalables
- Règles de facturation
- Conventions tarifaires et financement en APDRG
- Analyses médico-économiques
- Conclusions



Les APDRG : Généralités

- Pourquoi les APDRG ?
- Données de base - Input
- Données fournies - Output
- Spécificités suisses
- Périmètre



Pourquoi les APDRG ?

- « **All Patients Diagnoses Related Groups »
 - Version 12 – État de New-York, légèrement adaptée à la Suisse**
- 641 APDRG, 25 catégories de diagnostics
- Principe :
 - Sur la base des données récoltées de routine,
 - Classer toutes les hospitalisations d'un hôpital de soins aigus somatiques
 - Dans un nombre défini de groupes homogènes
 - du point de vue clinique
 - du point de vue de la consommation de ressources



Pourquoi les APDRG ? (suite)

- Données collectées de routine dans les hôpitaux (statistique administrative et médicale OFS)
- Pas de transcodage nécessaire
- Adaptés pour un début (minimise les imprécisions liées au codage)
- **Systemes « Refined » supérieurs :**
 - Meilleure prise en charge de la sévérité (nombre de groupes supérieur)
 - Tests menés actuellement, projet Swiss DRG
 - Mais ! pas adaptés au codage actuel



Données de base - Input

- **Données administratives**

- Date de sortie - Mode de sortie (En particulier : transfert, décès)
- Age du patient - Sexe

- **Données médicales**

- Codes diagnostiques primaire et secondaires (CIM 10)
- Codes opératoires primaire et secondaires (CHOP / ICD9 – CM)
- Poids à la naissance



Données fournies - Output

- 1 code APDRG par séjour
 - APDRG « statistique »
 - Associé à 1 MDC (Major diagnoses category)
 - De type médical ou chirurgical
- Différents niveaux de sévérité :
 - Simple : « sans cc » ou \emptyset
 - avec complications / comorbidités : avec cc
 - avec complications / comorbidités majeures : avec cc majeures



Spécificités suisses

➤ Passage à la facturation

■ SPG : Swiss payment groups

- 7 SPG, non fournis par le groupeur
- Facturation et dispositions légales
 - Transferts – décès le 1^{er} jour
 - Greffes de moelle (respect des conventions nationales)
- Évolution des pratiques médicales
 - Défibrillateurs (pas de distinction avec pacemaker)



Spécificités suisses (suite)

3 MDC spécifiques :

- MDC 26 : Trachéostomies et transplantations
 - 9 APDRG, 3 SPG
- MDC 27 : Décès ou transfert le 1^{er} jour
 - 2 SPG
- MDC 28 : Non classables (APDRG « poubelle », non facturables)
 - 5 APDRG (séjours à recoder pour facturation)



Périmètre – Activité prise en compte

- Hospitalisation en établissement ou division de soins somatiques aigus
 - (Semi hospitalisation en soins somatiques aigus)
- Cost weight calculés sur définition OFS
 - Séjour de 24 heures au moins
 - + transfert / décès dans les 24 heures
- Dès application de l'OCP, modifications à prévoir
- Facturation : définition selon conventions cantonales



Périmètre - Exclusions

- Etablissements ou divisions spécialisées :
 - Psychiatrie, traitements des abus de substance
 - ! activité psy dans division somatique prise en compte
 - Rééducation, soins palliatifs
 - Hébergement médico-social
 - Attentes de placement médico-social
- = > Importance de délimiter précisément les activités !! (Définitions, CAE)



Périmètre – Prestations couvertes

- Couvre l'entier des prestations « de base » :
 - Prestations médicales et de soins
 - Prestations médico-techniques
 - Matériel et implant,...
- Pas de distinction pour admission en urgence
- Exceptions :
 - Prestations hors LAMal ou hors LAA/AI/AMF
 - Frais à charge du patient



Plan

- Généralités
- **Conditions préalables**
- Règles de facturation
- Conventions tarifaires et financement en APDRG
- Analyses médico-économiques



Conditions préalables

- Documents de référence
- Outils spécifiques
- Processus - Organisation
- Formation



Documents de référence

- Site Internet ISE - APDRG-CH : Outils et références de base
- **TAR APDRG : Principes de financement et de facturation par APDRG**
 - TAR APDRG 2002 : Révision 1
- **Liste des APDRG et de leurs valeurs relatives**
 - Cost weights V 4.0 (optique 2004, 2003 : 3.2)
- **Manuel of definitions**
- **Étude pour les besoins informatiques de facturation par APDRG**



Principes de financement et de facturation par APDRG

- Consensus entre cantons, hôpitaux, assureurs, médecins
- Règles et principes de base – Cadre théorique
 - Définitions, périmètre, règles particulières
 - Conventions tarifaires LAMal et LAA/AI/AMF
 - ! Peut amener des modifications conventionnelles :
 - Réadmissions, séjours sur 2 exercices comptables, nouveau-nés sains
- Description méthodologie
 - ! versions 3 des cost weights (cas extrêmes, bornes)
 - Prochainement réactualisé



Principes de financement (fin)

- **Recommandations :**
 - Comptabilité analytique, coûts par patient, détermination valeur du point
 - Procédures de contrôle et de suivi (hôpitaux, assureurs, cantons)
 - Outliers, réadmissions, codage
 - Programmes qualité



Cost weights Version 4.0

- **Rapport sur choix / méthodologie**
 - Base de données : étoffée, meilleure qualité
 - Condition : disposer de coûts par patient
 - ! imputation matériel – médicaments (% belges)
 - Elaboration des cost weights
- **Modifications principales :**
 - Méthode de détermination des bornes
 - Modalités de financement des cas extrêmes
 - => 2 bornes supérieures

Cost weights V 4.0 (suite)

APDRG CH - Cost-weights (version 4.0)

MDC	T	AP- DRG	Libellé	CW	ALOS	LTP	HTP1	HTP2
1	P	1	Craniotomie, > 17 ans, excepté pour traumatisme	2.520	11.8	4	27	48
1	P	2	Craniotomie, > 17 ans, pour traumatisme	1.695	8.1	3	19	34
1	P	4	Interventions sur la colonne vertébrale et la moëlle épinière	2.256	11.3	4	25	44
1	P	5	Interventions vasculaires extracraniennes	1.260	6.3	3	14	24
1	P	6	Libération du tunnel carpien	0.387	3.5	2	8	14
1	P	7	Interventions sur les nerfs périphériques & craniens, autres interventions du système nerveux, avec cc	1.725	11.1	4	25	44
1	P	8	Interventions sur les nerfs périphériques & craniens, autres interventions du système nerveux, sans cc	0.807	4.6	2	10	17
1	M	9	Affections et traumatismes de la colonne vertébrale et de la moelle	0.809	7.3	3	19	35
1	M	10	Néoplasmes du système nerveux, avec cc	1.308	10.7	4	23	40
1	M	11	Néoplasmes du système nerveux, sans cc	0.674	4.4	2	11	20
1	M	12	Maladies dégénératives du système nerveux	1.131	11.4	4	25	44
1	M	13	Sclérose en plaques et ataxie cérébelleuse	0.821	7.4	3	17	30
1	M	14	Affections cérébrovasculaires spécifiques, sauf ischémie transitoire	1.222	10.1	4	22	38
1	M	15	Ischémie cérébrale transitoire et occlusions précérébrales	0.748	7.5	3	17	30
1	M	16	Affections cérébrovasculaires non spécifiques, avec cc	1.193	11.6	4	26	46
1	M	17	Affections cérébrovasculaires non spécifiques, sans cc	0.624	4.6	2	13	25
1	M	18	Affections des nerfs craniens et périphériques, avec cc	1.043	10.7	4	24	42
...
MDC	T	SPG	Libellé	CW	ALOS	LTP	HTP1	HTP2
27		900	Décès le premier jour	0.344	1.0	1	2	3
27		901	Transfert le premier jour dans un autre hôpital	0.187	1.0	1	2	3
5	P	902	Insertions de défibrillateur	6.359	6.1	3	14	25
5	P	903	Insertions de défibrillateur, avec cc majeure	8.384	12.7	5	30	54
26	P	904	Allorefe de moëlle osseuse [donneur non géno-identique]	43.567	44.0	15	105	192
26	P	905	Transplantation autologue de moëlle osseuse [Phase a: "prélèvement"]	2.440	3.2	2	8	14
26	P	906	Transplantation autologue de moëlle osseuse [Phase b: transplantation]	4.672	20.0	7	45	80

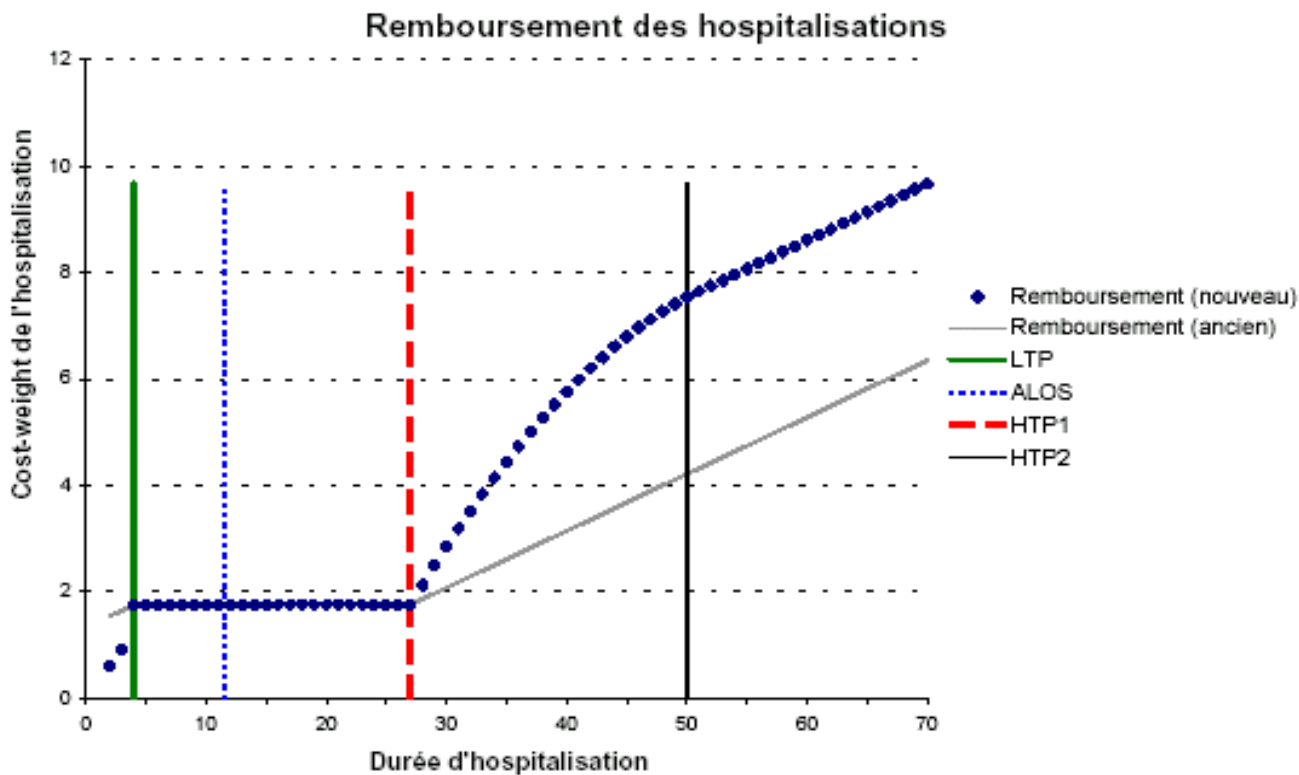


Rémunération des cas extrêmes

- Remboursement inadéquat anciennes règles :
 - Trop élevé sur outliers courts (env. 240%)
 - Trop faible sur outliers longs (env. 65%)
- Objectif nouvelles règles :
 - Remboursement équivalent aux coûts observés, en moyenne (100% sur base nationale)
 - Approprié pour outliers longs : (97,7%)
 - Nettement plus proche pour outliers courts (116,3%)
- Modification principale : 2 bornes supérieures

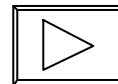
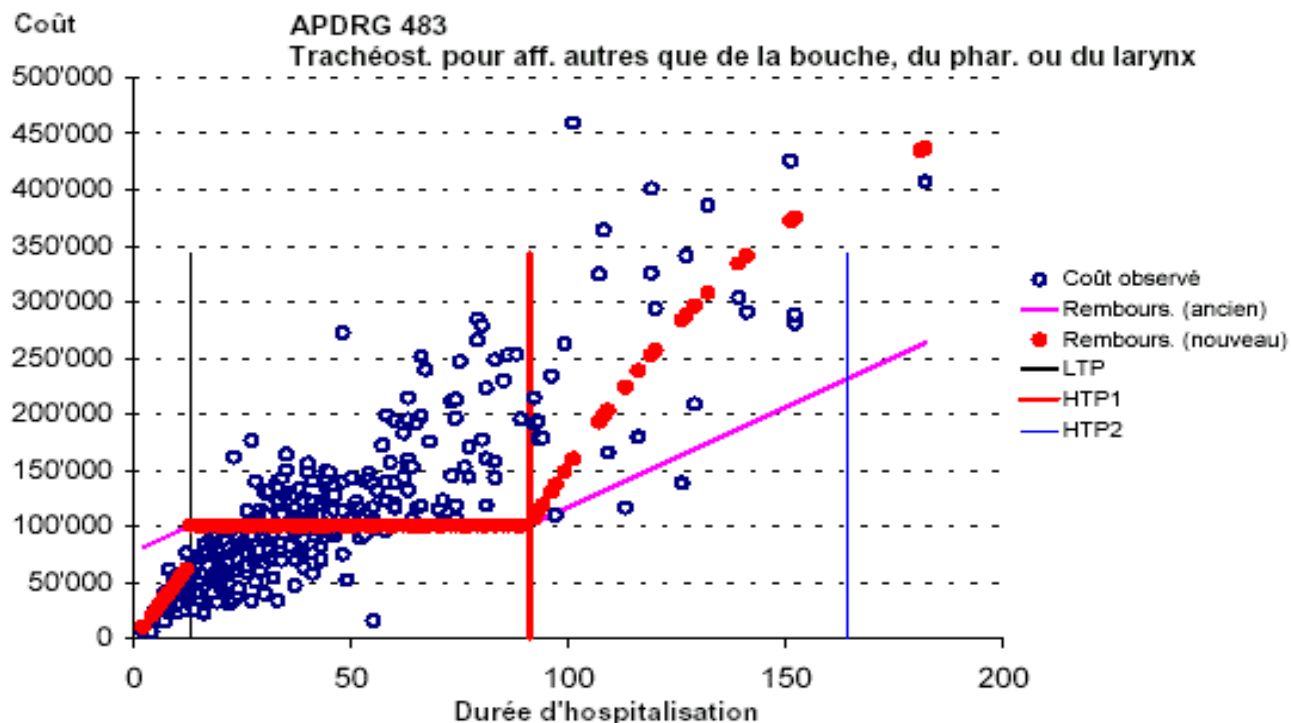
Rémunération cas extrêmes (suite)

Graphique 7



Rémunération cas extrêmes (suite)

Graphique 9





Outliers courts (durée inférieure à la borne)

- $CW_L = CW/ALOS \times LOS \times 2$
 - Où LTP = borne inférieure (Low Trim Point)
 - CW = cost weight de l'APDRG correspondant à l'hospitalisation
 - ALOS = DMS standard de l'APDRG
 - LOS = durée de séjour observée
- En français :
 - Cost-weight journalier
 - x Durée observée
 - x Coefficient fixe



Outliers longs 1 (durée entre bornes sup.)

- $CW_{H1} = CW + [CW/ALOS \times (LOS - HTP1) \times (2.43 - ((LOS - HTP1)/HTP1))]$
 - Où HTP1 = 1^{ère} borne supérieure (High Trim Point)
- En français :
 - Cost weight +
 - [Cost weight journalier x Journées excédentaires x Coefficient pondéré]
 - Coefficient pondéré = varie entre 2.43 et env. 1.6 (fonction des journées excédentaires), « colle » mieux à la réalité des coûts



Outliers longs 2 (durée sup. à la 2^{ème} borne)

- $CW_{H2} = CW + [CW/ALOS \times (\underline{HTP2} - HTP1) \times (2.43 - ((\underline{HTP2} - HTP1)/HTP1))] + [CW/ALOS \times (LOS - HTP2) * 0,7]$
 - Où HTP2=2^{ème} borne supérieure (High Trim Point)
- En français :
 - Cost weight +
 - [cost weight journalier x journées entre les bornes x coefficient pondéré] +
 - [cost weight journalier x journées excédentaires sur HTP2 x coefficient fixe]



Manuel of definitions

- **Fondements du système de classification**
 - Contenu de la « boîte noire / blanche » du Groupeur
- **Structure, schémas, algorithmes**
 - Quels codes ou combinaisons de codes produisent quel APDRG ?
- **Outil de transparence pour le corps médical**
 - Y compris pour les médecins conseils



Étude pour les besoins informatiques de facturation par APDRG

- « Bible » de l'informaticien et du facturiste
- « Traduction » concrète des principes de TAR APDRG
 - ! Basé sur les versions 3 des cost weights
- Élaboration conjointe des hôpitaux vaudois
 - => Adapté à la facturation selon les conventions vaudoises
- A adapter pour version 4



Conditions préalables

- Documents de référence
- Outils spécifiques
- Processus - Organisation
- Formation



Outils spécifiques

- **Groupeur 3M**

- Peut être intégré / interfacé soit dans un logiciel de codage, soit dans le logiciel de gestion des patients,...

Passage à
la
facturation



- **Module de facturation**

- Passe du cost weight au nombre de points (outliers)
- Fournit les SPG
- Passage « obligé » pour simuler activité en APDRG

- **Outils de codage / d'aide au codage**



Module de facturation

- Durée de séjour prise en compte
 - Déduction journées de congé
- Nombre de points selon type de séjour

APDRG 107, CW = 3.246 ALOS = 11.5, LTP = 4, HTP1 = 26, HTP2 = 46		
<i>Durée séjour</i>	<i>Type de séjour</i>	<i>Nombre de points</i>
14	Inlier	3.246
2	Outlier court	1.129
30	Outlier long, type 1	5.816
50	Outlier long, type 2	13.411

Données obtenues

Indice de casemix
NB points / NB cas

<i>Données CHUV 2001 en APDRG, par répondant</i>				
<i>Répondant</i>	<i>Nbre de cas</i>	<i>Journées</i>	<i>Points APDRG</i>	<i>ICM</i>
CVHo vaudois	18'705	168'083	29'418.2095	1.5727
Convention Romande	1'715	15'042	4'181.8556	2.4384
Hors canton	73	476	119.1419	1.6321
Assureurs fédéraux	1'224	12'913	3'004.1326	2.4544
Autres chambre commune	592	5'100	1'256.5007	2.1225
Humanitaires	141	1'849	540.5275	3.8335
Article 7	108	487	114.6220	1.0613
Ass. fédéraux Privés	119	1'304	211.4806	1.7771
Privés Vaudois	2'484	26'625	4'760.5060	1.9165
Autres privés	535	4'767	1'155.8376	2.1604
Total	25'696	236'646	44'762.8139	1.7420



Passage du groupeur à la facturation

- Effets non négligeables sur le nombre de points total
 - APDRG « poubelle », SPG, cas extrêmes
 - ! Préparer le passage à une facturation / financement par APDRG (prévisions d'activité)
 - ! Disposer des APDRG de facturation pour toute l'activité d'hospitalisation
 - Même pour activité non facturée en APDRG
- Il faut pouvoir simuler une facturation de toute l'activité !



Effets du passage à la facturation

- Effet APDRG « poubelles »
 - Non facturables, fournis par le groupeur
 - En facturation, les séjours doivent être recodés
 - Cost weights en règle générale plus faibles
 - Prévisions d'activité : A reclasser!
 - Règle suggérée : « reclasser » séjours selon ICM moyen par catégorie de patients
 - Données CHUV : + 2% (~900 points)



Passage à la facturation (suite)

- Effet SPG : « double effet »
 - « à la baisse » : décès/transfert
 - « à la hausse » : défibrillateurs, transplantations
 - Données CHUV : + 1.2% (~540 points)
- ! Important de pouvoir déterminer l'effet total



Utilisation des statistiques OFS

- Comme base pour prévisions d'activité ou analyses
- Effets APDRG « poubelles » + SPG
- Nombre de codes fournis (hosp. uni)
 - Statistique OFS : maximum 10
 - CHUV : 7% des hosp. avec + de 10 codes
 - Effet estimé CHUV : + 1% (~450 points)
- ! À l'ordre des codes secondaires



Utilisation des stats OFS (fin)

- En général : ! qualité des données fournies
 - Nombre de cas, types de cas, journées,...
 - Séparation entre séjours A et B
 - CHUV – Écart global entre données OFS et Contrat de prestation : 1.9% (~850 points)



Outils codage / aide au codage

- **Situation hôpitaux vaudois**
 - Hôpitaux de zone et régionaux (sauf Morges)
 - Nice code – Lucid
 - CHUV : Directement dans le logiciel de gestion patient
 - Pas d'outil d'aide au codage
 - Morges : GAIA
- **Au libre arbitre des établissements**



Conditions préalables

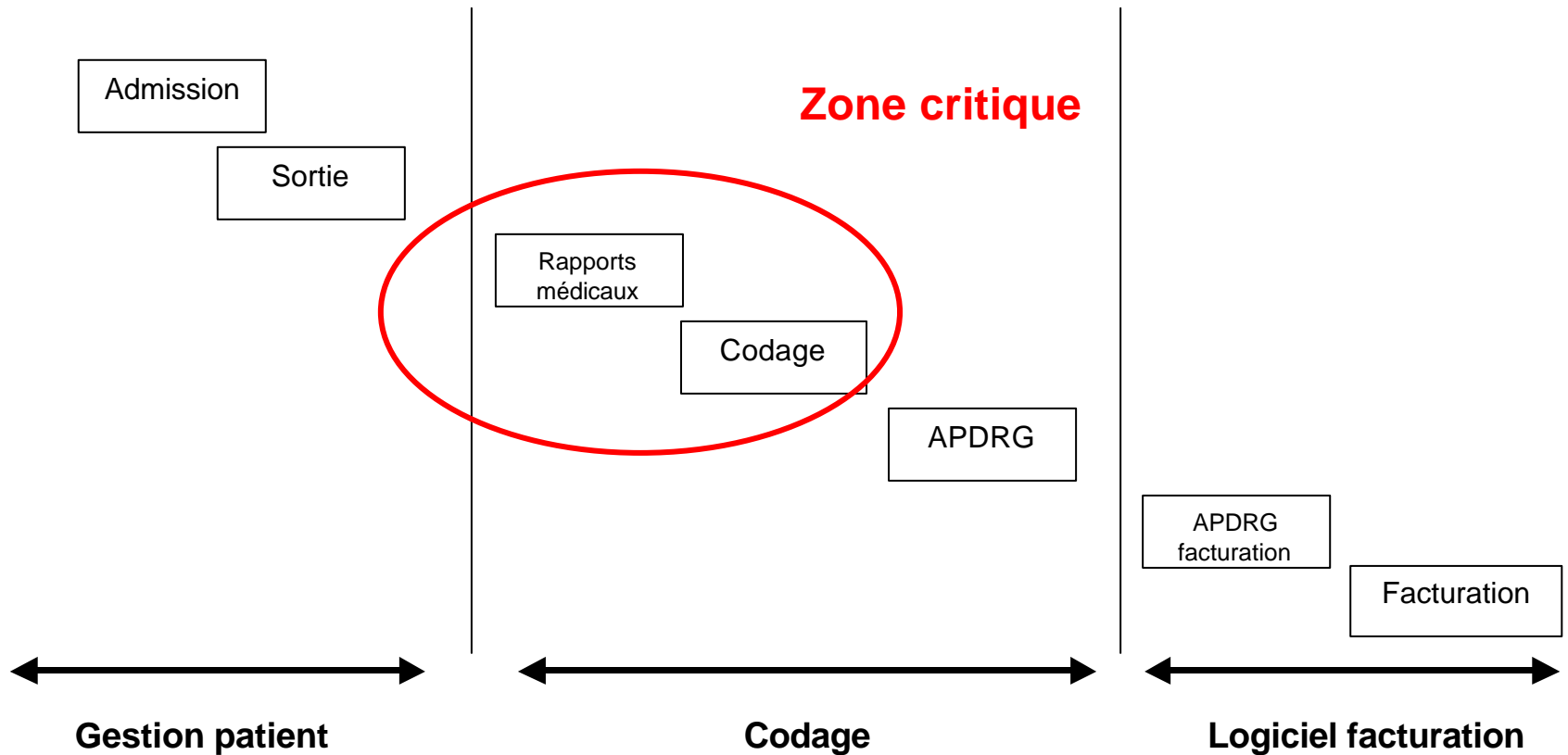
- Documents de référence
- Outils spécifiques
- **Processus - Organisation**
- Formation



Processus - Organisation

- Flux des informations
 - Zones critiques
- Organisation du codage
- Qualité du codage
 - Amélioration (vision interne)

Processus APDRG

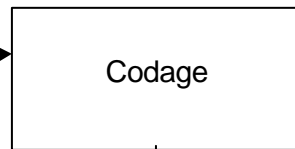


Flux des informations

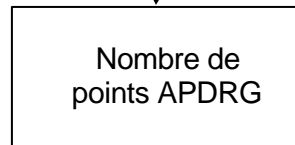
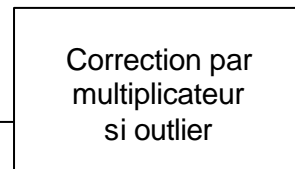
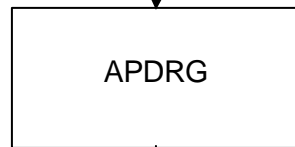
- date de naissance
- sexe
- mode de sortie



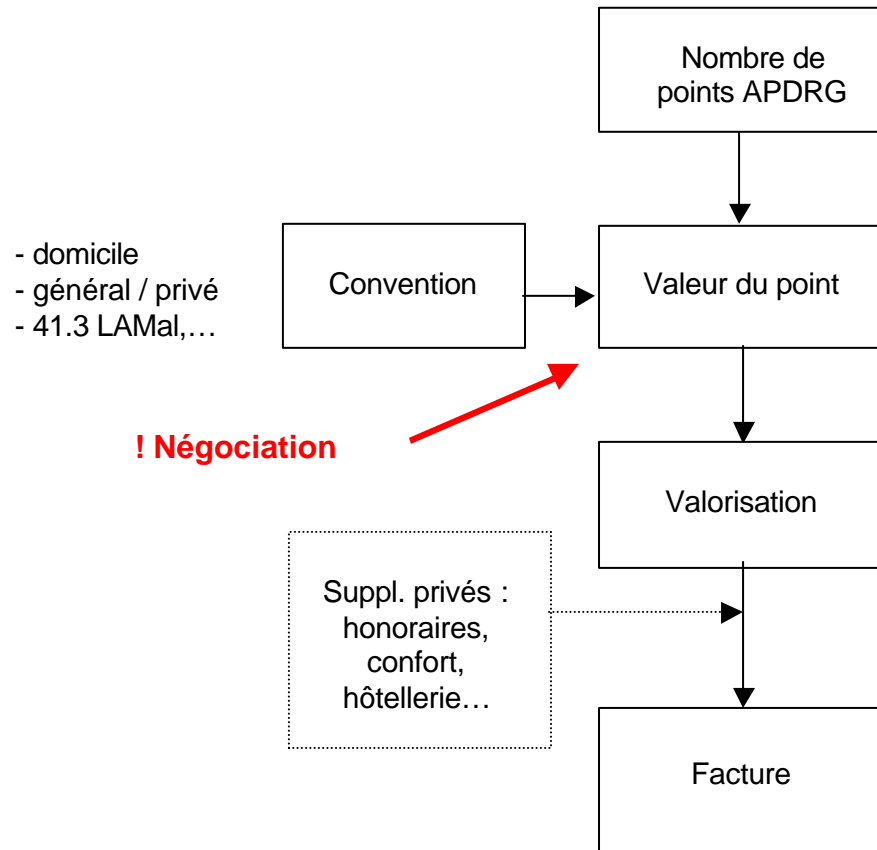
- Poids de naissance
- Codes diagnostics (princ. + second.)
- Codes opératoires (princ. + second.)



Point critique



Flux des informations (suite)





Organisation du codage

- Deux options :
 - Codeurs « professionnels »
 - Peuvent aussi être des médecins...
 - Productivité : entre 30 et 60 dossiers par jour
 - Selon formation et types de dossiers
 - Médecins



Organisation du codage (suite)

- **Points critiques :**

- Délais
- Transmission / obtention des informations
 - Pas de dossier, pas de code, pas de facture
=> on ne mange pas!

- **Impacts sur l'organisation**

- Sensibilisation indispensable (médecins)
 - Voire plus si nécessaire!
- Formation continue, échanges (codeurs)
 - Prévu : Instance nationale de codage – groupage (aide, soutien)



Qualité du codage

- Importance du dossier médical
 - Lettres de sortie
 - Rapports opératoires
 - Rapports médico-techniques (labos, pathologie,...)
- Qualité de l'information
 - Idéalement, structurée et standardisée



Qualité du codage (suite)

- Respect des règles nationales et internationales
 - Autres rôles du codage (épidémiologie, besoins en services de santé...)
- Sensibilisation
 - Domaines sensibles (obstétrique)
 - Impact des interventions non bloc opératoire
 - Ordre des diagnostics / interventions secondaires



Formation interne

- **Responsables administratifs**
 - Organisation, data warehouse, flux des informations, analyses des données...
- **Responsables de facturation**
 - Règles spécifiques, paramétrage, catégories
- **Responsables informatiques**
 - Interfaces logiciels – groupeur,...
 - Règles de facturation



Plan

- Généralités
- Conditions préalables
- **Règles de facturation**
- Conventions tarifaires et financement en APDRG
- Analyses médico-économiques



Règles de facturation

- Règle de base
 - 1 séjour = 1 APDRG = 1 facture, à la sortie du patient
- Exemple :
Hospitalisation, cardiopathie artérioscléreuse (diagnostic principal)
 - APDRG No 112 « Interventions cardiovasculaires percutanées »
CWH = 2.116 Durée moyenne (LOS) = 4.5 Bornes : 2 (LTP) et 11 jours (HTP)
- *Version 3.2 (2003)*



Hospitalisation – cas général

- Hospitalisation du 10 au 14 janvier
 - Durée hospitalisation : 5 jours
- Facture à l'assureur-maladie
 - Cas inlier (durée d'hospitalisation comprise entre les bornes)
 - Nombre de points = CWH = 2.116
 - Valeur du point = fr. 2500.- (hôpitaux de soins généraux)
 - Montant facturé : $2.116 \times 2'500.- = \text{fr. } 5290.-$



Hospitalisation « Outlier »

- Durée de séjour strictement supérieure ou inférieure aux bornes
- Exemple outlier supérieur :
 - Hospitalisation du 10 au 23 janvier
 - Durée d'hospitalisation : 14 jours => cas outlier supérieur
 - Journées excédentaires : $14 - 11 = 3$ jours
 - Nombre de points = $2.116 \text{ (cw)} + [(14-11)(\text{jrs exc}) \times (2.116/4.5)(\text{cw/jour}) \times 0.7(\text{coeff})] = 3.103$ points



Outlier « long » : Facturation

- **Facture à l'assureur-maladie**
 - Nombre de points = 3.103
 - Valeur du point = fr. 2'500.- (hôpitaux de soins généraux)
 - Montant facturé :
 $3.103 \times \text{fr. } 2'500.- = \text{fr. } 7'757.50$



Réhospitalisation

- Dans le même établissement
- Règle TAR APDRG : Nouveau cas
- Règle vaudoise : Nouveau cas si plus de 24 heures après la sortie
 - => Nouvelle hospitalisation (nouvel avis d'entrée)
=> nouvel APDRG (diagnostics et interventions de la 2ème hospitalisation) ; 2 séjours facturés
 - Moins de 24 heures après la sortie => annulation de la sortie => poursuite du séjour ; 1 seul séjour facturé



Journées de congé

- Journées de congé à déduire de la DH totale
 - Journées de congé \Leftrightarrow absence entre 0h00 et 24h00 / décomptées en jour civil plein
- Exemple : Mise en congé le 16 janvier à 18h, retour le 19 à 7h30 \Rightarrow 2 jours congé
 - Hospitalisation du 10 au 23 janvier, durée totale d'hospitalisation : 14 jours
 - Nombre de journées prises en compte : $14 - 2 = 12$ jours
- Seule exception; sinon, ensemble des journées pris en compte



APDRG non explicites

- Les APDRG du MDC 28 (séjours non classables) ne sont pas facturables
- Si le groupeur sort un APDRG non explicite, le séjour doit être recodé => nouvel APDRG
 - Intervient au niveau du codage
- « APDRG attribué manuellement » indiqué sur la facture



APDRG non explicites : Liste

- No 468 : « Interventions chirurgicales importantes sans relation avec le diagnostic principal »
- No 469 : « Diagnostic principal non valable comme diagnostic principal »
- No 470 : « Séjours non groupables »
- No 476 : « Interventions sur la prostate non liées au diagnostic principal »
- No 477 : « Interventions moins importantes sans relation avec le diagnostic principal »



Transferts

- Tout transfert dans les 24 h. à destination d'un autre hôpital donne lieu à un SPG (sauf néonatalogie)
 - => SPG no 901 « Transfert le premier jour dans un autre hôpital », CWH = 0.218, Montant facturé : $0.218 \times 2'500.- = \text{fr. } 545.-$
- Autre hôpital = hôpital vaudois ou hors canton, CTR, clinique privée
 - EMS \neq autre hôpital ; patient ambulatoire



Transferts (suite)

- Facturation 2^{ème} établissement : selon conventions
 - Si le séjour dans le 2^{ème} établissement dure moins de 24 heures, l'assureur avertit le 1^{er} établissement qui annule sa facture d'hospitalisation et refacture en ambulatoire ou HDJ
- Transfert après 24 heures => APDRG correspondant au traitement engagé



Décès le 1er jour

- Tout décès dans les 24 heures donne lieu à un SPG (sauf néonatalogie)
 - => SPG no 900 « Décès le premier jour », CWH = 0.260, Montant facturé = fr. 650.-
- Décès après 24 heures => APDRG correspondant au traitement engagé



Passage de A en B

- Séjour de soins aigus, suivi d'un séjour de réadaptation
- Transfert en B => sortie du séjour aigu
=> nouvelle admission en réadaptation
 - => avis de sortie pour le séjour A,
facturation du séjour en APDRG
 - => admission en B => facturation selon
conventions
- 2 cas, 2 séjours distincts (statistiques)



Passage de A en B : Exemple

- Hospitalisation en soins aigus du 10 au 20 janvier, pose d'une prothèse fémorale
- Réadaptation du 21 janvier au 4 février
- Facture à l'assureur-maladie
 - Séjour aigu : APDRG 209 « Interventions majeures des articulations », CWH = 2.143, 11 jours
 - Réadaptation : taxe d'admission (fr. 210) + 15 jours (fr. 226 par jour)
- Procédure identique pour passage de B en A



Séjour sur deux exercices

- Facturation à la sortie du patient => 1 APDRG, tarif exercice sortie
 - APDRG => 1 facture, à la sortie => pas de facturation intermédiaire possible
 - Facturation et comptabilisation statistique du cas sur l'exercice de la sortie du patient
- Changement d'assureur au 31.12 : Principe idem, mais à régler par convention...



Modification de la cause de d'hospitalisation

- En cours de séjour
- Facturation unique de l'APDRG correspondant à la prise en charge la plus lourde
 - Attribution de l'APDRG selon règles de codification de l'OFS et de l'OMS pour séjour unique
- Idem si changement de catégorie
 - Ex. AI - LAMal



Hôpitaux multisites

- Une hospitalisation sur deux sites donne lieu à la facturation d'un seul séjour et d'un seul APDRG
 - Les hôpitaux travaillant en réseau ou en multisites sont considérés comme un seul et même établissement.
 - Un seul APDRG comprenant l'ensemble des prestations réalisées sur chaque site



Néonatalogie : Principes

- Nouveau-né **sain** => APDRG séparé, facturé à l'assurance de la mère
- Nouveau-né **sain** ⇔ APDRG 620 ou 629
 - APDRG no 620 « Nouveau-nés, poids 2 – 2.49 kg, sans interventions significatives, avec status normal »
 - APDRG no 629 « Nouveau-nés, poids > 2.49 kg, sans interventions significatives, avec diagnostic normal



Néonatalogie : Principes (suite)

- Nouveau-né **malade** : patient hospitalisé, APDRG facturé à l'assurance du bébé
- Nouveau-né **malade** \Leftrightarrow tout APDRG du MDC 15 autre que les no 620 ou 629
 - Nouveau-né sain à la naissance, puis malade = nouveau-né malade pour l'ensemble du séjour
1 APDRG facturé à l'assurance du bébé,
pas d'APDRG facturé à l'assurance de la mère
(pour le bébé)



Nouveau-né sain : Exemple

- Hospitalisation de la mère du 10 au 13 janvier, accouchement sans complication, nouveau-né sain
 - Durée d'hospitalisation : 4 jours
 - Mère : APDRG No 373 « Accouchement non compliqué, par voie vaginale » - CWH = 0.682
 - Nouveau-né : APDRG No 629 – CWH = 0.353



Nouveau-né sain : Facturation

- Facture à l'assureur-maladie de la mère
 - Nombre de points = (APDRG 373) 0.682 + (APDRG 629) 0.353 = 1.035
 - Valeur du point = fr. 2'500.-
 - Montant total facturé (deux factures) :
 $1.035 \times \text{fr. } 2'500.- = \text{fr. } 2'587,50$



Nouveau-né malade : Exemple

- Hospitalisation de la mère du 10 janvier au 13 janvier, APDRG no 373, CWH = 0.682
- Hospitalisation du nouveau-né du 10 janvier au 15 janvier, aspiration de liquide amniotique (diagnostic), APDRG no 627 « Nouveau-nés, poids >2,49 kg, sans interventions significatives, avec problème majeur », CWH = 1.075



Nouveau-né malade : Facturation

- Facture à l'assureur-maladie de la mère
 - Montant facturé : APDRG 373,
CWH 0.682 x fr. 2'500.- = fr. 1'705.-
- Facture à l'assureur-maladie de l'enfant
 - Montant facturé : APDRG 627,
CWH 1.075 x fr. 2'500.- = fr. 2'687.50



Néonatalogie : Règles particulières

- Pas de SPG 900 ou 901 pour décès ou transfert le 1er jour
 - APDRG facturé = APDRG fourni par le groupeur
- Transfert pour surveillance néonatale = APDRG no 635 ou no 636 pour la facturation de l'hôpital de destination



Prestations ambulatoires

- en cours d'hospitalisation
- Établissements hospitaliers : Pas de facturation à l'assureur
- Exception : Séjour en EMS ou en division C (règles convention soins)



Plan

- Généralités
- Conditions préalables
- Règles de facturation
- **Conventions tarifaires et financement en APDRG**
- Analyses médico-économiques



Conventions tarifaires

- Valeurs du point
- Règles de facturation
- Garde-fous
- Formation



Valeurs du point

- Principe simple :
 - Volume à financer / Budget / coûts imputables / Volumes de facturation antérieurs...
 - Activité exprimée en points APDRG
 - => Valeur du point
- Peut déboucher sur :
 - Valeur du point de financement
 - Coût du point (CAE)
 - Tarif facturable...

Illustration : CHUV – Conventions privées

➤ Objectif : Garantir la neutralité du changement de tarif

Estimation de la valeur du point 2000 en APDRG		
Données de facturation 2000 Groupe Hospices		
Montant total facturé (Réel)		71'034'457
<i>Montant honoraires facturés</i>	<i>./.</i>	<i>16'131'118</i>
Part hospitalière	=	54'903'339
<i>Estimation suppléments confort</i>	<i>./.</i>	<i>3'585'400</i>
Volume à financer par APDRG	=	51'317'939
Nombre de points APDRG		5'991.5324
Valeur du point "neutre"		8'565



Base négociation tarif 2002



Règles de facturation

- A régler par convention
 - Directives administratives CVHo
 - Travail harassant, mais indispensable
- Peuvent différer de TAR APDRG
 - Vaud : Règle des réadmissions



Garde-fous

- DRG Creep
 - sur-codage
- Qualité du codage
- Réadmissions
- Transferts
- Cas extrêmes



DRG Creep (sur-codage)

- Objectifs :

- Limiter effets amélioration codage (facturation)
- Eviter surcodage non justifié



- A régler par convention :

- CVHo : budget global, règles de l'enveloppe
 - => pas de mesures particulières
- Convention LAA/AI/AMF : annexe particulière
 - => impact sur valeur du point ultérieure
- Conventions privées CHUV : annexe particulière
 - => engagement des établissements à restituer montants indus



DRG Creep (suite)

- Idée de base:
 - L'évolution du casemix est liée à l'évolution de la DMS
 - Inliers : Comparaison Var ICM – Var DMS
 - Si $\text{Var ICM} \leq \text{Var DMS}$, neutralité tarif supposée
 - Si $\text{Var ICM} > \text{Var DMS}$, écart \cong DRG Creep, \Rightarrow restitution montant ou correction valeur du point



Qualité du codage

- **Objectif :**
 - Disposer d'un organisme neutre chargé d'opérer des contrôles annuels dans les établissements sur la base des dossiers médicaux (par sondage)
- **Annexe et recommandations TAR APDRG**
- **! Distinguer types d'erreur selon typologie :**
 - Codage imprécis ou incomplet
 - Codage faux, ou faux grave



Qualité du codage (suite)

- ! Ne modifie pas nécessairement l'APDRG
 - Estimer impact sur financement
- Niveau suisse
 - Actuellement, pas d'organisme officiel
- Canton de Vaud
 - Mise en place d'un Comité de pilotage paritaire
 - Hôpitaux, assureurs, Etat
 - Annexe spécifique de la CVHo



Réadmissions

- **TAR APDRG : nouveau cas = nouvel APDRG**
 - Crainte de renvois prématurés à domicile
- **! Distinguer :**
 - Réadmissions inévitables ou programmées
 - Réadmissions potentiellement évitables
- **Cost weights suisses déterminés en fonction des pratiques observées**
 - => Risque = modification de pratiques



Réadmissions (suite)

- **Objectif : contrôle et suivi des réadmissions**
 - A terme, outil validé pour déterminer taux de réadmissions potentiellement évitables
- **Recommandations TAR APDRG :**
 - Analyse statistique des taux de réadmissions
 - Vérification sur site des dossiers médicaux
- **Canton de Vaud :**
 - Dispositions conventionnelles
 - Statistiques cantonales (congé + réadmissions)
 - Objectif : Observer évolution des pratiques



Transferts (de A en A)

- Idéalement, 1 seul APDRG pour tout le séjour
 - Dans les faits : pas faisable... (sauf établissements multi-sites)
- Problématique similaire réadmissions :
 - Eviter les modifications de pratique
- Moyen : Statistiques cantonales / OFS
 - Identification des transferts par les codes cryptés
- VD : pas de mesures particulières (enveloppe)



Outliers et journées inappropriées

- Risque : prolongation des séjours supérieurs à la borne
 - Proportion « standard » : entre 5 et 10%
- **Recommandations TAR APDRG**
 - Transmission statistiques sur outliers (par APDRG)
 - Transmission codage cas extrêmes médecins conseils
 - Surveillance, le cas échéant contrôles sur dossiers
- **VD : pas de mesures particulières (enveloppe)**



Conventions tarifaires

- Valeurs du point
- Règles de facturation
- Garde-fous
- **Formation**



Formation externe

- Canton de Vaud :
 - Formation organisée pour les assureurs
 - Egalement ouverts aux cantons
 - Objectif : Présenter problématique APDRG
 - Cours de base
 - Règles de facturation
 - Financement
 - ! participants : y compris responsables de prestation et collaborateurs chargés du contrôle des factures



Formation externe Vaud (suite)

- Mise à disposition d'une Hot line
 - Responsabilité : APDRG Suisse
- Formation complémentaire :
 - Formation au « Manuel of definitions »
 - A destination des médecins conseils
 - Objectif : Développer les possibilités de contrôle, sur base des informations en leur possession



Financement par APDRG

- Impacts sur les payeurs
 - Qui gagne ? Qui perd ?
 - Prévisions d'activité
- Benchmarking

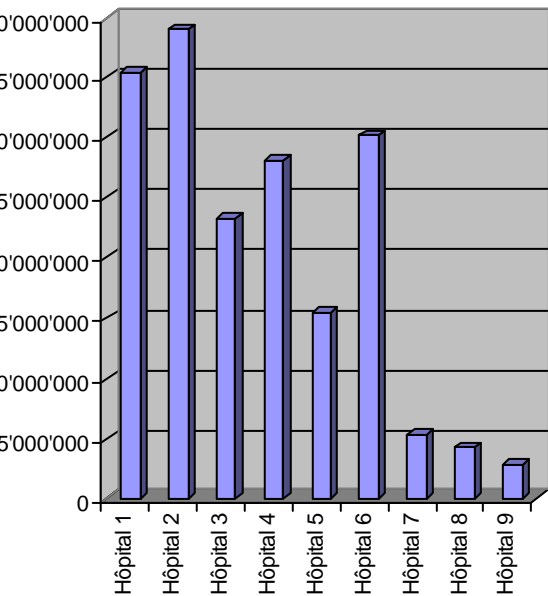
Impacts sur les payeurs

- Prévisions d'activité / Répartition financement
- Qui gagne ? Qui perd ?

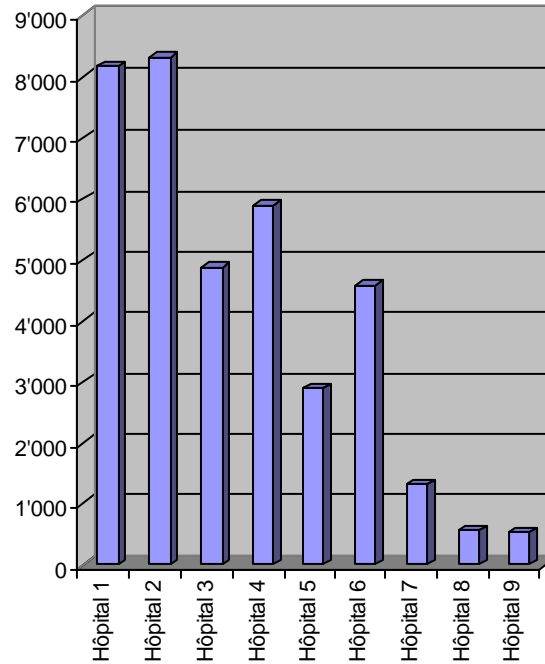
<i>Données CHUV 2001 - Parts relatives par répondant</i>						
<i>Répondant</i>	<i>% Cas</i>	<i>% Journées</i>	<i>% Points</i>	<i>Points / Cas</i>	<i>Points / Jrs</i>	
CVHo vaudois	72.79%	71.03%	65.72%	90%	93%	
Convention Romande	6.67%	6.36%	9.34%	140%	147%	
Hors canton	0.28%	0.20%	0.27%	94%	132%	
Assureurs fédéraux	4.76%	5.46%	6.71%	141%	123%	
Autres chambre commune	2.30%	2.16%	2.81%	122%	130%	
Humanitaires	0.55%	0.78%	1.21%	220%	155%	
Article 7	0.42%	0.21%	0.26%	61%	124%	
Ass. fédéraux Privés	0.46%	0.55%	0.47%	102%	86%	
Privés Vaudois	9.67%	11.25%	10.63%	110%	95%	
Autres privés	2.08%	2.01%	2.58%	124%	128%	

Benchmarking vaudois

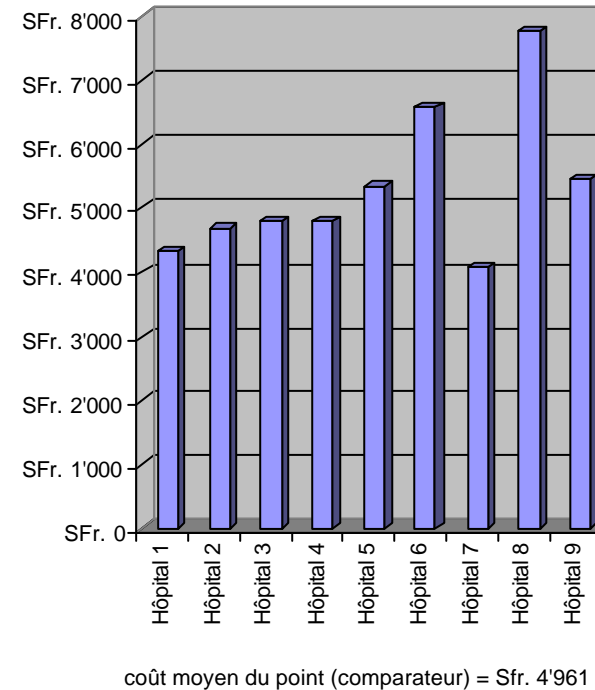
Enveloppe budgétaire nette (EBN) - volume soins aigus somatiques



Nombre de points APDRG



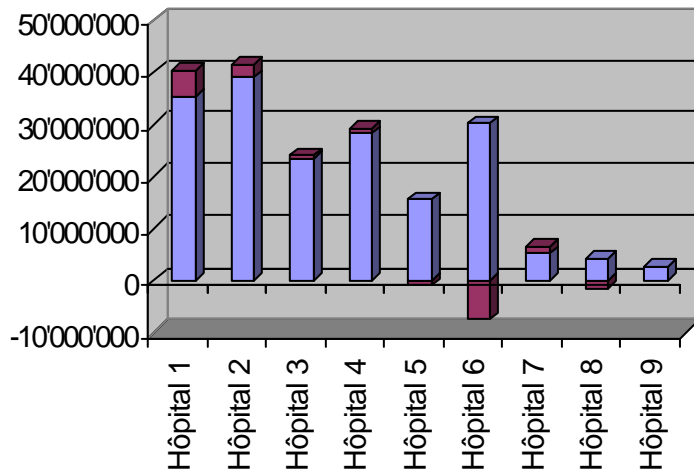
Coût du point



Benchmarking : Effets (suite)

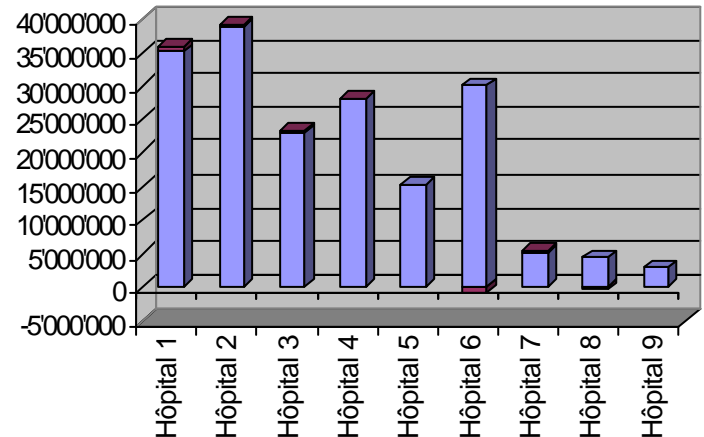
Réallocation des moyens à somme nulle

Réallocation des moyens - volume soins aigus somatiques



■ Ajustement des écarts à 100%
■ Enveloppe budgétaire nette (EBN) - volume soins aigus somatiques

Réallocation des moyens - volume soins aigus somatiques



■ Ajustement des écarts à 10%
■ Enveloppe budgétaire nette (EBN) - volume soins aigus somatiques



Benchmarking : Résultats

- Valeur du point \neq Coût du point
 - Budgets historiques
 - Biais de financement
 - \Rightarrow Résultats biaisés
- Démarche à ses débuts
 - Comptabilité analytique à développer
 - Pas un réel financement par APDRG



Analyses médico-économiques

- Pour l'externe

- Dossiers de négociation
- Se préparer au benchmarking

- A l'interne

- Analyses de coûts
- Comparaisons – Évolutions temporelles
- Allocation des ressources internes
- Élaboration cost weights internes (CAE)

Dossiers de négociation

<i>Cas privés 2000 - 2001 : Analyse par APDRG</i>						
	Total Assureurs conventionnés			CHUV		
	2000	2001	%	2000	2001	%
Cas et journées						
Nombre de sorties	2'635	2'512	-4.67%	25'338	25'696	1.41%
Nbre de journées	27'154	26'424	-2.69%	234'115	236'646	1.08%
<i>% sorties Low Outliers</i>	2.20%	2.23%		3.81%	4.16%	
<i>% sorties High Outliers</i>	5.88%	5.93%		5.14%	5.21%	
<i>% sorties Outliers</i>	8.08%	8.16%		8.95%	9.37%	
Montant total facturé	59'875'723	59'424'388	-0.75%			
Facturation moyenne par cas	22'723	23'656	4.11%			
Facturation moyenne par jour	2'205	2'249	1.99%			
Durée moyenne de séjour						
Durée moyenne de séjour brute	10.31	10.52	2.08%	9.24	9.21	-0.33%
DMS Cas normaux / DMS Elaguée	9.03	9.43	4.41%	8.17	8.06	-1.31%
<i>Durée moyenne de séjour standard CH</i>	9.30	9.56		8.79	7.93	
DMS Low Outliers	2.95	3.20	8.42%	2.81	2.85	1.17%
DMS High Outliers	32.94	30.11	-8.58%	32.96	34.23	3.86%
Casemix Index						
Casemix partiel	1.7562	1.8216	3.73%	1.5917	1.5947	0.19%
Casemix cas extrêmes	0.0942	0.0906	-3.74%	0.0908	0.1123	23.57%
Indice de casemix	1.8503	1.9122	3.35%	1.6825	1.7070	1.45%
Nombre de points	4'875.6464	4'803.5596	-1.48%	42'631.4064	43'862.3969	2.89%
<i>Nombre de points cas normaux</i>	4'212.2330	4'242.4360	0.72%	36'058.2750	36'419.4180	1.00%
<i>Nombre de points Low Outliers</i>	118.2403	104.8244	-11.35%	1'797.3844	1'915.5187	6.57%
<i>Nombre de points High Outliers</i>	545.1732	456.2992	-16.30%	4'775.7471	5'527.4602	15.74%
Nombre d'APDRG	397	387		592	592	

Structure tarifaire en APDRG – activité privée

➤ Décomposition de la valeur du point totale :

Patient vaudois - Base LAMal			
Type de prestations		Tarif / Valeur du point	Mode de facturation
Prestations de	Assurance obligatoire des soins – Part assureurs maladie	Selon tarif CVHo Fr. 3'610.- le point	Facturation à l'assureur base
	Participation de l'E tat 60% de la part AOS	Selon tarif CVHo Fr. 2'166.- le point	Participation du SSP
	Part à charge LCA (y compris investissement)	Fr. 3'062.- le point	Facturation à l'assureur com
Prestations complém	Prestations supplémentaires	Fr. 312.- le point	
	Choix du médecin	Suppléments pour choix du médecin selon Tarif des honoraires privés	
	Confort hôtelier	Fr. 150.- par jour – Chambre à 1 lit Fr. 100.- par jour – Chambre à 2 lits	
Sous-total prestations de base : fr. 8'838.-			
Sous-total facturation en APDRG : fr. 9'150			

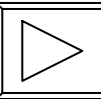
Facture séparée

Valeur du point négociée





Comparaisons – Analyses de coûts





Plan

- Généralités
- Conditions préalables
- Règles de facturation
- Conventions tarifaires et financement en APDRG
- Analyses médico-économiques
- **Conclusions**



Considérations finales

- Mieux qu'avant, même si pas la panacée
 - Meilleure prise en compte de l'activité d'un établissement
 - Meilleure répartition entre payeurs, mais aujourd'hui pas une maîtrise des coûts
- Description de la production hospitalière
 - Outil médico-économique, pas de description précise des prestations médicales
- Meilleur outil de financement que de facturation
 - Sur l'ensemble, ça marche, mais au cas par cas...



Considérations finales (suite)

- Ne pas compter sur les APDRG pour résoudre tous les biais de financement
- Matériel & Médicaments : Le maillon faible...
 - => importance d'améliorer la CAE
- Etablissement petit et/ou spécialisé, risques financiers élevés (en + ou en -)



Considérations finales (fin)

- Importance du codage
 - Augmentation de la charge administrative
 - Le codage est un métier!
- CH : « Petits » hôpitaux
 - => Peu de cas par APDRG
 - => Difficultés pour les analyses médico-économiques