

TAR-APDRG 2008

Principes et règles
de remboursement et de facturation par
APDRG pour l'utilisation de la version 5.1 des
cost-weights et des SPG

Décembre 2007

Edition du 15.12.07 (v01)

© APDRG Suisse

Le manuel de tarification TAR-APDRG 2008 a été élaboré

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
(Hervé Guillain, Salwa Kossaibati, Jean-Claude Rey)

avec la collaboration
du groupe d'experts ad hoc TAR-APDRG 2008
(liste des participants en annexe)

Table des matières

1	Introduction	2
1.1	Objectif	2
1.2	Méthodologie	2
2	Définitions et règles fondamentales	2
2.1	Définitions et périmètres.....	2
2.1.1	Données nécessaires.....	2
2.1.2	Règles pour le codage des diagnostics et des interventions	2
2.1.3	Périmètre d'utilisation des APDRG	3
2.1.4	Hospitalisation.....	4
2.1.5	Congé administratif.....	5
2.1.6	Changement d'assureur pendant une hospitalisation	5
2.2	Hospitalisations particulières ou hors du périmètre d'utilisation des APDRG.....	6
2.2.1	Cas de psychiatrie ou d'abus de substance (alcoolisme et toxicomanie)	6
2.2.2	Réadaptation.....	6
2.2.3	Soins palliatifs	6
2.2.4	Hébergement médico-social et attente de placement	7
2.3	Règles de facturation particulières	7
2.3.1	Modification de la cause d'hospitalisation au cours d'un même séjour	7
2.3.2	Réhospitalisation	8
2.3.3	Séjour sur deux exercices comptables.....	8
2.3.4	Prestations fournies en ambulatoire par un autre fournisseur (hôpital ou autre) pendant une hospitalisation	8
2.3.5	Transfert dès le deuxième jour dans un autre hôpital de soins aigus somatiques.....	9
2.3.5.1	Transfert sans retour dans l'établissement d'origine.....	9
2.3.5.2	Transfert avec retour dans l'établissement d'origine.....	9
2.3.6	Urgences	11
2.3.7	Nouveau-nés sains.....	11
2.4	Swiss Payment Groups (SPG).....	11
2.5	Autres règles.....	12
2.5.1	APDRG non facturables et APDRG "forcés"	12
2.5.2	Incohérence de cost-weights	13
2.5.3	Remboursement des transplantations.....	13
2.5.3.1	Transplantations d'organes solides	14
2.5.3.2	Transplantations autologues de cellules souches hématopoïétiques	15
2.5.3.3	Transplantations allogéniques de cellules souches hématopoïétiques	16
2.6	Formules de remboursement	21
	Annexe.....	23

Préface

Pour l'année 2008, les assureurs ont décidé de continuer avec la version 5.1 des cost-weights pour la facturation des hôpitaux et d'introduire la version 6.0 au 01.01.2009.

Ainsi, la version 6.0 des cost-weights - qui ne pourra pas être utilisée avant 2009 pour la facturation aux assureurs - pourra par contre être utilisée pour d'autres applications, telles que le financement par les cantons de leur part hospitalière, la planification, les analyses statistiques, etc.

TAR-APDRG 2008 apporte des compléments indispensables par rapport à l'édition 2007 dans un certain nombre de situations litigieuses, principalement sur les questions des congés, des transferts et des transplantations. Dans ce dernier cas, des clarifications ont été apportées en particulier en ce qui concerne la complémentarité avec les cas pris en charge par la SVK¹.

Le comité APDRG Suisse vous en souhaite bonne utilisation dès 2008.

Plus généralement, il se permet de vous rappeler les autres outils pour 2008:

- pour les cost-weights (CW), la version 5.1;
- pour le groupeur APDRG, la version 1.8;
- pour les SPG², les spécifications 5.1-1.8-10.

Merci à tous les membres d'APDRG Suisse pour leur soutien continu à l'association et à tous ceux qui ont contribué à cette édition 2008.



Luc Schenker, Président APDRG Suisse

¹ Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer. Voir aussi note 17.

² Le logiciel MedGroup version 5.1-1.8-10 permet de classer les hospitalisations selon ces spécifications; il est à disposition des membres de APDRG Suisse et peut être téléchargé gratuitement à partir du site www.apdrgsuisse.ch (le lien permettant le téléchargement se trouve sur une des pages dont l'accès est réservé aux membres).

1 Introduction

1.1 Objectif

L'objectif de ce document est de fournir l'ensemble des spécifications techniques permettant l'utilisation des APDRG (All Patient Diagnosis Related Groups) dans le cadre des conventions tarifaires définies par la législation sur les assurances sociales (assurance-maladie, assurance-accidents, assurance-invalidité, assurance militaire...).

"TAR-APDRG 2008", qui remplace "TAR-APDRG 2007", est destiné à faciliter la mise en œuvre du financement par APDRG par les partenaires qui ont décidé de son introduction. Il traite des principes et règles de financement par APDRG mais n'aborde aucune question relative au logiciel de groupage et à la manière dont il peut être intégré aux systèmes informatiques des hôpitaux³.

1.2 Méthodologie

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

Si 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@apdrgsuisse.ch.

2 Définitions et règles fondamentales

2.1 Définitions et périmètres

2.1.1 Données nécessaires

De manière générale, les données nécessaires au financement et à la facturation par APDRG⁴ sont les données de la statistique médicale établie selon la loi fédérale du 9 octobre 1992 sur la statistique fédérale (LSF), son ordonnance d'application et les directives y afférentes de l'Office fédéral de la statistique (OFS).

2.1.2 Règles pour le codage des diagnostics et des interventions

Le codage des diagnostics et des interventions s'effectue selon les directives émises par l'Organisation mondiale de la santé et par l'Office fédéral de la statistique (organe compétent sur le territoire suisse). Les classifications utilisées sont la CIM-10⁵ (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé

³ Une description détaillée des critères de classement par APDRG utilisés par le logiciel de groupage figure dans le Definitions Manual (voir www.apdrgsuisse.ch). Une étude pour les besoins informatiques de facturation par APDRG réalisée dans le canton de Vaud est disponible à la même adresse.

⁴ Bien qu'une comptabilité analytique par unités finales d'imputation permettant de calculer les coûts de chaque hospitalisation ne soit pas nécessaire au financement par APDRG, elle est utile à tous les hôpitaux qui souhaitent déterminer l'écart entre leurs propres coûts de production et les montants remboursés.

Pour mémoire, rappelons que selon les directives relatives à la statistique médicale en vigueur jusqu'à fin 2005, dans l'enregistrement d'une hospitalisation l'indication de l'heure d'admission n'était obligatoire que pour les cas urgents (ces derniers étant définis par un traitement nécessaire dans les 12 heures). En 2006, l'indication de l'heure d'admission est devenue obligatoire pour tous les cas.

Idem pour l'heure de sortie: selon les directives relatives à la statistique médicale en vigueur jusqu'à fin 2005, l'indication de l'heure de sortie dans l'enregistrement d'une hospitalisation n'était obligatoire que pour les cas de décès. En 2006, l'indication de l'heure de sortie est devenue obligatoire pour tous les cas.

⁵ La CIM-10 est disponible à l'adresse www.cim10.ch.

connexes, 10^{ème} révision) et la CHOP⁶ (Classification suisse des interventions chirurgicales)⁷.

Les questions relatives au codage sont à adresser à l'Office fédéral de la statistique (Section de la santé, Espace de l'Europe 10, 2010 Neuchâtel, Tél.: 032 713 63 60, E-mail: codeinfo@bfs.admin.ch). Les directives de codage sont publiées dans le manuel officiel des règles de codage en Suisse et le journal "CodeInfo", remplacé dès fin 2007 par des circulaires d'information, tous deux publiés par l'OFS⁸.

Les questions concernant les incompatibilités entre les directives de codage et le classement effectué par le groupeur APDRG sont traitées au chapitre 2.5.1.

2.1.3 Périmètre d'utilisation des APDRG

Règle

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

Sont exclus les cas pris en charge dans:

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

ainsi que:

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

Commentaire

Comme le relèvent les publications internationales, les APDRG ont été développés pour définir et financer l'activité des hôpitaux de soins aigus somatiques exclusivement. Ils ne conviennent pas au financement des hôpitaux spécialisés en psychiatrie, en réadaptation ou en soins palliatifs, ainsi qu'au financement des traitements d'abus de substances (alcoolisme et toxicomanie)⁹.

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

⁶ La CHOP est disponible à l'adresse
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infoteh/nomenklaturen/blank/blank/chop/01.html>

⁷ La version 1.7 du groupeur APDRG (en vigueur du 01.01.07 au 31.12.07) doit être utilisée avec les codes d'intervention de la version 9 de la CHOP et la version 1.8 du groupeur APDRG (en vigueur du 01.01.08 au 31.12.08) doit être utilisée avec les codes d'intervention de la version 10 de la CHOP.

⁸ Ces documents peuvent être téléchargés à partir du site internet de l'Office fédéral de la statistique (www.bfs.admin.ch), domaine no 14 (Santé), rubrique "Secrétariat de codage". L'URL du secrétariat de codage est le suivant:
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infoteh/nomenklaturen/blank/blank/codage/01.html>

⁹ Les cas de psychiatrie pris en charge dans les divisions de soins aigus somatiques (MDC 19 et 20) sont néanmoins pris en considération (voir chapitre 2.2.1 à la page 6).

Les APDRG ne sont également pas appropriés au financement des prolongations de séjour dans les hôpitaux de soins aigus somatiques dues à une attente de transfert (placement) du patient dans un établissement médico-social (EMS) ou à domicile. La présence de patients dans les hôpitaux de soins aigus alors que leur séjour ne s'y justifie plus pour des raisons médicales provient entre autres du mauvais fonctionnement de la chaîne de soins. De ce fait, il est nécessaire de distinguer ces prolongations de séjour à caractère médico-social du séjour aigu proprement dit¹⁰, pour éviter qu'elles soient financées en tant que cas extrêmes ("outliers")¹¹.

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

2.1.4 Hospitalisation

Règle

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

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

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

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

Modification de la définition de l'hospitalisation

La définition de l'hospitalisation donnée dans l'article 3 de l'OCP¹² stipule que "sont réputés traitements hospitaliers au sens de l'art. 49, al. 1 LAMal les séjours à l'hôpital d'une durée d'au moins 24 heures pour des examens, des traitements et des soins. Les séjours à l'hôpital de moins de 24 heures, au cours desquels un lit est occupé durant une nuit, ainsi que les séjours à l'hôpital en cas de transfert dans un autre hôpital ou en cas de décès, sont également réputés traitements hospitaliers".

Il a été tenu compte de cette disposition lors du calcul de la version 5.1 des cost-weights.

Dispositions légales

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

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

¹⁰ Voir chapitre 2.2.4 à la page 7.

¹¹ Les notions d'hospitalisations "inliers" et "outliers" sont définies dans le rapport sur les cost-weights version 5.1.

¹² Ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance maladie (RS 832.104). La modification introduite par cette ordonnance est qu'un traitement est considéré comme hospitalier dès qu'un lit est occupé durant une nuit, même si la durée de séjour est inférieure à 24 heures.

L'OCP est disponible à l'adresse suivante: www.admin.ch/ch/fr/rs/c832_104.html

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

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

2.1.5 Congé administratif

Règle

Les journées durant lesquelles le patient est absent en tout temps (soit de 00:00:00 à 23:59:59) sont décomptées et considérées comme jours de congé administratif^{13,14}.

Lorsqu'un patient quitte l'établissement, il est mis en congé administratif si les deux conditions suivantes sont remplies:

- il s'agit d'un congé programmé et il est donc prévu que le patient revienne pour une prise en charge de la même affection¹⁵;
- le retour du patient a lieu avant le 8^{ème} jour civil¹⁶ qui suit son départ.

Exceptions

Toutefois, même si les deux conditions mentionnées ci-dessus sont remplies, un patient n'est pas mis en congé administratif dans les deux cas suivants:

- ♦ transplantations d'organes solides et de cellules souches hématopoïétiques (facturation établie exclusivement en fonction des règles de la SVK¹⁷);
- ♦ cures de chimiothérapie successives (facturation par un APDRG du MDC 16 ou 17) dans la mesure où le patient est absent 24 heures au moins entre deux cures.

Commentaire

Les jours de congé administratif doivent être soustraits de la durée de séjour. Il est important qu'ils en soient déduits afin de ne pas fausser le calcul des points de remboursement, en particulier lorsqu'il s'agit d'hospitalisations "outliers"¹⁸.

2.1.6 Changement d'assureur pendant une hospitalisation

Règle

Pour le patient hospitalisé au 31 décembre d'une année, la procédure à appliquer en cas de changement d'assurance est la suivante:

1. A la sortie du patient l'année suivante, l'établissement facture à l'assureur ayant garanti le séjour au tarif applicable lors de la sortie.

¹³ Par contre, si le patient quitte l'hôpital pour un traitement externe ambulatoire (voir chap. 2.3.4), il ne s'agit pas d'un congé administratif, car l'hôpital intégrera dans son dossier patient les prestations facturées par le prestataire externe.

¹⁴ Cette définition des jours de congé diffère notablement de celle proposée par l'OFS dans la feuille d'information 04-MS-2004 parue en janvier 2004. La définition de l'OFS ne convient pas pour la facturation. Cette définition diffère également de celle qui a été utilisée lors du calcul des cost-weights (les données à disposition ne permettant pas de l'appliquer).

¹⁵ Relevons que les hospitalisations survenant durant une grossesse suivies d'une hospitalisation pour accouchement ne sont pas considérées comme une prise en charge de la même affection; dès lors, elles font l'objet de séjours distincts.

¹⁶ Le nombre de jours civils dont il est ici question se calcule en soustrayant la date de sortie de la date de réadmission. Par exemple, on considère qu'un patient est réadmis le 2^{ème} jour civil après sa sortie s'il quitte l'hôpital un 4 mars et est ensuite réadmis le 6 mars de la même année.

¹⁷ La SVK est la Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie (Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer). Pour de plus amples informations, voir www.svk.org.

¹⁸ Voir le rapport sur les cost-weights version 5.1.

2. L'assureur ayant garanti le séjour établit une facture *prorata temporis* à l'intention du nouvel assureur.
3. Les mêmes dispositions s'appliquent pour une hospitalisation en cours au 30 juin.

2.2 Hospitalisations particulières ou hors du périmètre d'utilisation des APDRG

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

Règle

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

Commentaire

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

2.2.2 Réadaptation

Règle

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

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

Commentaire

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

2.2.3 Soins palliatifs

Règle

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

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

Commentaire

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

2.2.4 Hébergement médico-social et attente de placement

Règle

Hébergement médico-social au sein d'un hôpital de soins aigus

Les hôpitaux disposant de divisions d'hébergement médico-social doivent les distinguer des unités de soins aigus. Les séjours dans ces divisions (en principe reconnues comme telles par la planification cantonale¹⁹) ne sont pas remboursés par APDRG.

Attente de placement dans un hôpital ou unité de soins aigus

Si, dans un hôpital ou une unité de soins aigus, un patient est en attente de transfert dans un établissement médico-social, à domicile ou dans une autre institution, l'hôpital procède à une sortie administrative du patient et facture les journées d'attente selon les conventions tarifaires s'appliquant aux attentes de placement.

Commentaire

Les hospitalisations prolongées en raison d'une attente de placement ne peuvent pas être considérées comme "outliers". Les assureurs peuvent prévoir des procédures de contrôle dans les hôpitaux pour garantir le respect de cette règle.

2.3 Règles de facturation particulières

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

- modification de la cause d'hospitalisation au cours d'un même séjour;
- réhospitalisation;
- séjour sur deux exercices comptables;
- prestations externes fournies par un autre fournisseur (hôpital ou autre) pendant une hospitalisation;
- transfert dès le deuxième jour dans un autre hôpital;
- urgences;
- nouveau-nés sains.

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

Règle

Quelle que soit la modification de la cause d'hospitalisation pendant un séjour hospitalier, l'hôpital n'établit qu'une facture, avec un seul APDRG²⁰. Les seules exceptions à cette règle sont les hospitalisations dans un service de néonatalogie ou de pédiatrie dont la durée est d'au moins 250 jours au 31 décembre de l'année durant laquelle l'hospitalisation a débuté (voir le chapitre consacré au SPG 908 dans le rapport sur les cost-weights version 5.1).

L'hospitalisation est classée dans l'APDRG correspondant aux codes diagnostiques et d'intervention attribués selon les règles de l'OMS et de l'OFS (les questions concernant les incompatibilités entre les directives de codage et le classement effectué par le groupeur APDRG sont traitées au chapitre 2.5, page 12).

Lorsque deux assureurs sont impliqués dans l'hospitalisation d'un patient, l'art. 64 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) définit

¹⁹ L'article 39 de la LAMal fait cette distinction.

²⁰ Une seule facture est également établie s'il est initialement prévu que l'assurance prenant en charge l'hospitalisation est l'assurance-accidents et finalement convenu que c'est l'assurance militaire (ou vice versa).

l'ordre du devoir de paiement²¹. Demeurent réservées les dispositions particulières des lois spéciales²².

2.3.2 Réhospitalisation

Règle

Toute réhospitalisation plus de 24 heures après la sortie du patient est considérée comme un nouveau cas²³, quel que soit le nombre de jours entre l'hospitalisation et la réhospitalisation, que la réhospitalisation ait lieu dans le même hôpital ou dans un autre hôpital.

En cas de congé administratif (c'est à dire un congé tel qu'il est défini au point 2.1.5) cette règle ne s'applique pas. Dans ce cas, il s'agit d'une seule et unique hospitalisation entrecoupée d'une ou plusieurs journées de congé administratif (voir à ce sujet les règles figurant au point 2.1.5).

Il est recommandé que des procédures de contrôle et de suivi soient introduites pour vérifier que les réhospitalisations soient appropriées et que les dispositions concernant ces procédures figurent dans les conventions établies entre assureurs et hôpitaux.

Commentaire

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

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

2.3.3 Séjour sur deux exercices comptables

Règle

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

Commentaire

Les APDRG se facturant à la sortie du patient, il n'est pas possible de clore au 31 décembre la facturation de toutes les hospitalisations²⁴ (comme cela peut se faire si la facturation est à la journée).

2.3.4 Prestations fournies en ambulatoire par un autre fournisseur (hôpital ou autre) pendant une hospitalisation

Règle

Le fournisseur externe facture selon le tarif en vigueur pour lui ses prestations ambulatoires à l'hôpital dans lequel séjourne le patient. L'hôpital intègre cette facture dans son dossier patient. Il s'agit d'une prestation déléguée à un tiers.

²¹ http://www.admin.ch/ch/f/rs/c830_1.html.

²² En particulier, les articles 110 OAMal et 128 OLAA.

²³ Si le retour dans le même hôpital de soins aigus a lieu moins de 24 heures après la sortie, celle-ci est annulée et le séjour précédent est prolongé.

²⁴ On peut bien entendu effectuer une valorisation provisoire à but comptable interne des cas restant le 31 décembre à l'hôpital.

Commentaire

En cas de transfert dans un autre hôpital pour une intervention répondant aux critères de l'hospitalisation au sens de l'OCP, c'est la règle du point 2.3.5 ci-après qui s'applique.

2.3.5 Transfert dès le deuxième jour dans un autre hôpital de soins aigus somatiques

2.3.5.1 Transfert sans retour dans l'établissement d'origine

Règle

Si un patient est transféré vers un autre hôpital de soins aigus somatiques et qu'il n'est pas réadmis dans l'hôpital d'origine avant le 8^{ème} jour civil²⁵ qui suit ce transfert, chaque hôpital facture l'APDRG correspondant au traitement dispensé.

La facturation du séjour dans l'hôpital d'où le patient est transféré peut s'effectuer au plus tôt le 8^{ème} jour civil après le départ du patient.

Il est recommandé de prévoir dans les conventions tarifaires des dispositions visant à prévenir les abus.

Dans des cas particuliers, par exemple d'hôpitaux travaillant en réseau, d'autres dispositions peuvent être prises. Elles sont alors inscrites dans les conventions tarifaires.

Commentaire

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

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

2.3.5.2 Transfert avec retour dans l'établissement d'origine

Règle

Si un patient est transféré vers un autre hôpital de soins aigus somatiques pour une durée inférieure à 24 heures avec passage de la nuit ou pour une durée supérieure à 24 heures et inférieure à 8 jours²⁶ civils, l'hôpital d'origine met le patient en congé administratif pour la période allant du moment où le transfert a eu lieu jusqu'au moment de son retour (si ce retour est inattendu, le congé administratif sera établi rétroactivement - voir à ce sujet les règles figurant au point 2.1.5).

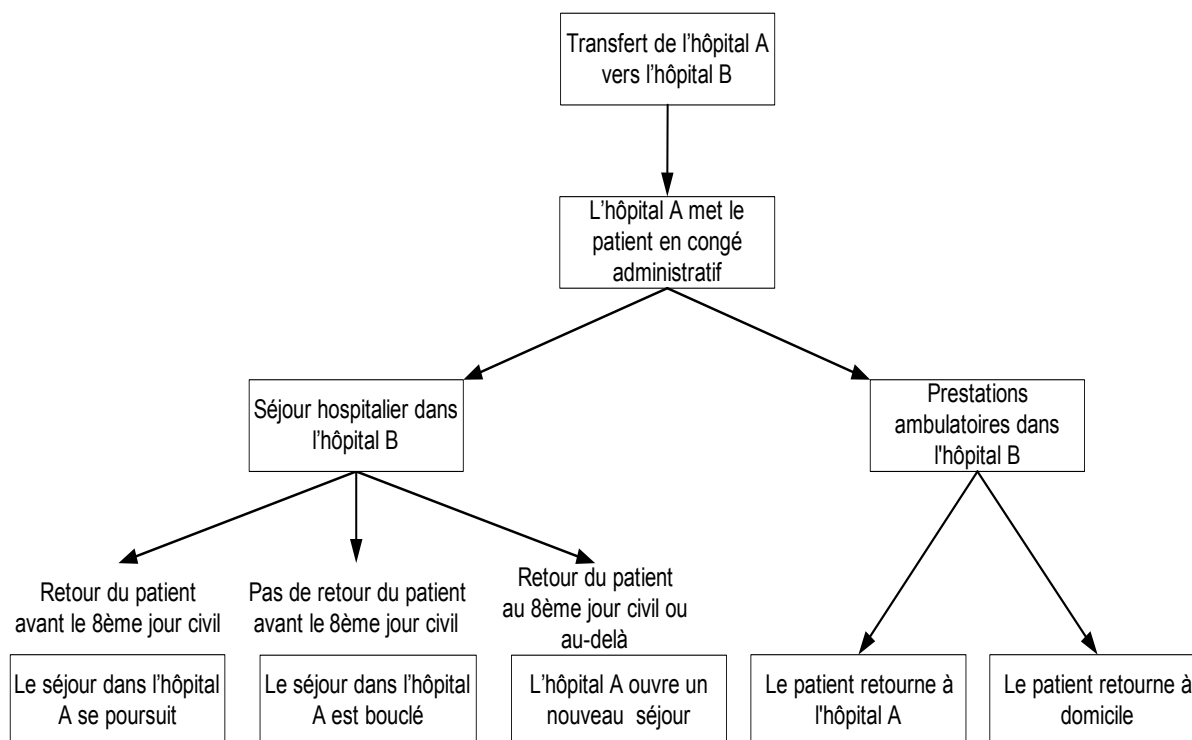
Commentaire

En cas d'hospitalisation continue se déroulant dans différents établissements de soins aigus il n'y a ainsi qu'une facture par établissement. Chaque hôpital facture son séjour à l'assureur sur la base du tarif en vigueur pour lui.

²⁵ Le nombre de jours civils dont il est ici question se calcule en soustrayant la date de sortie de la date de réadmission. Par exemple, on considère qu'un patient est réadmis le 2^{ème} jour civil après sa sortie s'il quitte l'hôpital un 4 mars et est ensuite réadmis le 6 mars de la même année.

²⁶ Par exemple, si un patient est transféré de l'hôpital A vers l'hôpital B le 10 janvier et revient dans l'hôpital A le 17 janvier, il doit être mis en congé administratif pour cette période (c'est à dire du 11 au 16 janvier, soit 6 jours pleins); s'il revient le 18 janvier ou à une date ultérieure au 18 janvier, l'hôpital bouclera et facturera le séjour terminé le 10 janvier et ouvrira alors un nouveau séjour.

Les règles figurant aux points 2.3.5.1 et 2.3.5.2 sont résumées dans le diagramme ci-dessous.



Facturation:

L'hôpital A ne fait une deuxième facture que s'il y a retour du patient dès le 8ème jour civil.

L'hôpital B fait une facture pour son séjour hospitalier.

Facturation :

L'hôpital B facture ses prestations à l'hôpital A

Facturation :

L'hôpital B facture ses prestations à l'assureur
L'hôpital A annule le congé et facture ses prestations à l'assureur

Si aucun retour du patient dans l'hôpital A n'est prévu, ce dernier boucle le séjour, mais il n'émet la facture qu'après 8 jours afin de permettre la réouverture du séjour si un retour du patient survenait de manière inattendue durant ce délai.

Que le retour du patient soit prévu ou inattendu, s'il a lieu avant le 8^{ème} jour civil qui suit le transfert, une seule facture est établie par l'hôpital A (un seul séjour).

Que le retour du patient soit prévu ou inattendu, s'il a lieu le 8^{ème} jour civil après le transfert ou à une date ultérieure, deux factures sont établies par l'hôpital A (deux séjours).

2.3.6 Urgences

Règle

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

Commentaire

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

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

2.3.7 Nouveau-nés sains

Règle

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

Les nouveau-nés sains²⁷ sont ceux dont l'hospitalisation est classée dans l'APDRG 620 (nouveau-né 2,0-2,49 kg sans intervention significative, avec statut normal) ou 629 (nouveau-né > 2,5 kg sans intervention significative, diagnostic normal). Ils sont à la charge de l'assurance de la mère dans la mesure où la naissance a eu lieu durant l'hospitalisation.

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

Commentaire

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

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

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

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

2.4 Swiss Payment Groups (SPG)

Pour tenir compte de quelques particularités de la facturation hospitalière en Suisse, des groupes spéciaux dénommés "Swiss Payment Groups" (SPG) ont été créés. Les libellés et les descriptions - avec les indications spécifiques des codes diagnostiques et d'intervention concernés - figurent dans l'annexe A du rapport sur les cost-weights version 5.1.

²⁷ Il s'agit de nouveau-nés considérés comme sains sous l'angle administratif. Une hospitalisation peut être classée dans l'APDRG 620 ou 629 même si le nouveau-né présente des affections qui conduiraient les médecins (ou une partie d'entre eux) à ne plus considérer le nouveau-né comme véritablement sain (la limite entre le normal et le pathologique varie selon les points de vue). Dans tous les cas, seul le classement dans l'APDRG 620 ou 629 fait foi pour déterminer le payeur de la facture et considérer le cas comme nouveau-né sain.

Comme le classement dans un SPG n'est pas opéré par le groupeur APDRG, il faut disposer d'un outil complémentaire fonctionnant selon les spécifications figurant dans l'annexe A du rapport sur les cost-weights version 5.1. Un tel outil est mis gratuitement à disposition des membres d'APDRG Suisse. Dénommé MedGroup, il peut être téléchargé gratuitement à partir du site www.apdrgsuisse.ch (le lien permettant le téléchargement se trouve sur une des pages dont l'accès est réservé aux membres).

2.5 Autres règles

2.5.1 APDRG non facturables et APDRG "forcés"

Règle

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

Si une hospitalisation est initialement classée dans un des APDRG mentionnés ci-dessus, elle doit être reclassée avant facturation dans un autre APDRG. Si le classement dans un APDRG non facturable résulte d'un codage déficient, ce dernier doit être revu et corrigé. Si malgré un codage irréprochable le classement dans un APDRG facturable n'est pas possible en appliquant les procédures de groupage habituelles, l'hôpital choisit l'APDRG correspondant au séjour hospitalier en fonction des règles du Definitions Manual²⁸. Il indique alors dans la facture que l'APDRG facturé n'est pas celui qui ressort logiquement de la procédure de groupage, mais qu'il a été déterminé manuellement par l'établissement ("APDRG forcé" ou "APDRG attribué manuellement"). L'hôpital a l'obligation de documenter chaque cas établi manuellement, de manière à pouvoir rendre des comptes aux assureurs à ce sujet.

APDRG Suisse et l'OFS ont établi conjointement une directive stipulant les conditions dans lesquelles une hospitalisation peut être reclassée dans un APDRG différent de celui qui est déterminé par le groupeur. Cette directive doit être impérativement respectée²⁹.

Le SPG 907 est considéré comme facturable, mais le montant de la facture s'élevant à CHF 0, aucune facture n'est transmise aux payeurs.

Commentaire

Les hospitalisations dont l'APDRG doit être déterminé manuellement sont rares; le comité de projet a donc émis la règle ci-dessus (2.5.1) afin que toute hospitalisation soit clairement facturable. En outre, toutes les mesures possibles sont prises pour réduire le nombre d'hospitalisations classées dans des APDRG non facturables malgré un codage correct.

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

²⁸ Le Definitions Manual des APDRG est un document en anglais de 1'408 pages décrivant de manière détaillée tous les APDRG (voir www.apdrgsuisse.ch). Un examen approfondi de ce document permet de comprendre les règles selon lesquelles les codes diagnostics et d'intervention sont pris en considération pour classer les hospitalisations en APDRG. Le classement dans un APDRG non facturable malgré un codage correct peut notamment survenir quand aucun des MDC associés aux codes d'intervention n'est un MDC associé au code diagnostique principal. Dans ce cas une bonne connaissance du Definitions Manual permet de reclasser l'hospitalisation dans l'APDRG facturable qui correspond le mieux aux diagnostics et interventions figurant dans le dossier du patient.

²⁹ Cette directive est disponible sur internet à l'adresse suivante:
<http://www.apdrgsuisse.ch/public/fr/outils-de-base.htm>

2.5.2 Incohérence de cost-weights

Règle

En cas d'incohérence de cost-weights³⁰ due à la réalisation de plusieurs interventions au cours d'une même hospitalisation, l'hospitalisation est facturée non pas selon l'APDRG attribué par le groupeur en tenant compte de toutes les interventions réalisées, mais selon l'APDRG déterminé par le groupeur en tenant compte uniquement de l'intervention la plus coûteuse.

Toutefois, les trois conditions suivantes doivent être remplies:

- aucune des interventions effectuées ne doit être une transplantation hépatique, pulmonaire, cardiaque, rénale, pancréatico-rénale ou de moelle osseuse;
- le ou les codes d'intervention qui ont été omis afin de classer l'hospitalisation dans l'APDRG facturé doivent être explicitement mentionnés dans un champ prévu à cet effet;
- tous les codes d'interventions, y compris le ou les codes d'intervention omis à des fins de facturation, doivent figurer dans l'enregistrement produit pour la statistique médicale de l'OFS.

Comme mentionné au point précédent, les conditions dans lesquelles une hospitalisation peut être reclassée dans un APDRG différent de celui qui est déterminé par le groupeur sont stipulées dans une directive établie conjointement par APDRG Suisse et l'OFS. Cette directive doit être impérativement respectée³¹.

Commentaire

Les incohérences de cost-weights résultent de divergences entre la hiérarchie de classement des interventions utilisée par le groupeur APDRG et la hiérarchie des coûts moyens des hospitalisations par APDRG. Pour pallier cet état de fait, il a été décidé d'établir des règles pour éviter que des interventions ne soient pas réalisées afin de pouvoir hospitaliser une nouvelle fois le patient concerné.

2.5.3 Remboursement des transplantations

Des cost-weights ont été calculés pour les hospitalisations classées dans les APDRG ou SPG concernant les transplantations (greffes d'organes solides et de cellules souches hématopoïétiques). Ils figurent dans la table des cost-weights mise à disposition des membres d' APDRG Suisse à l'adresse www.apdrgsuisse.ch.

En cas de transplantation la facturation pour les séjours à charge des assureurs-maladie s'effectue toutefois selon les dispositions de la Convention sur les transplantations liant les hôpitaux universitaires et la Fédération suisse pour tâches communes des assureurs maladie (SVK).

³⁰ Par incohérence de cost-weights nous entendons toute situation où le remboursement d'une hospitalisation durant laquelle plusieurs interventions ont été effectuées est inférieure à celui d'une hospitalisation identique durant laquelle une seule de ces interventions a été réalisée.

³¹ Cette directive est disponible sur internet à l'adresse suivante:
<http://www.apdrgsuisse.ch/public/fr/outils-de-base.htm>

Les APDRG et SPG concernés sont les suivants:

- o APDRG 103: Transplantation cardiaque.
- o APDRG 302: Transplantation rénale.
- o APDRG 480: Transplantation hépatique.
- o APDRG 795: Transplantation pulmonaire.
- o APDRG 803: Allogreffe de moelle osseuse [donneur géno-identique].
- o APDRG 804: Transplantation autologue de moelle osseuse [Phases a et b].
- o APDRG 805: Transplantation simultanée de rein et de pancréas.
- o SPG 904: Allogreffe de moelle osseuse [donneur non géno-identique].
- o SPG 905: Transplantation autologue de moelle osseuse [Phase a: prélèvement].
- o SPG 906: Transplantation autologue de moelle osseuse [Phase b: transplantation].

Pour les séjours à charge des assureurs fédéraux, la convention SVK ne s'applique pas: pour ces payeurs, les APDRG (ou SPG) sont facturés de manière standard selon les conventions applicables. Nous recommandons dans tous les cas d'appliquer les règles décrites ci-dessous en ce qui concerne les splits de séjours.

Cela signifie pour les séjours à charge des assureurs fédéraux la facturation de deux APDRG (ou SPG) successifs et pour les séjours à charge des assureurs-maladie d'un forfait SVK et d'un APDRG (ou SPG)³².

Le chapitre 2.5.3 décrit la procédure pour les séjours à charge de la LAMal et s'appliquent par analogie aux séjours à charge des assureurs fédéraux, la facturation du forfait SVK étant dans ce cas remplacée par la facturation d'un APDRG (ou SPG) selon les conventions applicables.

2.5.3.1 Transplantations d'organes solides

Règle

Les séjours stationnaires pour transplantations d'organes solides sont facturés par un forfait SVK en francs, que l'on facture à la place du montant issu de la valorisation de l'APDRG obtenu pour ce séjour.

Les forfaits SVK couvrent toutes les prestations fournies par l'hôpital au receveur pendant la "Phase de transplantation". La "Phase de transplantation" correspond à la période d'hospitalisation directement relative à la transplantation elle-même, période pour laquelle un séjour particulier est ouvert pour le patient.

Les séjours avec "Phase de transplantation" se répartissent en deux catégories:

1) Séjour expressément prévu pour une transplantation d'organe solide

Le patient est hospitalisé en vue d'une transplantation. Il y a dans ce cas en principe un seul séjour, facturé par le forfait SVK (qui comprend les quelques prestations en hospitalisation réalisées avant la transplantation), pour autant que la durée entre l'entrée du patient en hospitalisation et la transplantation n'excède pas 2 jours civils.

2) Séjour durant lequel une transplantation d'organe solide est décidée et effectuée

Le patient est hospitalisé pour un problème lié à son organe déficient et on décide en cours de séjour qu'une transplantation doit être réalisée sans encore en connaître la date - le patient ne pouvant pas rentrer à domicile en attendant cette transplantation soumise à la disponibilité d'un greffon adéquat.

Il y a dans ce cas en principe deux séjours distincts: dès qu'une décision de procéder à une transplantation est prise, si la durée d'hospitalisation avant la transplantation est supérieure à 2 jours civils, le séjour est splitté en 2 séjours.

³² A partir de 1er juillet 2007, tous les contrats existants de la SVK avec les fournisseurs et les producteurs sont étendus aussi à l'Institution commune LAMal.

Début et fin du séjour "Phase de transplantation" - split en 2 séjours

Le séjour "Phase de transplantation" commence dès l'admission en hospitalisation en vue de la transplantation ou dès la décision de procéder à une transplantation mais au plus tôt 2 jours civils avant la transplantation elle-même.

Si cette durée d'hospitalisation avant la transplantation dure plus de 2 jours civils, le séjour est splitté en 2 séjours (sans que le patient ne soit rentré à domicile entre les 2 séjours), facturés séparément:

- **Séjour avant la transplantation:** facturation par APDRG selon convention standard à l'assurance concernée du patient;
- **Séjour "Phase de transplantation"** à partir de et y compris le jour de la transplantation de l'organe (séjour "Phase de transplantation"): facturation du forfait SVK.

Le séjour "Phase de transplantation" dure jusqu'à la sortie du patient pour retour à domicile, pour décès ou pour transfert dans une clinique de réadaptation. Le séjour "Phase de transplantation" facturé par le forfait SVK se termine également en cas de poursuite du séjour stationnaire pour traitement d'une autre affection, dans ce cas un second séjour facturé par APDRG est ouvert par l'établissement à la suite du séjour "Phase de transplantation", même si le patient n'est pas rentré à domicile entre les 2 séjours.

2.5.3.2 Transplantations autologues de cellules souches hématopoïétiquesRègle

Les séjours stationnaires relatifs à un prélèvement ou à une transplantation autologue de cellules souches hématopoïétiques sont définis par la SVK en deux phases, correspondant chacune à un séjour distinct:

a) Phase d'exploitation (prélèvement)

La "Phase d'exploitation" de cellules souches hématopoïétiques comprend le prélèvement, le traitement, la conservation et le stockage des cellules souches. Les prestations de l'hôpital sont incluses dans le forfait, indépendamment du nombre de transplantations de cellules souches prévu et ce à partir du premier jour de traitement jusqu'au jour où ont pu être récoltées, respectivement frigorisées un nombre suffisant de cellules souches.

Les séjours pour "Phase d'exploitation" se répartissent en deux catégories:

1) Le patient est hospitalisé expressément en vue d'un prélèvement

La "phase d'exploitation" fait l'objet du SPG 905 "Transplantation autologue de moelle osseuse - phase a: prélèvement" et est facturée par un forfait SVK en francs, que l'on facture à la place du montant issu de la valorisation du SPG 905 obtenu pour ce séjour.

Il y a dans ce cas en principe un seul séjour pour autant que la durée entre l'entrée du patient en hospitalisation et le prélèvement n'excède pas 2 jours civils. Si cette durée d'hospitalisation avant le prélèvement dure plus de 2 jours civils, le séjour est splitté en 2 séjours (sans que le patient ne soit rentré à domicile entre les 2 séjours), facturés séparément comme expliqué ci-après.

2) Le patient est hospitalisé (ex.: leucémie aiguë), un prélèvement est effectué en fin de séjour

Il y a dans ce cas deux séjours distincts (on splitte le séjour en deux séjours, le premier séjour allant jusqu'au jour avant le prélèvement, le second séjour débutant à partir du jour du prélèvement y compris), considérant que la durée du séjour qui précède le prélèvement excède toujours 2 jours civils.

- Séjour qui précède le prélèvement: facturation par APDRG selon convention standard à l'assurance concernée du patient
- Séjour "Phase d'exploitation" à partir de et y compris le jour du prélèvement des cellules souches: facturation du forfait au tarif SVK

b) Phase de transplantation (implantation)

La "Phase de transplantation" de cellules souches hématopoïétiques comprend la décongélation ainsi que la mise à disposition et l'administration (implantation) des cellules souches. Les prestations de l'hôpital sont incluses dans le forfait à partir du jour de l'entrée à l'hôpital en hospitalisation pour l'administration des cellules souches, jusqu'à la sortie de l'hôpital. Ce forfait est valable pour la réalisation d'une transplantation et peut être répété en cas de transplantations multiples lors de séjours successifs.

Les règles sont identiques à celles pour la "phase d'exploitation".

Les séjours pour "Phase de transplantation" se répartissent en deux catégories:

1) Le patient est hospitalisé expressément en vue de la transplantation

Cette "Phase de transplantation" fait l'objet du SPG 906 "Transplantation autologue de moelle osseuse - phase b: transplantation" et est facturée par un forfait SVK en francs, que l'on facture à la place du montant issu de la valorisation du SPG 906 obtenu pour ce séjour.

Il y a dans ce cas en principe un seul séjour pour autant que la durée entre l'entrée du patient en hospitalisation et la transplantation n'excède pas 10 jours civils ($\leq 10j$). Si cette durée d'hospitalisation avant la transplantation dure plus de 10 jours civils ($> 10j$), le séjour est splitté en 2 séjours (sans que le patient ne soit rentré à domicile entre les 2 séjours), facturés séparément comme expliqué ci-après.

2) Le patient est hospitalisé et la transplantation a lieu en fin de séjour

Si la durée de l'hospitalisation avant la transplantation excède 10 jours civils ($> 10j$), il y a dans ce cas deux séjours distincts (on splitte le séjour en deux séjours, le premier séjour allant jusqu'au jour avant la transplantation, le second séjour débutant à partir du jour de la transplantation y compris).

- Séjour qui précède la transplantation: facturation par APDRG selon convention standard à l'assurance concernée du patient
- Séjour à partir de et y compris le jour de la transplantation des cellules souches: facturation du forfait au tarif SVK prévu pour la "Phase de transplantation" de cellules souches hématopoïétiques

Si la durée du séjour avant la transplantation n'excède pas 10 jours civils, on ne splitte pas le séjour. Ce séjour unique fait l'objet du SPG 906 "Transplantation autologue de moelle osseuse - phase b: transplantation" et est facturé par un forfait SVK en francs, que l'on facture à la place du montant issu de la valorisation du SPG 906 obtenu pour ce séjour.

2.5.3.3 Transplantations allogéniques de cellules souches hématopoïétiques

Règle

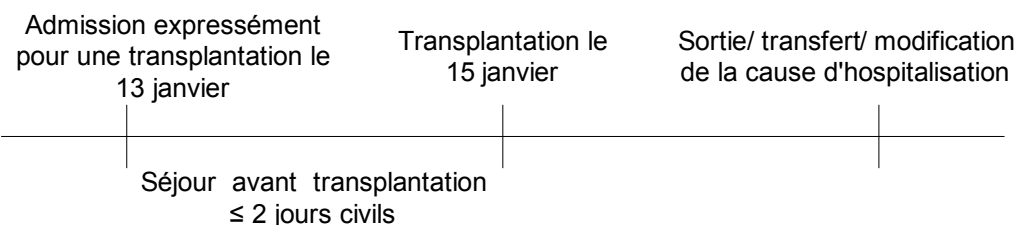
Les séjours stationnaires relatifs à une transplantation allogénique de cellules souches hématopoïétiques sont facturés selon les règles ci-devant relatives à la "Phase de transplantation", les SPG concernés étant les SPG 803 "Allogreffe de moelle osseuse (donneur géno-identique)" ou SPG 904 "Allogreffe de moelle osseuse (donneur non géno-identique)".

Les règles décrites dans les chapitres 2.5.3.1 à 2.5.3.3 ont été résumées dans les schémas suivants:

Remboursement des transplantations d'organes solides

1. Séjour expressément prévu pour une transplantation d'organe solide

a) *Durée de séjour avant transplantation d'organe solide $\leq$ 2 jours civils*

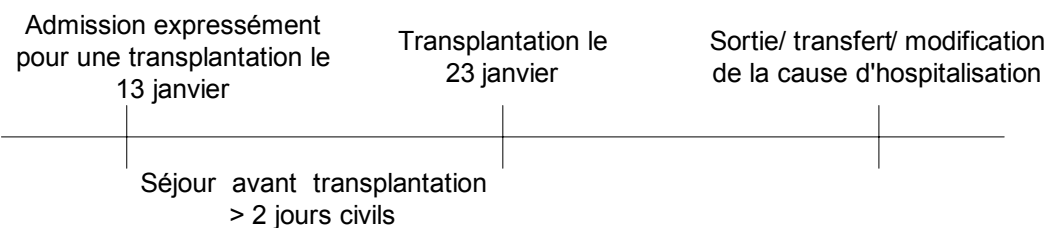


"Phase de transplantation"

1 séjour facturable

Au total, il y a 1 facture d'hospitalisation: forfait SVK

b) *Durée de séjour avant transplantation d'organe solide $>$ 2 jours civils*



"Phase de transplantation"

2 séjours facturables

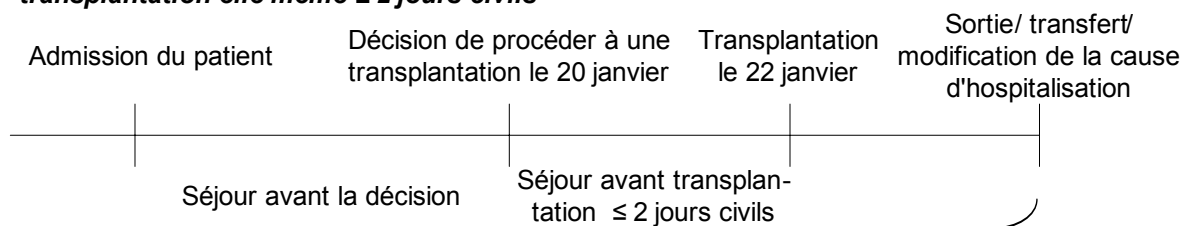
Au total, il y a 2 factures d'hospitalisation

1. Pour le séjour avant la transplantation: forfait APDRG

2. Pour la « Phase de transplantation »: forfait SVK

2. Séjour durant lequel une transplantation d'organe solide est décidée et effectuée

a) Durée de séjour entre prise de décision de procéder à une transplantation et transplantation elle-même ≤ 2 jours civils



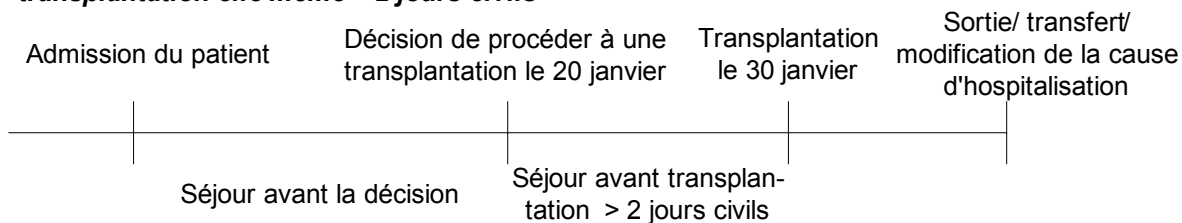
"Phase de transplantation"

2 séjours facturables

Au total il y a 2 factures d'hospitalisation

1. Pour le séjour avant la prise de décision de procéder à une transplantation: forfait AP-DRG
2. Pour la « Phase de transplantation »: forfait SVK

b) Durée de séjour entre prise de décision de procéder à une transplantation et transplantation elle-même > 2 jours civils



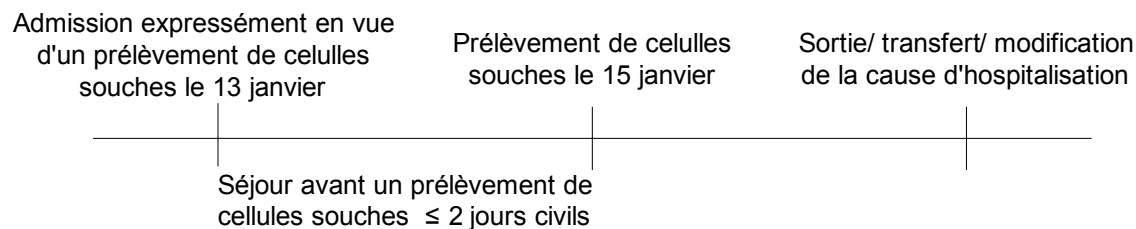
"Phase de transplantation"

2 séjours facturables

Au total il y a 2 factures d'hospitalisation

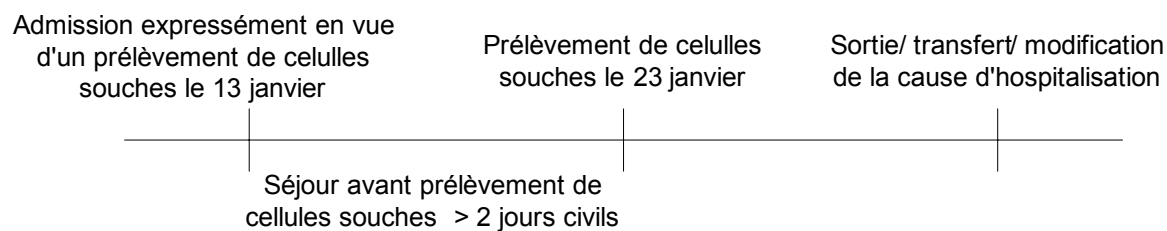
1. Pour le séjour avant la transplantation: forfait APDRG
2. Pour la « Phase de transplantation »: forfait SVK

Remboursement des transplantations autologues de cellules souches hématopoïétiques

1. Séjour expressément prévu pour un prélèvement de cellules souches hématopoïétiques autologues - « "Phase d'exploitation (prélèvement)" »**a) Durée de séjour avant "Phase d'exploitation (prélèvement)" ≤ 2 jours civils****"Phase d'exploitation"**

1 séjour facturable

Au total, il y a 1 facture d'hospitalisation - forfait SVK que l'on facture à la place du montant issu de la valorisation du SPG 905 obtenu pour ce séjour

b) Durée de séjour avant "Phase d'exploitation (prélèvement)" > 2 jours civils**"Phase d'exploitation"**

2 séjours facturables

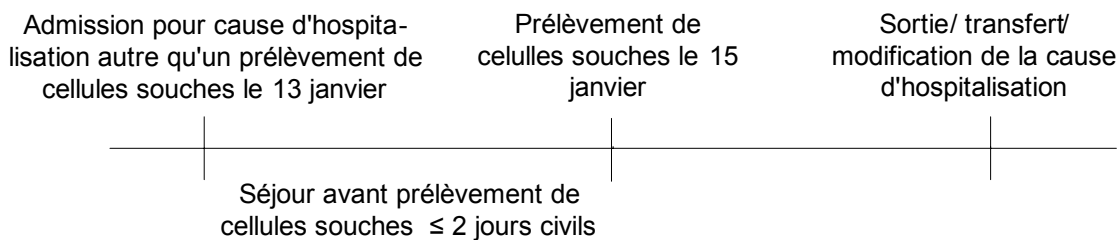
Au total, il y a 2 factures d'hospitalisation

1. Pour le séjour qui précède la « Phase d'exploitation » forfait APDRG

2. Pour la « Phase d'exploitation » forfait SVK que l'on facture à la place du montant issu de la valorisation du SPG 905 obtenu pour ce séjour

2. Le patient est hospitalisé (ex : leucémie aiguë), un prélèvement est effectué en fin de séjour - "Phase d'exploitation"

a) Durée de séjour entre admission et "Phase d'exploitation (prélèvement)" ≤ 2 jours civils

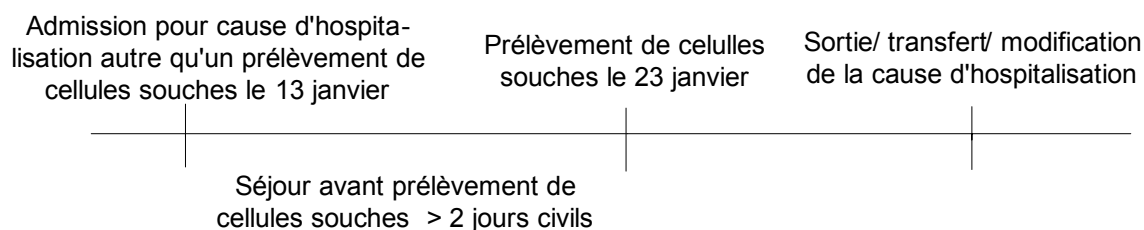


"Phase d'exploitation"

1 séjour facturable

Au total, il y a 1 facture d'hospitalisation - forfait SVK que l'on facture à la place du montant issu de la valorisation du SPG 905 obtenu pour ce séjour

b) Durée de séjour entre admission et "Phase d'exploitation (prélèvement)" > 2 jours civils



"Phase d'exploitation"

2 séjours facturables

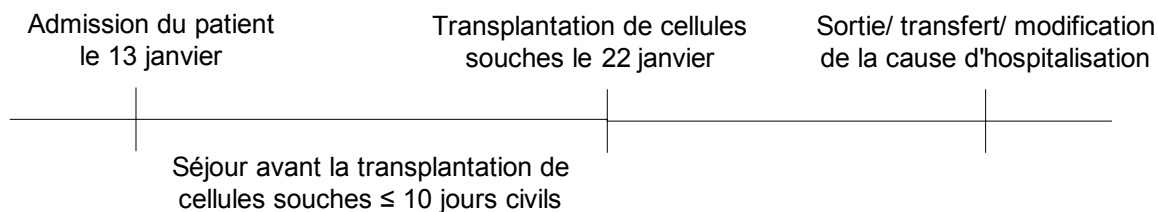
Au total, il y a 2 factures d'hospitalisation

1. Pour le séjour qui précède la « Phase d'exploitation » forfait APDRG

2. Pour la « Phase d'exploitation »: forfait SVK que l'on facture à la place du montant issu de la valorisation du SPG 905 obtenu pour ce séjour

3. Séjour expressément prévu pour une transplantation, ou le patient est hospitalisé et une transplantation est effectuée en fin de séjour - "Phase de transplantation"

a) Durée de séjour avant transplantation ≤ 10 jours civils

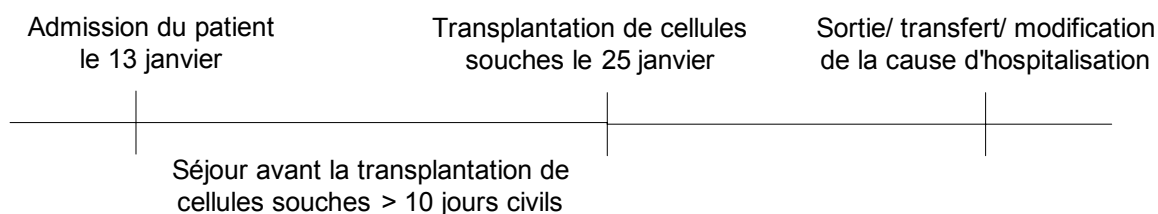


"Phase de transplantation"

1 séjour facturable

Au total, il y a 1 facture d'hospitalisation - forfait SVK que l'on facture à la place du montant issu de la valorisation du SPG 906 obtenu pour ce séjour

b) Durée de séjour avant transplantation > 10 jours civils



"Phase de transplantation"

2 séjours facturables

Au total, il y a 2 factures d'hospitalisation

1. Pour le séjour qui précède la « Phase de transplantation » forfait AP-DRG

2. Pour la « Phase de transplantation » forfait SVK que l'on facture à la place du montant issu de la valorisation du SPG 906 obtenu pour ce séjour

4. Remboursement des séjours relatifs à une transplantation allogénique de cellules souches hématopoïétiques (SPG 803 et SPG 904) : facturation selon les règles ci-dessus relatives à la "Phase de transplantation" - 3a) et 3b)

2.6 Formules de remboursement

Dans la table des cost-weights figurent trois bornes dénommées LTP, HTP1 et HTP2. Ces bornes correspondent à la durée de séjour en-deçà ou au-delà de laquelle une hospitalisation est considérée comme "inlier" ou "outlier".

Une hospitalisation est considérée comme "low outlier" si sa durée est inférieure à LTP, comme "high outlier" si sa durée est supérieure à HTP1, comme "very high outlier" si sa durée est supérieure à HTP2 et comme "inlier" dans tous les autres cas.

Hospitalisation "inlier"

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

Hospitalisation "low outlier"

Le nombre de points de remboursement d'une hospitalisation dont la durée est plus courte que la borne inférieure LTP (hospitalisation "low outlier") est inférieur à l'hospitalisation "inlier". La formule de remboursement permettant de déterminer ce nombre de points est expliquée dans le rapport sur les cost-weights version 5.1.

Hospitalisation "high outlier" et "very high outlier"

Le nombre de points de remboursement d'une hospitalisation dont la durée est plus élevée que la borne supérieure (hospitalisation "high outlier" ou "very high outlier") est supérieur à celui d'une hospitalisation "inlier". La formule permettant de déterminer ce nombre de points de remboursement est expliquée dans le rapport sur les cost-weights version 5.1.

* * * * *

Annexe

Liste des participants du groupe d'experts ad hoc

1. Albisetti Patricia, Fédération des Hôpitaux Vaudois (FHV)
2. Barthoulot Joseph, CIGES SA
3. Beffa Danilo, Ente Ospedaliero Cantonale (EOC)
4. Borst François, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)
5. Cordonier Olivier, Réseau santé Valais
6. Erb Lukas, Universitäts-Kinderspital beider Basel
7. Finazzi Bettina, EOC
8. Flückiger Victoria, Kantonsspital Schaffhausen
9. Fürst Georg, Spital Lachen
10. Gruber Jörg, LENZ Beratungen & Dienstleistungen
11. Hörter Barbara, Inselspital
12. Knuchel Beat, santésuisse
13. Kolly Pierre-André, Hôpital cantonal de Fribourg
14. Krüttli Samuel, ZMT/CTM
15. Linder Olivier, Hôpital Neuchâtelois
16. Losa Michele, Ostschweizer Kinderspital
17. Maye Véronique, Hôpitaux universitaires de Genève
18. Meister André, OFS
19. Nussbaumer Pascal, Groupe Mutuel
20. Patzen Martin, Kantonsspital Uri
21. Perez Frédéric, Hôpitaux universitaires de Genève
22. Perritaz Pierre, Hôpital cantonal de Fribourg
23. Peter Tobias, Kantonsspital Baden
24. Rueff Bernard, Philos, Groupe Mutuel
25. Ruegg Denise, ZMT/CTM
26. Schmied Urs, Kinderspital Zürich
27. Schimmann Falk, Kantonsspital Olten
28. Sicuro Anita, Kinderspital Zürich
29. Staub Ursula, Spital Interlaken
30. Stolz Renate, Hirslanden Head Office
31. Stuber Markus, santésuisse
32. Tahintzi Phédon, Hôpitaux universitaires de Genève
33. Vogel Charles, CHUV, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

34. Kossaibati Salwa, ISE
35. Rey Jean-Claude, ISE
36. Schenker Luc, Président APDRG Suisse