

Codage et APDRG: Problèmes et solutions Tutorial 1

Conférence PCS Suisse, 6 et 7 Avril 2006

Hôtel Arte, Olten

**Dr med. Alfred K. Bollinger
Dr med. Hervé Guillain**



University Hospital
Zurich

Pourquoi codons-nous?

- **Statistique médicale des hôpitaux (OFS)**
 - Obligation légale depuis le 01.01.1998
 - Loi sur la statistique fédérale du 09.10.1992
 - Ordonnance concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux du 30.06.1993

Point de vue épidémiologique ou médical
- **Allocation de ressources aux hôpitaux**
 - Détermination du budget global à partir de la moyenne standardisée des coûts par cas (canton de Zurich)

Point de vue économique et statistique
- **Remboursement par forfait APDRG**

Point de vue financier sur chaque hospitalisation

Avec quoi codons nous? → CIM-10

- **Index alphabétique**

par ex. septicémie d'origine urinaire → N39.0 Infection des voies urinaires

 - Le code décrit l'étiologie
 - Réalité clinique: septicémie entraînant l'utilisation de ressources importantes (examens diagnostiques coûteux, antibiothérapie par voie veineuse, év. techniques cardiovasculaires invasives, év. soins intensifs)
- **Index systématique**

par ex. codes dague-étoile

 - Point de vue médical et étiologique

Avec quoi codons-nous? → CHOP

- Code 79.17 Réduction fermée de fracture avec fixation interne, os du tarse et du métatarse

Ce code est par exemple utilisé pour décrire:

- une simple stabilisation de la malléole interne
- un traitement chirurgical d'une fracture du plateau tibial au moyen de deux plaques de soutien

Le code décrit le type et la localisation de l'intervention, pas son envergure.

Comment codons-nous? → Directives

- Conception détaillée de la statistique médicale
 - Structure de l'enregistrement des données
 - Définitions (entre autres du diagnostic principal, des diagnostics secondaires, du traitement principal, des traitements secondaires, des codes dague-étoile, des causes externes)

Approche épidémiologique et médicale

- Règles et directives de la CIM-10
Influencées par l'histoire et "teintées" d'épidémiologie

- Manuel de codage
Repose sur la conception détaillée et les règles de la CIM-10
Tente d'une certaine façon de prendre en considération les ressources utilisées (par ex. dans la définition du diagnostic principal et des diagnostics secondaires)

Quels autres moyens mettons-nous en œuvre?

- Statistique médicale
 - MedPlaus (vérifie le codage de manière formelle)
- Allocation de ressources
 - Groupeur APDRG (+ MedGroup pour le classement en **Swiss Payment Groups**)
- Remboursement par l'assureur
 - Groupeur APDRG + MedGroup
 - TAR APDRG

Un codage médicalement correct peut:

- être correct selon MedPlaus (statistique médicale de l'OFS)
- être néanmoins faux selon le groupeur APDRG et conduire au classement dans un APDRG non facturable (APDRG 468, 476, 477)

Premières constatations générales

- Les codes (de classifications médicales) ne permettent pas toujours de décrire correctement la réalité clinique et les ressources utilisées.
- Les directives actuelles ne prennent pas suffisamment en considération l'aspect économique du codage dans le cadre du remboursement par DRG.
- Les programmes de plausibilisation et de groupage fonctionnent selon des logiques qui ne sont pas identiques.

Codage et groupage en APDRG → problèmes de nature diverse

- Codage médicalement correct → APDRG "poubelle"
- Incohérence entre les ressources utilisées et les cost-weights (hiérarchie des DRG) lors du codage d'interventions multiples ou de diagnostics secondaires, etc.
- APDRG facturable, mais aberrant
- Diagnostics secondaires cliniquement et économiquement négligeable → surestimation de leur importance par le groupeur (APDRG avec CC)
- Diagnostics secondaires correspondant à une utilisation de ressources non prise en compte par le groupeur (APDRG sans CC)

Codage médicalement correct → APDRG "poubelle"

- Chaque **code diagnostique** (CIM-10) n'est associé qu'à **un seul MDC**.
- **Les codes d'intervention** (CHOP) sont associés à un ou **plusieurs MDC**.
- En **l'absence de correspondance** entre le MDC du code diagnostique principal et d'un code d'intervention l'hospitalisation est classée dans un des APDRG "poubelle" suivant:
 - 468 Interventions chirurgicales importantes sans relation avec le diagnostic principal
 - 476 Interventions sur la prostate non liées au diagnostic principal
 - 477 Interventions moins importantes non liées au diagnostic principal

Procédure générale pour déterminer l'APDRG facturable lorsque l'hospitalisation est classée dans un APDRG 468, 476 ou 477

1. Identifier le code de l'intervention la plus importante.
2. Rechercher dans l'annexe C du Definitions Manual les MDC associés à ce code.
3. Déterminer parmi ces MDC celui dans lequel l'hospitalisation devrait être classée (selon toute vraisemblance).
4. Enregistrer le code diagnostique principal comme code diagnostique secondaire et le remplacer par un code associé au MDC choisi.
5. Reclassez l'hospitalisation au moyen du groupeur.

Codage médicalement correct → APDRG 468

- Patiente de 40 ans; souffre depuis des années de transpiration croissante des mains et des aisselles. Sympathectomie thoracoscopique bilatérale.
- Codage:
R61.0 Hyperhidrose localisée
MDC: 9 (Peau)

05.29 Autre sympathectomie
MDC: 1 (système nerveux), 5 (système cardiovasculaire)

34.21 Thoracoscopie transpleurale
MDC: 4 (système respiratoire), 21 (traumatismes), 25 (polytraumatismes)
- Quel APDRG devrait logiquement être choisi ?

Codage médicalement correct → APDRG 468

- Patient avec hémangiome préauriculaire droit. Cathétérisation et occlusion au moyen de bucrylate après angiographie des vaisseaux. L'angiographie de contrôle montre une occlusion complète.
- Codage:
D18.0 Hémangiome, tout siège
MDC: 5 (système cardiovasculaire)

39.72 Réparation ou occlusion endovasculaire des vaisseaux de la tête et du cou
MDC: 1 (système nerveux) ??

88.49 Artériographie d'autres sites spécifiés
- Quel APDRG devrait logiquement être choisi ?

Codage médicalement correct → APDRG 468

- Patient avec fracture traumatique du larynx, traitée chirurgicalement.
- Codage:
S12.8 Fracture d'autres parties du cou
MDC: 8 (système musculo-squelettique)

31.64 Réparation de fracture laryngée
MDC: 3 (ORL), 4 (système respiratoire), 21 (traumatismes), 25 (polytraumatismes)
- Quel APDRG devrait logiquement être choisi ?

Incohérence entre ressources utilisées et cost-weights: diagnostic secondaire conduisant à un APDRG ayant un cost-weight plus bas

- Fracture vertébrale et fracture distale du radius. Traitement chirurgical de la fracture vertébrale (arthrodèse) et traitement conservateur de la fracture du radius. Embolie pulmonaire post-opératoire et insuffisance cardiaque.
- Codage:
 - S22.0 Fracture d'une vertèbre dorsale
 - S52.5 Fracture de l'extrémité inférieure du radius
 - I26.9 Embolie pulmonaire sans mention de cœur pulmonaire aigu**
 - I50.0 Insuffisance cardiaque congestive
 - 81.05 Arthrodèse dorsale ou dorsolombaire postérieure
 - 81.62 Arthrodèse ou reprise d'arthrodèse de 2-3 vertèbres (coder aussi)
 - 84.51 Insertion de dispositif intervertébral d'arthrodèse
- DRG 558 Interventions majeures du système musculo-squelettique, except bilatérales ou multiples sur articulation, avec cc majeure; CW 2.331
- **Sans embolie pulmonaire:**
 - DRG 806 Arthrodèse vertébrale combinée ant. et post., avec cc; CW 4.629

Incohérence entre ressources utilisées et cost-weights: traitement supplémentaire conduisant à un APDRG ayant un cost-weight plus bas

- **Codage:**
 - J37.1 Laryngo-trachéite chronique
 - J38.3 Autres maladies des cordes vocales
 - J38.7 Autres maladies du larynx
 - E11.9 Diabète sucré non insulino-dépendant
 - 31.99 Autres opérations de la trachée
 - 30.09 Autre excision ou destruction de lésion ou de tissu du larynx**
 - 31.0 Injection du larynx
- Hospitalisation de 4 jours dans le service ORL
- **Groupeage:**
 - DRG 55 Diverses interventions sur les oreilles, le nez, la bouche et la gorge
CW 0.670 → Fr. 5'645.-
 - Sans le code 30.09:**
 - DRG 63 Autres interventions chirurgicales sur les oreilles, le nez, la bouche et la gorge
CW 0,807 → Fr. 6'799.-

Incohérence entre ressources utilisées et cost-weights? traitement supplémentaire conduisant à un APDRG ayant un cost-weight plus bas?

- **Codage:**
K80.2 Calcul de la vésicule biliaire sans cholécystite
51.23 Cholécystectomie laparoscopique
87.53 Cholangiographie peropératoire
Hospitalisation de 5 jours
- **DRG 494** Cholécystectomie lapar. sans exploration de voie biliaire principale, sans cc
CW 0.696 → Fr. 5'864.-
- Sans le code d'intervention principal:
DRG 200 Techniques diagnostiques hépatobiliaires, pour affections bénignes
CW 1.534 → Fr. 12'924.-
- **question:**
Est-il correct, pour la facturation, de ne pas tenir compte du code 51.23?
L'APDRG 200 ne correspond-il pas à des cas totalement différents, avec examens diagnostiques complexes et durée de séjour plus longue (ALOS = 11.2 jours)?

APDRG facturable, mais classement aberrant

- **Codage:**
Q21.1 Communication interauriculaire
I48 Fibrillation et flutter auriculaires
D68.9 Anomalie de la coagulation, sans précision
35.51 Réparation de communication interauriculaire avec prothèse, technique ouverte
39.61 Circulation extracorporelle pour chirurgie cardiaque
39.64 Insertion de stimulateur cardiaque temporaire peropératoire
96.71 Ventilation mécanique continue de moins de 96 heures consécutives
Sans extubation post-opératoire, avec transfert aux soins intensifs et sortie après 12 jours
- **DRG 108** Autres interventions sur le coeur et le thorax sans malformations congénitales
CW 2.377 → Fr. 13'940.-
- **Il s'agit d'une malformation congénitale: →**
DRG 809 Autres interventions cardiothoraciques avec anomalie congénitale infantile
CW 5.371 → Fr. 45'250.-

Diagnostic secondaire sans lien avec l'utilisation de ressources: → APDRG avec CC

- Patiente de 52 ans. Cholécystectomie laparoscopique pour calculs biliaires. Tabagisme reconnu. Une hyperkaliémie est constatée à une seule reprise. Hospitalisation de 4 jours.

- **Codage:**

DP	DS1	DS2	TP
K80.2	E87.5	F17.2	51.23

- **APDRG:**

DRG 493 Cholécystectomie laparoscopique sans exploration de voie biliaire principale, avec cc
CW 1.075 → Fr. 9'057.-

- **Sans diagnostic secondaire (DS):**

DRG 494 Cholécystectomie laparoscopique sans exploration de voie biliaire principale, sans cc
CW 0.695 → Fr. 5'855.-

CW Version 5.1, Baserate Fr. 8'425.-

Diagnostic secondaire sans lien avec l'utilisation de ressources: → APDRG avec CC

- Patiente de 56 ans avec une sténose de l'artère fémorale sur maladie vasculaire périphérique; diagnostics secondaires: hypertension, diabète de type 2 et légère insuffisance cardiaque bien compensée médicamenteusement. Dilatation transluminale percutanée au ballonnet, hospitalisation de 3 jours.

- **Codage:**

DP	DS1	DS2	DS3	TP
I70.2	I10	E11.9	I50.9	39.50

- **APDRG:**

DRG 478 Autres interventions vasculaires, avec cc
CW 1.548 → Fr. 13'1042.-

- **Sans le troisième diagnostic secondaire (DS3):**

DRG 479 Autres interventions vasculaires, sans cc
CW 1.151 → Fr. 9'627.-

CW Version 5.1, Baserate Fr. 8'425.-

Diagnostic secondaire sans lien avec l'utilisation de ressources: → APDRG avec CC

- Nouveau-né, naissance à terme, poids de 3220 g, sain, séjour dans le service d'obstétrique se déroulant sans problème, petit hémangiome sur la cuisse, sortie avec la mère 4 jours après la naissance.
- **Codage:**
Z38.0 Enfant unique, né à l'hôpital
D18.0 Hémangiome, tout siège
- **APDRG:**
DRG 627 Nouveau-né, poids >2.49 kg, sans interventions significatives, avec problème majeur
CW 0.843 → Fr. 7'102.-
- **Sans diagnostic secondaire :**
DRG 629 Nouveau-né, poids >2.49 kg, sans interventions significatives, diagnostic normal
CW 0.322 → Fr. 2'713.-

Diagnostic secondaire lié à une plus grande utilisation de ressources: → APDRG sans CC

- Admission en urgence d'une patiente de 75 ans, vivant seule, en raison d'une fracture du col du fémur. Présence d'un ulcère floride et d'une hémoplégie spastique. Mobilisation en fonction des douleurs par les physiothérapeutes et le personnel infirmier, soins d'ulcère 2 fois par jour. Organisation d'un lit spécial, hospitalisation de 22 jours.
- **Codage:**

DP	DS1	DS2
S72.0	L97	G81.1
- **Groupage:**
DRG 236 Fractures de la hanche et du bassin
LOS = 10.6 jours, LTP = 4 jours, HTP1 = 24 jours
CW 0.811 → CHF 6'832.-

CW Version 5.1, Baserate Fr. 8'425.-

Diagnostics secondaires liés à une plus grande utilisation de ressources: → APDRG sans CC

Il y a un nombre important de diagnostics secondaires qui sont associés à une charge en soins plus importante et une durée d'hospitalisation plus longue, sans entraîner un classement de l'hospitalisation dans un APDRG avec CC. Par ex.:

•Incontinence des matières fécales:	R15
•Dépendance envers un fauteuil roulant:	Z99.3
•Cécité des deux yeux:	H54.0
•Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool	F10.2

Solutions envisageables

- Codage correct → APDRG 468, 469, 476 ou 477:
 - attribution manuelle de l'APDRG (APDRG "forcé")
- Incohérence de cost-weights:
 - attribution manuelle de l'APDRG (APDRG "forcé")
- APDRG facturable mais aberrant:
 - attribution manuelle de l'APDRG (APDRG "forcé")
- Diagnostics secondaires sans lien avec l'utilisation de ressources:
 - non codés pour la facturation
 - introduction d'un "flag" pour les codes enregistrés pour la statistique médicale uniquement
- Diagnostics secondaires liés à une plus grande utilisation de ressources qui ne sont pas pris en compte par le groupeur:
 - problème à traiter lors du développement des SwissDRG (par exemple tester l'introduction de diagnostics infirmiers)