

CONVENTION

**relative à la prise en charge, en tiers payant, des
assurés hospitalisés en urgence dans les
Hôpitaux universitaires de Genève à partir du
territoire français**

entre

L'URCAM Rhône-Alpes et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie
(ci-après désignés L'URCAM, représentée par Monsieur DORME, agissant en qualité de directeur de L'URCAM, Rhône-Alpes et mandaté par les directeurs d'URCAM des autres régions française et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, représentée par Monsieur LEVANDO, agissant en qualité de directeur de la CPAM 74 et mandaté par la Caisse Nationale d'assurance Maladie)

d'une part

et

d'autre part

Les Hôpitaux universitaires de Genève
(ci-après désignés HUG)

Conjointement appelées les « parties signataires », il a été convenu et arrêté ce qui suit, dans le cadre de la convention :

PREAMBULE

Devant les nombreux assurés, provenant de l'aire géographique délimitée par l'arrondissement de Gex dans l'Ain et les cantons Haut-Savoyards de Thonon-les-Bains, Evian, Saint-Julien-en-Genevois, Annemasse et Douvaine, admis dans les HUG, notamment en urgence, un accord local d'admission a été conclu le 26 juin 1985, renouvelé et élargi par le protocole d'accord local du 22 juin 2000 entre ces établissements suisses et les organismes d'Assurance Maladie frontaliers de l'Ain et de la Haute-Savoie.

Or, devant la fréquence des assurés n'entrant pas dans le champ d'application du protocole précité, notamment les personnes séjournant sur ces territoires en période touristique, contraints de recevoir des soins dans les HUG, l'Assurance Maladie est régulièrement sollicitée sur ces prises en charge par les assurés, les services du Médiateur ou les Caisses des différents régimes.

Ainsi, des aménagements sont nécessaires afin d'envisager l'application d'une convention au niveau national, conforme aux exigences communautaires et à l'Accord sur la libre circulation des personnes entre la Suisse et l'Union Européenne du 21 juin 1999.

Une convention en tiers payant est conclue avec les HUG. Elle a pour vocation d'en fixer les conditions et les modalités.

Vu l'article L.332-3 du code de la sécurité sociale,

Vu le Décret n°2005-386 du 19 avril 2005 relatif à la prise en charge des soins reçus hors de France,

Vu le SROS III 2006-2010. L'annexe relative au bassin de Haute-Savoie Nord prévoit la possibilité de redéfinir précisément le rôle de recours que peuvent jouer les HUG au-delà du rôle déjà assuré dans la prise en charge des urgences ou en cas d'absence de réponse appropriée des établissements de la région,

Pour toutes les situations hors du champ de la présente convention, les dispositions issues des règlements européens telles qu'intégrées dans l'Accord sur la libre circulation des personnes entre la Suisse et l'Union Européenne du 21 juin 1999 s'appliquent.

ARTICLES

SOMMAIRE :

ARTICLE 1 : CHAMP D'APPLICATION PERSONNEL

ARTICLE 2 : CHAMP D'APPLICATION MATERIEL

ARTICLE 3 : MODALITES DE TRANSFERT DES ASSURES HOSPITALISES

ARTICLE 4 : MODALITES DE SORTIE

ARTICLE 5 : OBLIGATIONS DES HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE

ARTICLE 6 : CONDITIONS DE FACTURATION ET DE TIERS PAYANT

ARTICLE 7 : CIRCUIT DE PRISE EN CHARGE DES ASSURES

ARTICLE 8 : PRINCIPES DE FACTURATION ET DE TIERS PAYANT

ARTICLE 9 : TARIFS APPLICABLES

ARTICLE 10 : COMMISSION PARITAIRE-ARBITRAGE ET EXPERTISE

ARTICLE 11 : EVALUATION ET BILANS DU DISPOSITIF

ARTICLE 12 : DATE D'EFFET, DUREE ET RESILIATION

ARTICLE 13 : CLAUSE COMPROMISSOIRE

ANNEXES

Article premier

Champ d'application personnel

1-1 La présente convention est applicable aux seuls bénéficiaires :

- des régimes français d'Assurance Maladie du régime général, du régime agricole et du régime social des indépendants, dont le droit aux prestations en nature est ouvert auprès de leur Caisse,
- des régimes d'Assurance Maladie de l'Union Européenne (UE), de l'Espace Economique Européen (EEE) et des pays tiers avec lesquels la France a conclu une convention bilatérale de sécurité sociale dont le champ matériel couvre les soins de santé, ainsi que les droits y afférents, à la charge de leur institution de sécurité sociale compétente, conformément aux dispositions prévues par les textes applicables, lors de séjours temporaires en France. Les pays visés sont listés en ANNEXE N°1.

Article 2

Champ d'application matériel

2-1 Les bénéficiaires relevant de la présente convention sont les personnes dont l'état de santé nécessite une hospitalisation d'urgence, dans les services de soins aigus somatiques des HUG et/ou motivée par une situation qui ne pourrait trouver de réponse dans les établissements français sans mettre en jeu le pronostic vital.

2-2 Sont exclus, les soins ambulatoires et les soins programmés qui relèvent d'un accord préalable, dont notamment :

- les ré-hospitalisations,
- les soins post-opératoires,
- les séjours en service de soins sub-aigus, soins continus, soins palliatifs,
- les séjours en service de psychiatrie.

Article 3

*Modalité de transfert
des assurés hospitalisés*

3-1 La décision de transfert du territoire français vers les HUG fait l'objet d'une régulation qui incombe exclusivement :

POUR LES TRANSFERTS DE PREMIER NIVEAU ¹ :

- aux médecins coordonnateurs du SAMU 74 (secteur 11),
- aux médecins coordonnateurs du SAMU 01 (secteur 1).

POUR LES TRANSFERTS DE SECOND NIVEAU ² :

- aux médecins responsables des services d'urgences, de réanimation, de cardiologie, d'obstétrique et de pédiatrie des établissements listés en ANNEXE N°2, dans le cadre de la régulation du centre 15.

3-2 Les médecins sus-visés rédigent un Prière d'Admettre destiné aux HUG, dont le modèle est défini et joint en ANNEXE N°3.

3-3 Il appartient aux HUG de vérifier que le patient est en possession du Prière d'Admettre tel que défini par la convention.

3-4 Les patients se présentant aux HUG de leur propre initiative, sans être adressés par le système de régulation prévu à l'article 3-1, ne peuvent bénéficier des dispositions de la présente convention. (ex : admission directe, orientation par un autre médecin).

¹ Transports de premier niveau : Les transports du lieu de secours aux HUG.

² Transports de second niveau : Les transports d'un établissement de santé aux HUG.

Article 4

Modalités de sortie

4-1 Dans le cas de sortie directe du patient, les HUG lui délivrent les produits pharmaceutiques utiles aux 48 premières heures, en cas de nécessité (pharmacie fermée, sortie le week end). Une copie du compte rendu médical sera envoyée au médecin traitant.

4-2 Le médecin de l'hôpital prescrit les médicaments au patient jusqu'à ce qu'il consulte son médecin traitant.

4-3 Dans le cadre de la présente convention, pour les transferts de patients, l'établissement d'accueil ne peut pas être un autre établissement suisse, sauf accord express du Médecin Conseil de la Caisse de liaison concernée (ANNEXE N°7) ou répartition des spécialités médicales entre hôpitaux universitaires (exemple : grands brûlés traités au CHUV uniquement).

Lorsque le patient relève d'un régime d'Assurance Maladie français, le transfert ne peut s'effectuer qu'au bénéfice d'un établissement français, sauf accord express du Médecin Conseil de la Caisse de liaison concernée, exception faite des répartitions des spécialités médicales tel qu'indiqué ci-dessus.

4-4 Le mode de transport à la sortie de l'établissement doit être strictement adapté à l'état de l'assuré. Sa prise en charge, par la Caisse d'affiliation, se fera en application de la législation française de l'assurance maladie

4-5 Les rapatriements des corps n'entrent pas dans le champ de la présente convention. Ils ne sont pas à la charge des Caisses d'Assurance Maladie.

Article 5

Obligations des Hôpitaux universitaires de Genève

5-1 Les HUG ne demandent aucun dépôt de garantie aux assurés hospitalisés auxquels la présente convention s'applique.

5-2 Les HUG vérifient et justifient de l'identité des assurés, sur présentation d'une pièce d'identité, et de leur affiliation à un régime d'Assurance Maladie soit en qualité d'assuré social, soit d'ayant-droit d'assuré social.

5-3 Les HUG adressent au correspondant administratif de la Caisse de liaison compétente :

- un avis d'entrée comportant la date d'entrée, le nom du patient, les coordonnées de la personne qui l'assure ainsi que son lien de parenté (joindre si possible et selon les cas de figure une copie de la carte VITALE, une copie de la carte européenne ou l'imprimé d'ouverture de droits aux prestations délivré dans le cadre des conventions bilatérales),
- le Prière d'Admettre.

En retour, et après vérification d'une part des conditions d'ouverture de droit, d'autre part du respect du champ d'application de la présente convention, la Caisse de liaison délivre aux HUG un accord de prise en charge (modèle joint en ANNEXE N°4) pour une durée ne pouvant excéder 20 jours.

5-4 Une information conforme au contenu de la présente convention est remise par les HUG au patient ou à sa famille lors de l'admission selon modèle joint à l'ANNEXE N°5.

5-5 Pour tout séjour pouvant excéder 20 jours, l'avis du Médecin Conseil de la Caisse de liaison compétente doit préalablement être sollicité par l'envoi d'un certificat comportant obligatoirement les motivations médicales.

5-6 Pour chaque assuré admis, les HUG doivent tenir à jour un dossier médical individuel, comportant tous renseignements relatifs à l'identité du patient, son lieu de résidence, le motif médical d'admission, le diagnostic, le traitement, les examens complémentaires, la date des interventions, le mode de sortie et la destination, ainsi que le compte rendu d'hospitalisation.

5-7 Les HUG s'engagent à communiquer, dans les meilleurs délais, toute information sollicitée par le Médecin Conseil du service médical de la Caisse de liaison concernée, sur sa demande écrite.

5-8 Les HUG établissent un bilan d'activité annuel retraçant l'activité liée à la présente convention, sur la base des numéros de factures communiqués par les Caisses signataires, et l'adressé à la commission paritaire désignée par l'article 10-1.

Article 6

Conditions de facturation et de tiers payant

6-1 La Caisse de liaison compétente vérifie la conformité de la facture avant de la transmettre pour paiement à la Caisse d'affiliation du patient.

6-2 La Caisse d'affiliation effectue le règlement directement à l'établissement, en francs suisses, suivant la procédure jointe en ANNEXE N°6.

6-3 Ne peuvent donner lieu à règlement et sont frappés de forclusion, les états de frais présentés, plus de cinq ans après la fin du séjour.

Article 7

Circuit de prise en charge des assurés

7-1 La prise en charge des patients hospitalisés aux HUG s'opère dans le cadre d'un circuit administratif et financier, s'appuyant sur la désignation d'une Caisse de liaison pour chacun des trois principaux régimes d'Assurance Maladie :

- la Caisse de Mutualité Sociale Agricole des Alpes du Nord pour le régime agricole,
- le régime social des indépendants des Alpes pour le régime des professions indépendantes,

- la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Haute-Savoie pour le régime général des travailleurs salariés et des résidents étrangers temporaires affiliés à un régime d'assurance maladie avec lequel la France est liée par convention.

Les correspondants administratifs et médicaux des trois Caisses de liaison sont désignés par une liste jointe en ANNEXE N°7.

7-2 Les Caisses dites de liaison réceptionnent les Prières d'Admettre et les demandes de prise en charge adressées par les HUG.

Elles vérifient les droits administratifs et délivrent un accord de prise en charge, selon le modèle joint en ANNEXE N°4.

Elles réceptionnent les factures adressées par les HUG et en vérifient la conformité.

Elles paient les factures relevant de leurs compétences et transmettent aux organismes d'affiliation les factures relevant de leurs assurés.

7-3 La Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Haute-Savoie joue le rôle de caisse de liaison et de caisse « d'affiliation » pour l'ensemble des affiliés à un régime d'Assurance Maladie non français, tels que désignés par l'article 1-1.

Après acquittement des sommes dues à ce titre aux HUG, la Caisse transmet au CLEISS³, selon les procédures prévues pour l'application des règlements européens 1408/71 et 574/72 ainsi que des conventions bilatérales applicables, les formulaires relatifs aux factures correspondantes, afin que soit prise en charge la compensation financière avec les organismes d'affiliation étrangers.

³ Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale

Convention relative à la prise en charge, en tiers payant, des assurés hospitalisés en urgence dans les Hôpitaux universitaires de Genève à partir du territoire français année 2008

Article 8

Principes de facturation et de tiers payant

8-1 La facturation des prestations se fait selon les règles TAR-APDRG annexées à la présente convention (ANNEXE N°8). Les tarifs applicables sont ceux facturés aux assurés confédérés.

8-2 Les HUG adressent au correspondant administratif de la Caisse de liaison concernée, la facture originale accompagnée de la copie de l'accord de prise en charge prévue à l'article 5-3.

8-3 Facturation papier : le paiement doit se faire à l'aide du bulletin de versement avec numéro de référence (BVR) type GT 826 (standard Swiss Interbank Clearing) annexé à la facture.

Article 9

Tarifs applicables

Les tarifs applicables sont ceux prévu à l'article 37 de l'Ordonnance sur l'assurance maladie (OAMal) et sont communiqués par les HUG aux caisses d'assurances signataires de la présente convention.

Article 10

Commission paritaire – arbitrage et expertise

10-1 Une commission paritaire est créée. Elle est constituée de six membres assistés, le cas échéant, de conseillers techniques :

- quatre pour les HUG,
- un pour chacune des Caisses de liaison,
- un pour l'URCAM Rhône-Alpes

10-2 La commission paritaire est co-présidée par un représentant suisse et un représentant français, désignés en son sein et renouvelés tous les deux ans.

10-3 La commission examine :

- les bilans transmis par les parties signataires,
- l'application / le fonctionnement de la présente convention,
- toutes difficultés et tous litiges relatifs à l'application de la présente convention,
- les recours déposés par les parties signataires,
- les demandes de modifications de la présente convention.

10-4 La commission se réunit à la demande d'un de ses présidents au moins une fois par an, au plus tard le 30 juin.

10-5 Le secrétariat de la commission paritaire est assuré par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Haute-Savoie. Il assure toutes les tâches administratives de l'instance (établissement des convocations, élaboration des relevés de décisions).

10-6 Les parties signataires s'engagent à s'entraider dans la résolution des cas litigieux.

Article 11

Evaluation et bilans du dispositif

11-1 La présente convention fait l'objet de bilans annuels remis, au plus tard 30 jours avant la réunion annuelle, à la commission paritaire par :

- les HUG pour le bilan d'activité dont les éléments sont précisés à l'ANNEXE N°9,
- les caisses signataires pour le bilan administratif et financier.

11-2 La présente convention doit faire l'objet d'une évaluation. Elle repose sur des indicateurs joints en ANNEXE N°10.

11-3 Les bilans et l'évaluation produits dans le cadre de la présente convention sont transmis à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation Rhône-Alpes ou à l'Agence régionale de santé Rhône-Alpes, à partir de la date de sa substitution à l'ARH Rhône-Alpes, à la diligence du secrétariat de la commission paritaire.

Article 12

*Date d'effet, durée et
résiliation*

12-1 La présente convention annule et remplace l'accord local d'admission du 26 juin 1985, le protocole d'accord local du 22 juin 2000 et ses avenants.

12-2 La convention prend effet à la date de signature par les parties du présent document.

12-3 La présente convention est établie pour une durée d'un an, renouvelable par tacite reconduction.

12-4 L'une des parties peut demander, à tout moment, la dénonciation de la convention ou sa révision par voie d'avenant, après avis de la commission paritaire.

Le processus ne sera entériné qu'au terme d'un délai de préavis de trois mois ouverts par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception à destination de chacune des parties signataires.

Les créances nées avant révision ou résiliation gardent leurs effets jusqu'à leur entier paiement.

Article 13

Clause compromissoire

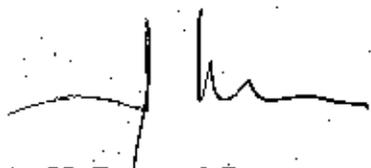
Tout litige, controverse ou réclamation nés de la présente convention ou se rapportant au présent contrat ou à une contravention au présent contrat, à sa résolution ou à sa nullité, seront tranchés par voie d'arbitrage conformément au Règlement d'arbitrage de la CNUDCI⁴ actuellement en vigueur.

Ainsi fait en trois exemplaires conformes à Genève, le

⁴ Commission des Nations Unies pour le droit commercial international

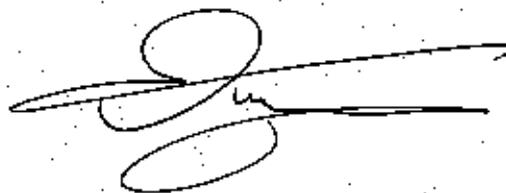
Convention relative à la prise en charge, en tiers payant, des assurés hospitalisés en urgence dans les Hôpitaux universitaires de Genève à partir du territoire français année 2009

Pour
Les Hôpitaux universitaires de Genève



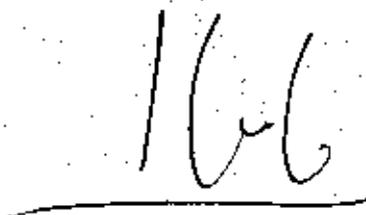
M. Bernard Gruson
Président du Comité de direction
des Hôpitaux universitaires de Genève

Pour
l'URCAM Rhône Alpes



M. Georges Dorme
Directeur

Pour
La CPAM d'Annecy



M. Jacques LEVANDO
Directeur

LISTES DES ANNEXES

- ANNEXE 1** : Liste des pays dont les assurés d'un régime local bénéficient de la présente convention (article 1-1)
- ANNEXE 2** : Liste des établissements dont les médecins désignés à l'article 3-1 peuvent réguler les transferts vers les HUG
- ANNEXE 3** : Modèle du Prière d'Admettre mentionné à l'article 3-2
- ANNEXE 4** : Modèle de l'accord de prise en charge d'une durée de 20 jours, mentionné à l'article 5-3
- ANNEXE 5** : Notice à remettre aux bénéficiaires de la présente convention (article 5-4)
- ANNEXE 6** : Procédure de règlement des factures de la Caisse d'affiliation aux HUG mentionnées à l'article 6-2
- ANNEXE 7** : Liste des correspondants des 3-Caisses d'affiliation (article 7-1)
- ANNEXE 8** : Règles TAR-APDRG
- ANNEXE 9** : Liste des éléments du bilan d'activité des HUG mentionnée à l'article 11-1
- ANNEXE 10** : Liste des indicateurs permettant d'évaluer la présente convention mentionnée à l'article 11-2
- ANNEXE 11** : Schéma récapitulatif de la procédure

ANNEXE 1**LISTE DES PAYS MEMBRES DE L'UE :**

Allemagne	Estonie	Lettonie	République tchèque
Autriche	Finlande	Lituanie	Roumanie
Belgique	France	Luxembourg	Royaume-Uni
Bulgarie	Grèce	Malte	Slovaquie
Chypre	Hongrie	Pays-Bas	Slovénie
Danemark	Irlande	Pologne	Suède
Espagne	Italie	Portugal	

LISTE DES PAYS MEMBRES DE L'ESPACE ECONOMIQUE EUROPEEN (EEE) :

Norvège
Liechtenstein
Islande

LA SUISSE :

Conformément à l'annexe I de l'accord sur la libre circulation des personnes faisant partie des sept accords conclus entre l'Union Européenne et la Suisse publié par décision du conseil et de la commission du 4 avril 2002 (JOCE n° L 114 du 30 avril 2002).

LISTE DES PAYS TIERS AVEC LESQUELS LA FRANCE A CONCLU UNE CONVENTION BILATERALE DE SECURITE SOCIALE DONT LE CHAMP MATERIEL COUVRE LES SOINS DE SANTE :

Ce tableau récapitule, les conventions bilatérales de sécurité sociale entre la France et les autres pays et les accords de coordination entre les régimes métropolitains et polynésiens et néo-calédoniens :

Algérie	Côte d'Ivoire	Mali	Polynésie Française (coordination)
Andorre	Croatie (1)	Maroc	Québec : Entente - Protocole (étudiants et coopération)
Bénin	Etats-Unis	Mauritanie	Saint-Martin
Bosnie Herzégovine	Gabon	Mayotte (coordination)	Sénégal
Cameroun	Guernesey, Aurligny, Herm, Jethou	Monaco	Serbie
Canada	Israël	Monténégro (1)	Togo
Cap-Vert	Jersey	Niger	Tunisie
Chili	Macédoine (1)	Nouvelle Calédonie (coordination)	Turquie
Congo	Madagascar	Philippines	

(Disponible sur le site de CLEISS à l'adresse suivante <http://www.cleiss.fr/docs/textes/index.html>)

¹ Ces Etats, issus d'une partition, ont déclaré reprendre pour leur compte, au moyen d'un échange de lettres, les accords conclus avec l'ex-République socialiste fédérative de Yougoslavie.

ANNEXE 2

LISTE DES ETABLISSEMENTS DONT LES MEDECINS DESIGNES A L'ARTICLE 3-1 PEUVENT REGULER LES TRANSFERTS VERS LES HUG

→ **Les établissements hospitaliers publics suivants :**

- Centre Hospitalier Intercommunal d'Annemasse-Bonneville,
- Centre Hospitalier de la Région d'Annecy,
- Hôpitaux du Léman (Thonon-les-Bains, Evian-les-Bains),
- Hôpital Intercommunal Sud-Léman-Valsérine (Saint-Julien-en-Genevois),
- Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc (Sallanches-Chamonix).

→ **Les établissements hospitaliers privés suivants :**

- Clinique Lamartine à Thonon-les-Bains,
- Clinique de l'Espérance à Cluses,
- Polyclinique de Savoie à Annemasse.

ANNEXE 3

MODELE DU PRIERE D'ADMETTRE MENTIONNE A L'ARTICLE 3-2

Contenu du Prière d'Admettre mentionné à l'article 3-2

- ✓ Le S.A.M.U a établi un imprimé de liaison qui n'a pas lieu d'être remis en cause
- ✓ Les établissements hospitaliers concernés par la "Convention" établissent également un document qui n'a pas lieu d'être remis en cause

*** Le Prière d'Admettre devra obligatoirement préciser :**

- ✓ Nom et prénom de l'assuré (e), nom de jeune fille
- ✓ Numéro de sécurité sociale
- ✓ Adresse
- ✓ Nom et adresse de l'organisme d'affiliation
- ✓ Nom et prénom du malade
- ✓ Date de naissance du malade

ANNEXE 4

**MODELE DE L'ACCORD DE PRISE EN CHARGE MENTIONNE A
L'ARTICLE 5-3**

Prière d'Admettre établi le :

Par :

Nom et prénom de l'assuré (e) :

Nom de jeune fille :

Numéro sécurité sociale :

Adresse :

Affilié(e) à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de :

Nom et prénom du malade :

Date de naissance :

Réponse CPAM :

Accord de prise en charge :

du.....

au.....

Refus au motif :.....

Annexé le :

Signature :

Cachet :

ANNEXE 5

NOTICE A REMETTRE AUX BENEFICIAIRES DE LA PRESENTE CONVENTION **(ARTICLE 5-4)**

Afin de prendre, au mieux, en charge la situation d'urgence médicale dans laquelle vous vous trouviez, sans compromettre votre état sanitaire, vous avez été orienté vers les Hôpitaux universitaires de Genève.

Dans les conditions déterminées par convention entre les Hôpitaux universitaires de Genève et les régimes d'assurance maladie français, vous bénéficiez d'une prise en charge de votre hospitalisation en tiers payant, en tant que ressortissant d'un régime d'Assurance Maladie français, de l'Union Européenne ou d'un pays tiers avec lesquels la France a conclu une convention bilatérale de Sécurité Sociale.

De fait, bénéficient de cet accord de prise en charge hospitalière, uniquement les personnes nécessitant une hospitalisation d'urgence, dans les services de soins aigus somatiques, orienté vers les Hôpitaux universitaires de Genève, par les autorités françaises chargées de la régulation des urgences⁶.

Ainsi, la prise en charge en tiers payant ne concerne pas les soins qui ne relèvent pas et ne découlent pas de la situation d'urgence, comme les soins ambulatoires et les soins programmés qui relèvent d'un accord préalable, dont notamment :

- les ré-hospitalisations,
- les soins post-opératoires les frais relatifs aux examens de contrôle et de traitements complémentaires après la sortie,
- les séjours en service de rééducation.

Nous attirons votre attention sur le fait que lors de votre sortie d'hospitalisation :

- Si vous êtes ressortissant de l'Union Européenne ou d'un pays tiers avec lesquels la France a conclu une convention bilatérale de Sécurité Sociale et que vous devez être transféré dans un autre établissement, l'établissement d'accueil ne pourra pas être un autre établissement suisse, sauf accord express d'un Médecin Conseil de l'Assurance Maladie.

Si vous êtes bénéficiaire d'un régime d'assurance maladie français, le transfert ne peut s'effectuer qu'au bénéfice d'un établissement français, sauf accord express d'un Médecin Conseil de l'Assurance Maladie.

- Le mode de transport à la sortie d'hospitalisation doit être strictement adapté à votre état et la prise en charge jusqu'à votre domicile en France ou à l'étranger se fera déduction faite des frais de transport initialement prévus pour le séjour temporaire (chemin de fer, véhicule personnel, avion de ligne régulière).

Il ne peut y avoir de remboursement, dans le cas où vous sortez complètement rétabli de l'établissement et que vous êtes en mesure de regagner votre domicile habituel par le mode de transport et dans les conditions initialement prévues.

⁶ par ladite convention

ANNEXE 6

PROCEDURE DE REGLEMENT DES FACTURES DE LA CAISSE D'AFFILIATION AUX HUG **(article 6-2)**

1.- Envoi de la facture par les HUG à la caisse de liaison compétente :

Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Haute-Savoie
Service Relations Internationales,
2 rue Robert Schuman,
74984 ANNECY cedex 9

2.- Rôle de la Caisse de liaison compétente

- ✓ Elle vérifie
 - la conformité de la facture
 - le respect de la convention
 - la tarification conforme.
- ✓ Elle transmet le dossier à la caisse d'affiliation de l'assuré et en conserve un double.

3.- Rôle du service "Comptabilité" de la caisse d'affiliation

- ✓ Etablit un tableau (excel) de suivi des dépenses engagées au titre de la "Convention" qui sera transmis en fin d'année à la caisse de liaison.
- ✓ Effectue le paiement en francs suisses (CHF) et comptabilise forfaitairement la dépense.
- ✓ Fait régulariser, au retour de l'extrait de compte (la dépense apparaît en euros), le paiement par le service compétent qui établit un décompte sans règlement.

ANNEXE 7

LISTE DES CORRESPONDANTS DES TROIS CAISSES D'AFFILIATION (ARTICLE 7-1)

ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE	CORRESPONDANTS ADMINISTRATIFS	CORRESPONDANTS MEDICAUX MEDECINS CONSEILS
Régime général	Brigitte NANCHE Amandine SIMON 04.50.88.68.05 Rue Robert Schuman 74984 ANNECY Cédex9 brigitte.nanche@cpam-annecy.cnamts amandine.simon@cpam-annecy.cnamts.fr	Docteur VINCENT ou VERMOREL Service Médical 74984 ANNECY Cédex9 Dominique CHAZAUD Service Médical 74984 ANNECY Cédex 9 dominique.chazaud@elsm-annecy.cnamts.fr
Régime agricole	Odile BASSO - Site Annecy – 04 50 88 16 84 – 106 rue Juiverie – 73 016 Chambéry Cedex – basso.odile@alpesdunord.msa.fr	Patricia MOGILANY – Contrôle Médical Site Chambéry – 04 79 62 67 09 – 106 rue Julverie 73 016 Chambéry Cedex – mogilany.patricia@alpesdunord.msa.fr
Régime social des indépendants	Valérie BRUGUIERE Service santé BP 500000 38277 Eybens cedex valerie.bruquiere@alpes.le-rsi.fr	Docteur Soyant OK Medecin conseil BP 500 000 38277 EYBENS Cedex soyant.ok@alpes.le-rsi.fr

ANNEXE 8

REGLES TAR-APDRG

TAR-APDRG 2009

Principes et règles d'utilisation de la version
6.0 des cost-weights et des SPG
pour la facturation aux assureurs, ainsi
que le financement par les cantons de leur
part hospitalière, la planification, etc.

Décembre 2008

ISSN 1660-6752

Edition du 15.12.08 (V03)

© APDRG Suisse

Le manuel de tarification TAR-APDRG 2009 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)

APDRG Suisse

c/o ISE, Chemin du Croset 7 CH - 1024 Ecublens (Suisse)
Tél: +41 21 641 05 80 Fax: +41 21 641 05 81
Web: www.isesuisse.ch E-mail: info@isesuisse.ch

Table des matières

Préface.....	1
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
<i>Annexe</i>	<i>23</i>
Facturation par DRG en 2009	23

Préface

La version 6.0 des cost-weights, utilisée dans quelques cantons dès le 01.01.2008 pour diverses applications, telles que le financement par les cantons de leur part hospitalière, la planification, les analyses statistiques, est entrée en vigueur pour le financement par les assureurs au 01.01.09.

De nombreuses modifications relatives aux classifications ont été introduites par l'OFS dans le courant de l'année 2008, en particulier pour permettre l'avancement du projet SwissDRG. Vu les délais très courts, les exigences ont été assouplies en ce qui concerne la mise en œuvre par les établissements. Il en est ressorti une certaine confusion pour la facturation, ce qui a conduit le comité d'APDRG Suisse à produire un document de synthèse intitulé « Facturation par DRG en 2009 », annexé au présent rapport et téléchargeable sur le site APDRG Suisse¹.

TAR-APDRG 2009 n'est que peu modifié par rapport à l'édition 2008. Les modifications consistent principalement en une mise à jour de TAR-APDRG 2008, version 6.0. Pour mémoire, cette version avait clarifié un certain nombre de situations litigieuses, principalement sur les questions des congés, des transferts et des transplantations. Dans ce dernier cas, des clarifications avaient été apportées en particulier en ce qui concerne la complémentarité avec les cas pris en charge par la SVK².

Le comité APDRG Suisse vous en souhaite bonne utilisation dès 2009.

Plus généralement, il se permet de vous rappeler les autres outils pour 2009:

- pour les cost-weights (CW), la version 6.0;
- pour le groupeur APDRG, la version 1.9;
- pour les SPG³, les spécifications 6.0-1.9-11.

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 2009.



Luc Schenker, Président APDRG Suisse

¹ http://www.apdrgsuisse.ch/privé/fr/version_2009.htm

² Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer. Voir aussi note Erreur ! Source du renvoi introuvable.

³ Le logiciel MedGroup version 6.0-1.9-11 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 d'applications telles que le financement par les cantons de leur part hospitalière, la planification, les analyses statistiques, etc. "TAR-APDRG 2009", qui remplace "TAR-APDRG 2008", 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 hôpitaux⁴.

1.2 Méthodologie

Ce rapport est le fruit d'un travail d'experts 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 APDRG⁵ 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). Il s'agit de la CIM-10 (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^{ème} révision) et de la CHOP (Classification suisse des interventions chirurgicales. Pour les versions de ces classifications à utiliser en 2009, prière de se référer aux directives de l'OFS, ainsi qu'à l'annexe «Facturation par DRG en 2009» du présent manuel.

⁴ Une description détaillée des critères de classement par APDRG utilisés par le logiciel de groupage figure dans le Définitions Manuel (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.

⁵ 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). Dès 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. Dès 2006, l'indication de l'heure de sortie est devenue obligatoire pour tous les cas.

Les questions relatives au codage sont à adresser à l'Office fédéral de la statistique (Secrétariat de codage - 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 par l'OFS dans ses circulaires d'information.

En ce qui concerne la facturation, voir aussi le document précité en annexe.

Le codage et le classement effectué par le groupeur APDRG sont traités au chapitre 2.5.1. du présent manuel.

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)⁶.

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.

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 dit⁷, pour éviter qu'elles soient financées en tant que cas extrêmes ("outliers")⁸.

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

⁷ Voir chapitre 2.2.4 à la page 7.

⁸ Les notions d'hospitalisations "infers" et "outliers" sont définies dans le rapport sur les cost-weights version 6.0.

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 la sortie le lendemain de l'admission si un lit a été occupé durant la nuit;
- 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.

Définition de l'hospitalisation selon l'OCP

La définition de l'hospitalisation donnée dans l'article 3 de l'OCP⁹ 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 ces dispositions lors du calcul de la version 6.0 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.

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.

⁹ 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/oc/632_104.html

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^{10,11}.

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 affection¹²;
- le retour du patient a lieu avant le 8ème jour civil¹³ 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 SVK¹⁴);
- ◆ 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"¹⁵.

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

¹⁰ 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.

¹¹ 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).

¹² 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.

¹³ 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.

¹⁴ 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.

¹⁵ Voir le rapport sur les cost-weights version 6.0

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 cantonale¹⁶) 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 APDRG¹⁷. 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 6.0).

L'hospitalisation est classée dans l'APDRG correspondant aux codes diagnostiques et d'intervention attribués selon les règles de l'OMS et de l'OF8 (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 l'ordre du devoir de paiement¹⁸. Demeurent réservées les dispositions particulières¹⁹, et les lois spéciales²⁰.

¹⁶ L'article 39 de la LAMal fait cette distinction.

¹⁷ Une seule facture est également établie s'il est initialement prévu que l'assurance prenent en charge l'hospitalisation est l'assurance-accidents et finalement convenu que c'est l'assurance militaire (ou vice versa).

¹⁸ http://www.admin.ch/ch/fr/rs/c830_1.html.

2.3.2 Réhospitalisation

Règle

Toute réhospitalisation plus de 24 heures après la sortie du patient est considérée comme un nouveau cas²¹, 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 hospitalisations²² (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.

¹⁹ Voir Lettre circulaire AI n° 262 du 09 juillet 2008 concernant l'arrêt du TFA du 29 novembre 2007 sous http://www.hplus.ch/fileadmin/user_upload/Tarife___Preise/Tarife_und_Preise/Tarifpolitik/RS_262_f.pdf

²⁰ En particulier, les articles 110 OAMai et 128 OLAA.

²¹ 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.

²² 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 jour²³ 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 civil²⁴ 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 jours²⁵ 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

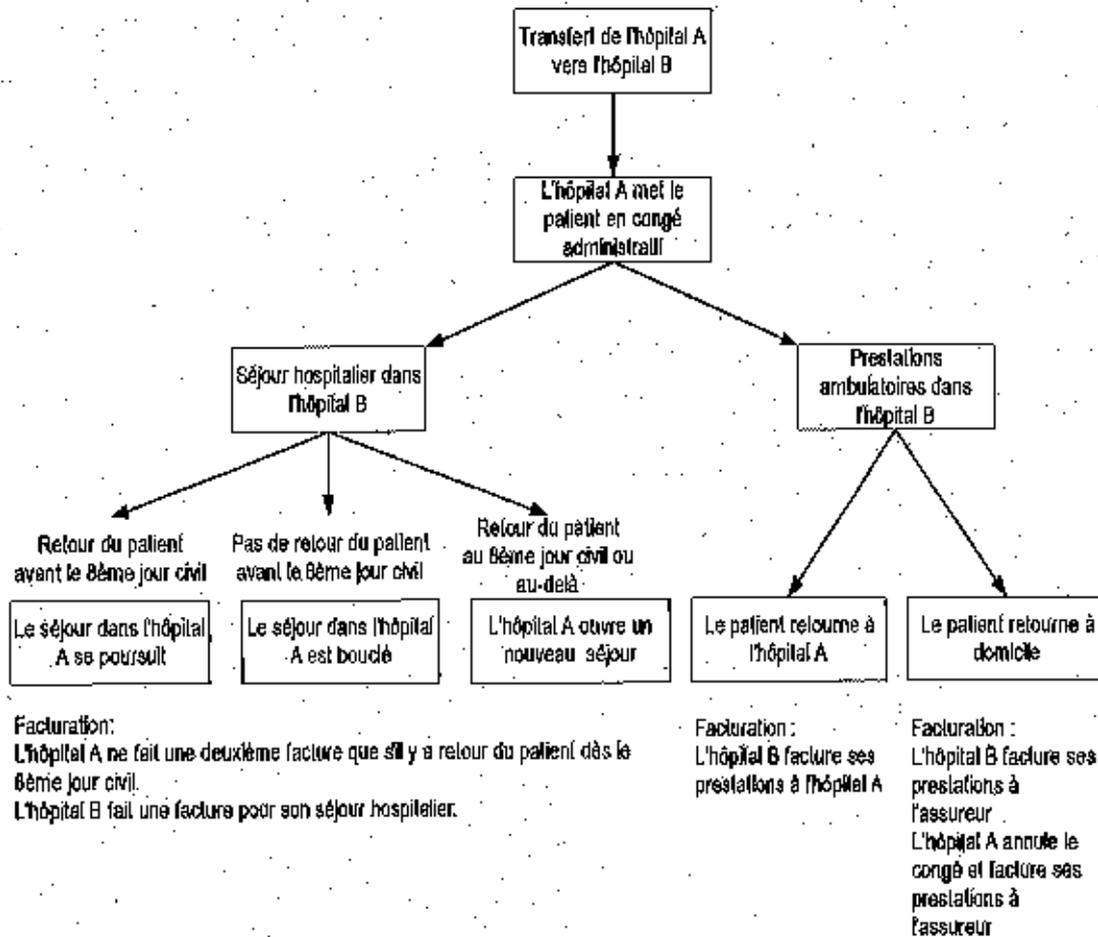
En cas d'hospitalisation continue se déroulant dans différents établissements de soins aigus il n'y a ainsi qu'une facture par établissement. Chaque hôpital facture son séjour à l'assureur sur la base du tarif en vigueur pour lui.

²³ Pour les transferts le 1^{er} jour, utiliser le DRG 801

²⁴ 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.

²⁵ 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.



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 sains²⁶ 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 6.0.

²⁶ 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 6.0. 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 Définitions Manual²⁷. 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 respectée²⁸.

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.

²⁷ Le Définitions Manual des APDRG est un document en anglais de 1'406 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 diagnostiques 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 Définitions Manual permet de reclasser l'hospitalisation dans l'APDRG facturable qui correspond le mieux aux diagnostics et interventions figurant dans le dossier du patient.

²⁸ 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-weights²⁹ 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, directive qui doit être impérativement respectée³⁰.

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).

Les APDRG et SPG concernés sont les suivants:

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

²⁹ 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.

³⁰ disponible à l'adresse suivante: <http://www.apdrgsuisse.ch/public/fr/outils-de-base.htm>

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)³¹.

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.

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;

³¹ 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.

- **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 hématopoïétiques

Règle

Les séjours stationnaires relatifs à un prélèvement ou à une transplantation autologue de cellules souches hématopoïétiques sont définis par la SVK en deux phases, correspondent 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 frigorifiées 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 splitté 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

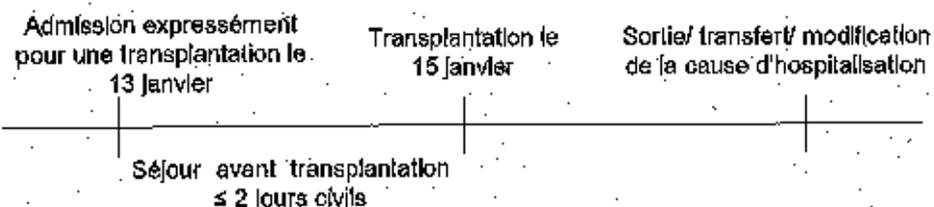
Les séjours stationnaires relatifs à une transplantation allogénique de cellules souches hématopoïétiques sont facturés selon les règles ci-dessus relatives à la "Phase de transplantation", les SPG concernés étant les SPG 803 "Allogreffe de moelle osseuse (donneur géno-identique)" ou SPG 904 "Allogreffe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

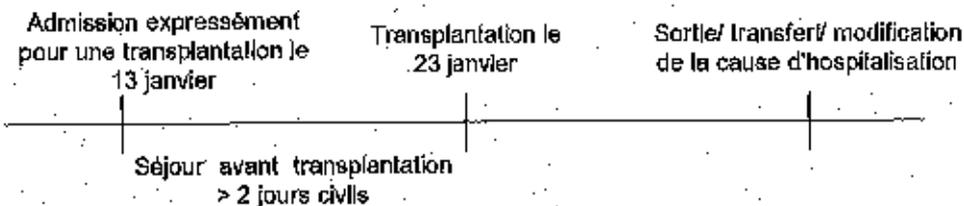
a) Durée de séjour avant transplantation d'organe solide \leq 2 jours civils



"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

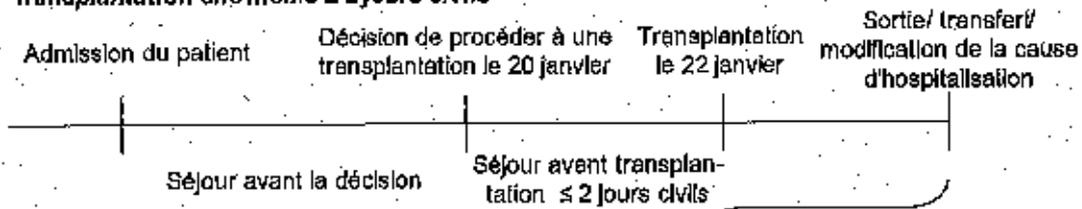


"Phase de transplantation"

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 \leq 2 jours civils



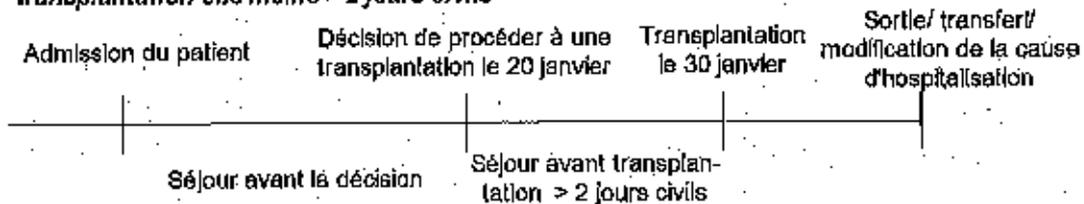
"Phase de transplantation"

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

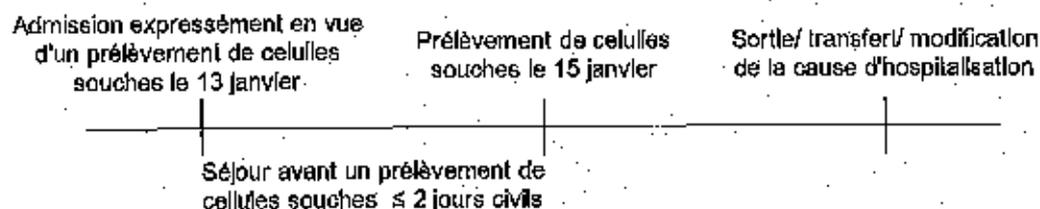
Au total il y a 2 factures d'hospitalisation

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

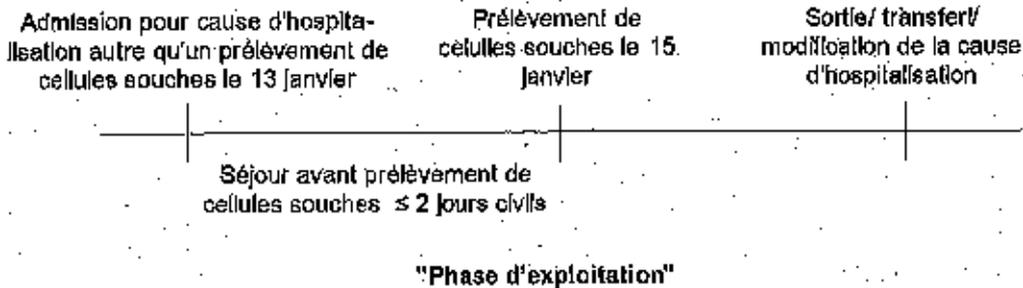
Au total, il y a 2 factures d'hospitalisation

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"

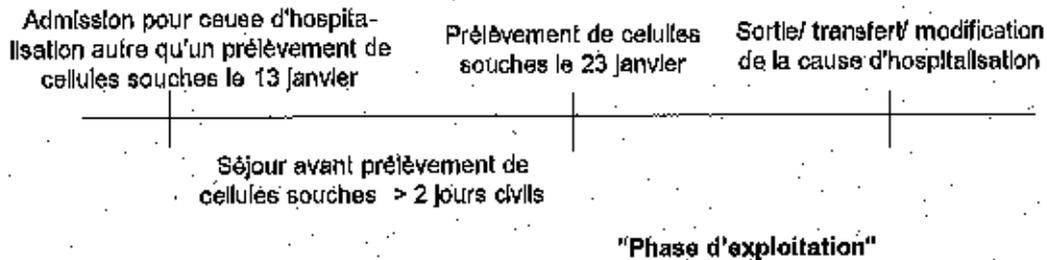
a) Durée de séjour entre admission et "Phase d'exploitation (prélèvement)" \leq 2 jours civils



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



2 séjours facturables

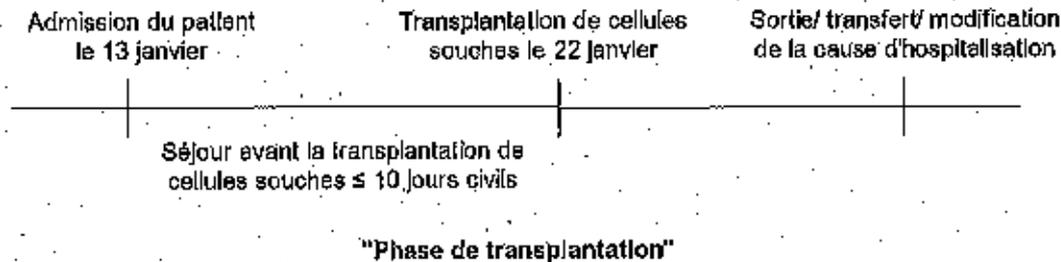
Au total, il y a 2 factures d'hospitalisation

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"

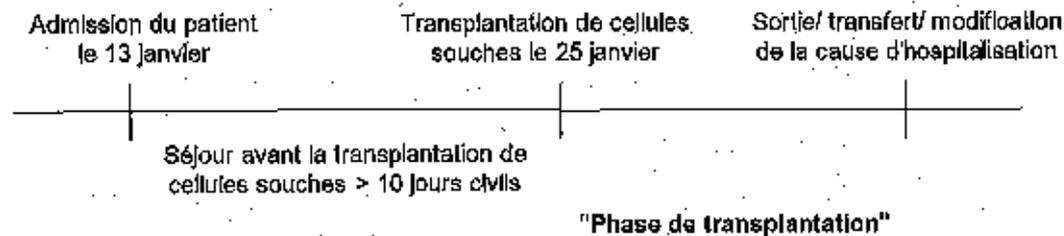
a) Durée de séjour avant transplantation ≤ 10 jours civils



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



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-devant 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 des hospitalisations « low outlier » (voir rapport sur les cost-weights version 6.0.) a été ajustée afin que le remboursement de ces dernières corresponde mieux aux coûts constatés.

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 6.0.

Pour affiner le remboursement des outliers, deux valeurs K1 et K2 ont été introduites pour chaque DRG en fonction de la distribution des outliers du DRG en question. La formule est expliquée dans le rapport sur les cost-weights version 6.0.

Annexe

Facturation par DRG en 2009

La facturation par AP-DRG à partir du 1er janvier 2009 sera affectée par plusieurs changements concernant les données récoltées pour la statistique médicale suisse. Ces changements sont les suivants:

- tant les codes diagnostiques de la CIM-10-OMS actuellement en vigueur que les ceux de la CIM-10-GM version 2008 pourront être utilisés;
- les codes d'intervention de la CHOP 11 pourront être enregistrés tant sous un nouveau format que sous le format actuel, à savoir en utilisant 6 positions (xx.xx.xx) ou en ne saisissant que les 4 premières positions (xx.xx), ignorant ainsi les deux dernières positions;
- les données pourront être livrées dans trois formats différents: le format standard actuel permettant l'enregistrement de 10 codes diagnostiques et 10 codes d'intervention, le format alternatif actuel permettant l'enregistrement de 30 codes diagnostiques et 30 codes d'intervention et un nouveau format permettant l'enregistrement de 50 codes diagnostiques et 100 codes d'intervention;
- deux règles de codage seront modifiées de manière importante: la règle relative au codage des chimiothérapies et celle relative aux ablations de matériel d'ostéosynthèse.

Il faut donc modifier le logiciel MedGroup développé par l'entreprise Freudiger EDV-Beratung et mis à disposition par l'association APDRG Suisse. Jusqu'à présent ce logiciel procédait uniquement à un traitement des données de sortie du groupeur AP-DRG de l'entreprise 3M ("post-processing") afin de classer les cas en fonction des algorithmes des SPG (Swiss Payment Groups).

Compte tenu des changements évoqués ci-dessus, la prochaine version de MedGroup comprendra un module supplémentaire de prétraitement des données ("pre-processing"). Ce module supplémentaire aura les quatre fonctions suivantes:

- une conversion des données enregistrées sous les différents formats mentionnés ci-dessus vers un seul format, à savoir celui du fichier d'entrée du groupeur AP-DRG de l'entreprise 3M (ce format est défini dans un fichier dénommé swissin2009.dlc fourni par 3M);
- une conversion des codes CIM-10-GM version 2008 en codes CIM-10-OMS au moyen d'une table de correspondance établie à partir d'un fichier fourni par l'Office fédéral de la statistique (OFS);
- une conversion des codes CHOP à 6 positions (xx.xx.xx) en codes CHOP à 4 positions (xx.xx) par suppression des deux dernières positions;
- une modification des données concernant les chimiothérapies et les ablations de matériel d'ostéosynthèse afin qu'en dépit des nouvelles règles de codage les cas concernés soient classés dans des DRG identiques à ceux dans lesquels ils le sont actuellement.

Le développement du module de prétraitement est complexe, compte tenu des multiples configurations des données qui l'alimenteront. Toutes les configurations suivantes sont possibles et autorisées par l'OFS:

- fichier constitué d'enregistrements contenant 10 codes diagnostiques CIM-10-OMS et 10 codes CHOP à 4 positions (ce type de fichier sera dénommé OMS 10-10);
- fichier constitué d'enregistrements contenant 10 codes diagnostiques CIM-10-GM et 10 codes CHOP à 4 positions (ce type de fichier sera dénommé GM 10-10);
- fichier constitué d'enregistrements contenant 30 codes diagnostiques CIM-10-OMS et 30 codes CHOP à 4 positions (ce type de fichier sera dénommé OMS 30-30);
- fichier constitué d'enregistrements contenant 30 codes diagnostiques CIM-10-GM et 30 codes CHOP à 4 positions (ce type de fichier sera dénommé GM 30-30);
- fichier constitué d'enregistrements contenant 50 codes diagnostiques CIM-10-OMS et 100 codes CHOP à 6 positions (ce type de fichier sera dénommé OMS 50-100);
- fichier constitué d'enregistrements contenant 50 codes diagnostiques CIM-10-GM et 100 codes CHOP à 6 positions (ce type de fichier sera dénommé GM 50-100).

Le module de prétraitement devra donc:

- tout d'abord détecter le format des enregistrements contenant les données;
- ensuite, le cas échéant, convertir tous les codes CIM-10-GM en codes CIM-10-OMS;
- ensuite, le cas échéant, convertir tous les codes CHOP à 6 positions en codes CHOP à 4 positions;
- puis modifier le codage des cas de chimiothérapie et d'ablation de matériel d'ostéosynthèse en effectuant une permutation entre certains codes diagnostiques principaux et certains codes diagnostiques secondaires (selon un algorithme prédéfini);
- puis créer un fichier d'entrée ("input file") dans le format correspondant au fichier swissIn2009.dic fourni par 3M et, finalement, activer le groupeur AP-DRG afin que ce dernier traite le fichier d'entrée ainsi créé.

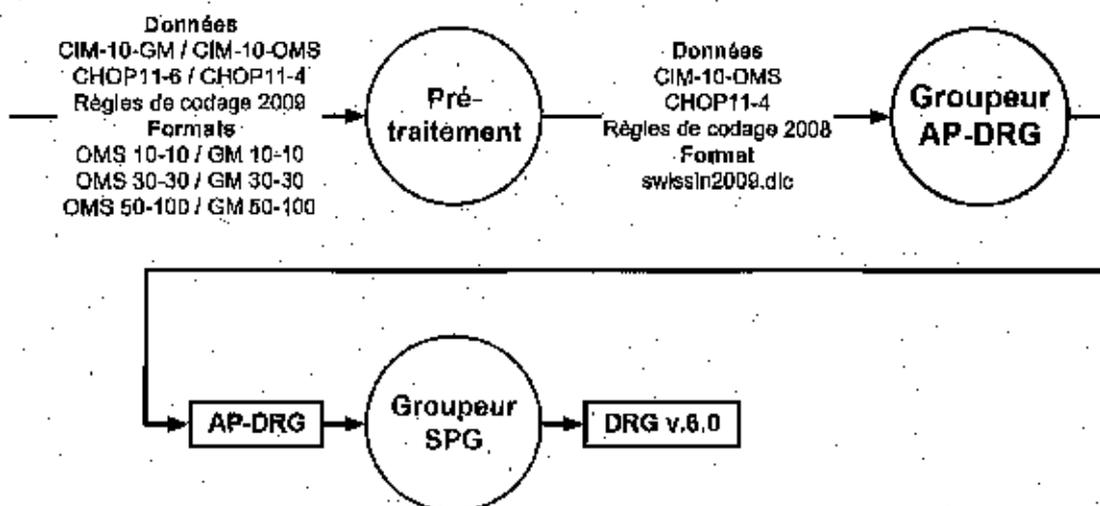
Le module de traitement des données du fichier de sortie du groupeur AP-DRG ("post-processing") fonctionnera comme à l'heure actuelle; seules quelques adaptations y seront faites afin de tenir compte, comme chaque année, des codes CHOP qui sont ajoutés à la nouvelle version ou en sont supprimés.

Comme les données seront pré-traitées par MedGroup avant d'être envoyées vers le groupeur AP-DRG, ce dernier fonctionnera de la manière suivante:

- * les données qui l'alimenteront devront être formatées exclusivement selon les spécifications du fichier swissIn2009.dic (tous les formats de fichier mentionnés ci-dessus ne seront pas reconnus par le groupeur);
- * le classement des hospitalisations sera réalisé uniquement en fonction de codes CIM-10-OMS et de codes CHOP à quatre positions (le groupeur ne tiendra pas compte des codes CIM-10-GM et des codes CHOP à 6 positions).

Les hôpitaux qui facturent par DRG et les organismes qui calculent des casemix devront donc veiller à ne pas utiliser le groupeur AP-DRG sans le coupler à MedGroup. Sinon, les hospitalisations seront classées de manière totalement erronée et les casemix auront des valeurs aberrantes.

Le graphique ci-dessous illustre la manière dont fonctionneront MedGroup et le groupeur AP-DRG:



La variété des formats et des classifications qui seront en vigueur l'an prochain augmente sensiblement le risque de classement erroné des cas par le groupeur AP-DRG et le logiciel MedGroup mis à disposition par APDRG Suisse car, compte tenu des délais et des coûts, il sera impossible de procéder d'ici à la fin de l'année 2008 à tous les tests requis pour chacune des configurations de données. Si des erreurs sont détectées après la première livraison de MedGroup, elles seront corrigées au fur et à mesure de leur découverte et des mises à jour pourront être téléchargées depuis le site Internet d'APDRG Suisse.

De surcroît, les règles de codage qui seront en vigueur l'an prochain tiennent compte uniquement des codes de la CIM-10-OMS. Elles ne seront pas adaptées à la CIM-10-GM et il en résultera vraisemblablement une baisse de la fiabilité du codage, vu qu'aucune directive ne précise la manière dont les codes spécifiques à la CIM-10-GM doivent être saisis. Les interprétations et avis divergents ne manqueront pas et il n'est pas exclu qu'un même cas soit parfois facturé de manière différente en raison de l'emploi différent de codes de la CIM-10-GM.

ANNEXE 9

LISTE DES ELEMENTS DU BILAN D'ACTIVITE DES HUG (ARTICLE 11-1)

- Total des cost-weight
- Casemix index
- Volume de facturation en francs
- Durée moyenne de séjour

ANNEXE 10

LISTE DES INDICATEURS PERMETTANT D'ÉVALUER LA PRESENTE CONVENTION
(ARTICLE 11-2)

4 champs sont pris en compte dans l'évaluation :

1. le coût global de la convention
2. le respect du champ d'application (avec un contrôle administratif et médical)
3. le respect de la tarification (avec un contrôle financier)
4. les difficultés rencontrées dans l'application (via la commission administrative)

Modalités d'évaluation

Champs	Indicateurs	Le responsable du recueil	La méthode de recueil
Coût global	Montant total remboursé par régime	Caisse d'affiliation	Recueil dans tableau excel au moment du paiement
	Nombre de patients concernés pour chaque régime	Idem	Idem
Respect du champ d'application	Nombre de refus de prise en charge pour motif administratif (personnes n'entrant pas dans le champ du dispositif)/nombre total de prise en charge	Caisse de liaison	Recueil dans tableau excel au moment de décision de prise en charge
	Nombre d'inadéquations médicales/nombre de dossiers médicaux examinés	Service médical de la caisse de liaison	Examen d'un échantillon de dossiers médicaux 1 fois par an
Respect de la tarification	Nombre de tarifications non conformes/ nombre total de tarifications	Caisse de liaison	Recueil dans tableau excel au moment de la demande de prise en charge
Les problèmes d'application	Nombre de saisines de la commission paritaire par motif	Secrétariat de la commission paritaire	Recueil dans tableau excel au fil de l'eau

ANNEXE 11

SCHEMA RECAPITULATIF DE LA PROCEDURE

