

## **Lettre-circulaire n° 227 du 2 novembre 2005**

### **APDRG (All Patient Diagnosis Related Groups)**

Les forfaits journaliers sont habituellement employés aujourd'hui comme base de décompte pour les traitements hospitaliers dans les hôpitaux de Suisse, mais ils sont progressivement remplacés par des forfaits par cas ou forfaits DRG (par groupes de diagnostic). Il est important que les offices AI se tiennent au courant de cette évolution.

Vous trouverez toutes les informations importantes sur le site du SCTM (Service central des tarifs médicaux, à Lucerne). Les informations de base sont librement accessibles sous la rubrique « Tarifs stationnaires – APDRG ». Dans le dossier « Utilisateurs du système » (accessible seulement aux personnes autorisées) figure le nom de tous les hôpitaux qui établissent déjà leurs décomptes selon le système de remboursement ADPRG. La rubrique « Service – formation/cours » contient la liste des cours proposés ainsi que des adresses où vous pourrez trouver des renseignements complémentaires. Nous vous recommandons vivement de vous informer régulièrement et de participer à des cours.

Pour les infirmités congénitales 494 ss OIC, la répartition des coûts du traitement entre l'AI et l'assurance-maladie ne sera plus aussi simple avec les forfaits DRG qu'avec les forfaits journaliers. Un autre problème s'y ajoute : selon l'art. 64 LPGA, le traitement est à la charge exclusive d'une seule assurance sociale dans la mesure où il s'agit de prestations prescrites par la loi. Pour l'instant, la totalité du forfait par cas est donc à la charge de l'AI. L'OFAS s'efforce toutefois de trouver avec santésuisse un accord qui permette de nouveau, à l'avenir, de répartir les coûts entre AI et assureur-maladie. D'ici là, nous prions par conséquent les offices AI de signaler à l'OFAS les cas de ce genre et de les noter systématiquement, afin de pouvoir rétroactivement exiger de l'assureur-maladie une participation aux coûts.

Les APDRG 602 à 630 (nouveau-nés) sont souvent à la charge de l'AI. Lors du contrôle des factures, il faut vérifier en particulier que l'hôpital a attribué les coûts au bon groupe de cas (qualité du codage). Pour ces APDRG, les éléments déterminants sont le poids de naissance et le degré de gravité qui est indiqué dans le texte (nomenclature) pour chaque APDRG. Si l'office AI estime que le décompte de l'hôpital n'est pas correct (mauvais groupe de cas DRG), il peut prendre contact directement avec le SCTM pour en discuter (M. Daniel Huber, 041 419 60 84, ou M. Samuel Krüttli, 041 419 54 38). A l'OFAS, M. Martin Gebauer (031 322 22 40) est à votre disposition pour d'autres renseignements.

Définir un « cas » ou un nouveau cas n'est pas toujours facile. La règle suivante a donc été fixée : en principe, toute personne assurée qui entre une nouvelle fois est considérée comme un nouveau cas. En revanche, si cette nouvelle entrée a lieu dans les sept jours, pour le même diagnostic principal et dans le même hôpital, elle ne constitue pas un nouveau cas. En outre, les patients de l'AI qui sortent pour des raisons sociales ou thérapeutiques et pour lesquels une nouvelle entrée est planifiée, ceci aussi après sept jours, ne constituent pas des nouveaux cas ; les journées entre la sortie et l'entrée prévue sont considérées comme des congés. Vous trouverez d'autres règles de calcul et des explications sur la définition des cas en cliquant, dans le dossier « Informations de base » du site du SCTM, sur le lien « Projet Swiss DRG ».

Le système de classification APDRG actuel devrait être remplacé dans un à deux ans par un nouveau système dénommé « Swiss DRG », mieux adapté au système de soins suisse. Le domaine AI de l'OFAS s'efforce de participer activement à la mise au point de ces nouveaux forfaits par cas. Il souhaite par exemple regrouper certaines infirmités congénitales dans des groupes particuliers de Swiss DRG. Nous encourageons les offices AI à nous communiquer leurs idées sur la façon de constituer des groupes de patients AI spécifiques, les plus homogènes possible.