

DIPLOME POSTGRADE EN ECONOMIE ET ADMINISTRATION DE LA SANTE

**HEC
Faculté de Médecine
Université de Lausanne
Département de la Santé et de l'Action Sociale
Hospices cantonaux**

MEMOIRE

PLANIFICATION HOSPITALIERE CANTONALE ORIENTEE SUR LES PRESTATIONS : APPLICATION A LA CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE POUR LE CANTON DE VAUD

par

Pascal Rubin, physicien EPFL et docteur es sciences EPFL

Directeur de mémoire

**Dr Jean-Blaise Wasserfallen, ME, MPP
Médecin associé, Direction médicale du CHUV**

**Lausanne
Octobre 2002**

REMERCIEMENTS

Je remercie vivement pour leur soutien et leur aide précieuse apportée à la réalisation de ce mémoire :

- Dr Jean-Blaise Wasserfallen, Professeur à l'IEMS et adjoint à la direction médicale du CHUV, comme directeur de mémoire,
- Dr Heinz Locher,
- Dr Hervé Guillain, Office des Finances, Hospices cantonaux,
- Mme Geneviève Stücki, responsable de la division « Planification hospitalière » au Service de la Santé Publique,
- M. Alexandre Oettli du Service cantonal de recherche et d'information statistiques,
- Prof. Pierre-François Leyvraz, chef du service d'Orthopédie et de Traumatologie de l'appareil moteur du CHUV et directeur médical de l'Hôpital Orthopédique,
- Dresse Béatrice de Roguin, chirurgien orthopédiste FMH et médecin chef à l'Hôpital de Saint-Loup,
- Mme Anouchka Micolis, assistante de direction à l'Hôpital Orthopédique, pour la correction orthographique du document.

Table des matières

Table des matières.....	5
1. Introduction.....	7
2. Paiement à la pathologie dans le secteur hospitalier.....	9
2.1 Introduction.....	9
2.2 Les DRG : un outil des gestionnaires.....	9
2.3 Les APDRG adaptés au financement hospitalier helvétique.....	10
2.4 Le système de facturation par APDRG dans le canton de Vaud.....	11
3. Planification hospitalière selon la LAMal.....	13
3.1 Le système de la LAMal.....	13
3.2 Décisions du Conseil Fédéral en matière de planification.....	13
3.2.1 Listes d'hôpitaux.....	14
3.2.2 Evaluation des besoins de la population.....	14
3.2.3 Détermination des mandats de prestations.....	15
3.2.4 Planification des divisions privées et semi-privées.....	15
3.2.5 Jurisprudence du Conseil Fédéral en matière de planification.....	15
3.3 Révision de la LAMal dans le financement des hôpitaux.....	16
3.3.1 Planification des institutions semi-hospitalières.....	17
3.3.2 Abandon de la notion de « division commune ».....	17
3.3.3 Financement des hôpitaux.....	17
4. Organisation hospitalière du canton de Vaud.....	19
4.1 Introduction.....	19
4.2 Orientation vis-à-vis des établissements publics subventionnés.....	20
4.3 Besoins en lits de soins aigus et adaptation des capacités.....	20
4.4 Liste vaudoise des hôpitaux.....	22
4.5 Perspectives sur l'organisation hospitalière cantonale.....	23
4.5.1 Perspectives générales.....	24
4.5.2 Principes d'organisation pour les hôpitaux de soins aigus.....	25
5. Planification hospitalière en fonction des prestations.....	26
5.1 Introduction.....	26
5.2 Principes d'une planification-cadre en fonction des prestations.....	27
5.2.1 Situation initiale.....	27
5.2.2 Structuration des prestations hospitalières en modules.....	27
5.2.3 Nouvelle structuration des modules de prestations.....	29
5.2.4 Régionalisation du besoin des prestations.....	29
5.2.5 Planification-cadre hospitalière.....	30
6. Organisation hospitalière pour l'orthopédie.....	31

6.1	Introduction	31
6.2	Statistiques de l'activité orthopédique du canton de Vaud	31
6.3	Principes d'une planification hospitalière pour l'orthopédie	33
6.3.1	Intégration des cliniques privées dans la planification hospitalière ..	33
6.3.2	Prise en charge des pathologies complexes	33
6.3.3	Arthroplasties : volume d'activité et résultats cliniques.....	34
6.3.4	Evolution de la demande d'arthroplasties	37
6.3.5	Coût du traitement hospitalier et volume d'activité	37
6.3.6	Prise en charge des pathologies simples	37
6.3.7	Organisation hospitalière et séjours de réadaptation	38
6.3.8	Activité orthopédique dans les cliniques privées	39
7.	Discussion	40
7.1	Système de financement hospitalier par APDRG : condition nécessaire à une planification orientée sur les prestations.....	40
7.2	Rôle du centre universitaire	41
7.3	Rôle des centres hospitaliers et des hôpitaux régionaux.....	42
7.4	Rôle des cliniques privées	42
7.5	Rôle des centres de traitement et de réadaptation	42
8.	Conclusion	43
9.	Bibliographie	45
	Annexe 1 : Activité en orthopédie des hôpitaux vaudois en 2000	47
	Annexe 2 : Statistique activité par établissement	48

1. Introduction

Face à une demande de santé potentiellement illimitée, à des surcapacités de l'offre de la structure de soins, à l'incertitude médicale et à l'asymétrie de l'information, au pouvoir discrétionnaire des producteurs de soins, aux incitations économiques souvent inflationnistes qui caractérisent ce marché, le problème de la relation entre ressources engagées et résultats sanitaires obtenus ainsi que celui de la maîtrise de la croissance des dépenses de santé sont des préoccupations majeures qui touchent l'ensemble des pays industrialisés¹.

La santé publique en Suisse ne déroge pas à cette règle puisqu'elle absorbe aujourd'hui plus de 11% du produit national brut². Et il faut, pour différentes raisons, s'attendre à ce que les coûts de la santé continuent à augmenter fortement. Les causes de cette hausse sont notamment l'accroissement des possibilités d'agir dû aux progrès médico-techniques, les incitations inadéquates du côté de l'offre et lacunaires du côté de la demande ainsi que les espoirs importants placés dans la médecine.

Dans le système de santé actuel qui, mélangeant les éléments concurrentiels et dirigistes, fixe des incitations contradictoires, le pilotage ne fonctionne pas suffisamment bien pour parvenir à une maîtrise réelle des coûts.

Dans cette situation, il existe en principe deux possibilités : soit viser à améliorer la capacité de pilotage par un accroissement des compétences de l'Etat, soit obtenir un meilleur auto-pilotage par un renforcement des éléments de concurrence.

Dans une organisation où les compétences de l'Etat sont développées, c'est en particulier par le biais de la fixation par l'Etat du budget global de la santé et donc par un rationnement indirect, que l'on parvient à maîtriser les coûts.

Dans un régime concurrentiel, il faut créer, pour tous les acteurs, des incitations efficaces et prévoir également des budgets contraignants pour les fournisseurs de prestations. Cela peut se faire par l'intermédiaire d'organisations (HMO) qui négocient avec les fournisseurs de prestations médicales des paquets de prestations et des forfaits pour des cas de maladie déterminés. Il s'agit donc finalement d'investir les ressources toujours plus limitées dans des prestations médicales dont l'efficacité peut être prouvée. Certains experts de notre pays font des propositions pour aller dans ce sens et donc renforcer les éléments d'économie de marché dans le domaine de la santé. C'est du reste un des objectifs de la révision de la Loi sur l'Assurance Maladie (LAMal).

Le renforcement d'une économie de marché orientée sur la concurrence est une des raisons qui ont poussé les autorités à investiguer des méthodes de paiements à la pathologie dans les secteurs hospitaliers publics et privés de notre pays. Les limites du système de financement par budget global dans la plupart de nos cantons sont de plus en plus évidentes et sont de nature à s'orienter vers ce système de financement concurrentiel. En effet, la rigidité du système par budget global décourage les hôpitaux à s'adapter à l'évolution des besoins de la population et favorise une allocation des ressources peu efficiente.

Face à ces modifications majeures du système de financement existe toujours la conception de la planification des capacités hospitalières sous forme de ressources (lits). Cette méthode n'apparaît plus complètement adaptée. Le système de financement prospectif des prestations hospitalières nous pousse à adopter une réflexion en fonction des résultats obtenus (prestations).

Au moment de l'introduction dans le canton de Vaud d'une tarification des séjours hospitaliers par APDRG et, dès 2004, d'un système de financement complet basée sur ce principe avec l'abandon de l'enveloppe budgétaire globale, il est intéressant de poursuivre cette mutation en imaginant compléter ce système par l'introduction d'une planification hospitalière cantonale orientée sur les prestations.

Ce mémoire a donc pour objectifs, après une brève description du système de financement hospitalier à la pathologie (chapitre 2) de présenter les bases existantes de la planification hospitalière selon la LAMal (chapitre 3), d'en déduire l'organisation hospitalière actuelle du canton Vaud (chapitre 4) et d'établir les principes d'une planification orientée sur les prestations (chapitre 5) avec une application sur une discipline chirurgicale fortement consommatrice de ressources hospitalières: la chirurgie orthopédique (chapitre 6). Ses implications sont ensuite discutées (chapitre 7), et les rôles des différents types d'établissements de soins esquissés.

2. Paiement à la pathologie dans le secteur hospitalier

2.1 Introduction

De tous temps, dans le domaine hospitalier, la régulation économique a buté sur le problème de la mesure de l'activité et de ses résultats. Les raisons en sont bien connues : il est difficile de mesurer la contribution des soins à une amélioration de l'état de santé, et il est encore plus difficile d'accorder une valeur relative à tel état de santé par rapport à un autre³. De surcroît, l'exercice de la médecine se prête mal à une analyse de type industriel, où l'on met en rapport des facteurs de production et des produits, et où l'on peut ainsi mesurer la productivité d'un processus.

De ce fait, la méthode de paiement la plus courante consiste à couvrir les dépenses sans remettre en cause leur pertinence. L'efficacité d'une structure est alors mesurée par le taux d'utilisation des ressources, soit le nombre d'admissions, le nombre de journées, le nombre d'actes exécutés, le taux d'occupation des lits et la durée moyenne de séjour. Mais les gestionnaires et les payeurs ont toujours été conscients que ces indicateurs étaient trop agrégés, qu'ils mélangeaient des cas graves et des cas moins graves et qu'ils ne permettaient pas réellement de mesurer la performance d'un établissement. Depuis longtemps, les gestionnaires et les payeurs de l'hôpital sont demandeurs d'alternatives. Les instruments leur permettant d'identifier l'utilisation des ressources hospitalières en fonction de catégories homogènes de malades, de maladies ou de traitements en sont une.

De tels outils sont disponibles depuis le début des années quatre-vingt. Le premier d'entre eux, la classification en « Diagnosis Related Groups » (les DRG) ou groupes de diagnostics associés, sert de base de paiement des hôpitaux nord-américains pour les malades relevant du fonds fédéral Medicare depuis 1983⁴. Des expériences portant sur les DRG ou d'autres systèmes de classification ont lieu dans de nombreux autres pays, en Europe et ailleurs^{5,6}.

2.2 Les DRG : un outil des gestionnaires

Les DRG s'inscrivent dans une tradition ancienne de recherche empirique en économie hospitalière. L'objectif de ces recherches est d'expliquer la variabilité des coûts intra- et inter-hospitaliers, afin d'évaluer les performances relatives des établissements. C'est Feldstein⁷ qui, le premier, rendit opérationnelle et testa l'hypothèse simple que les coûts étaient fonction du type de cas traités, en anglais du « casemix », ou éventail des cas. Son premier modèle était fort simple, et différenciait les cas uniquement en fonction du recours à la chirurgie. Les travaux ont alors développé des méthodes de classification des séjours hospitaliers permettant de décrire ce « casemix ». Les DRG représentent une tentative d'unification et de simplification de travaux antérieurs avec l'objectif d'aboutir à un nombre raisonnable de groupes, de façon à en faciliter l'usage pour des gestionnaires. Ce système conserve l'hypothèse que le diagnostic n'est pas le seul élément à prendre en compte et que des processus relativement standards de prise en charge des malades pour une pathologie donnée peuvent être décrits.

L'objectif de Fetter⁴ a été, dès l'origine, de trouver un modèle prédictif de l'utilisation des ressources. La mesure choisie a été la durée de séjour, pour laquelle plusieurs études empiriques montraient qu'elle était bien corrélée avec le coût d'un séjour. C'était également la seule donnée disponible à large échelle. La description du processus de prise en charge d'un malade pour un séjour donné s'est faite à partir des variables existantes dans les fichiers et également en fonction d'études empiriques disponibles. Les principales variables retenues sont l'âge, le sexe, le diagnostic justifiant l'hospitalisation et les soins donnés, les diagnostics dits secondaires caractérisant soit des pathologies associées préexistantes chez le malade et susceptibles d'alourdir les soins, soit des

complications survenant au cours du séjour, le devenir du malade à la fin du séjour, enfin les actes chirurgicaux nécessitant le recours à une salle d'opération.

Le processus de prise en charge d'un malade est un processus dynamique dans lequel interagissent le malade lui-même, sa maladie, les pratiques médicales et les caractéristiques de la structure de soins. Le DRG est un modèle statistique de la prise en charge qui repose d'abord sur le choix des variables descriptives de chacune des ces quatre catégories : le malade est décrit dans la lettre de sortie par le sexe et l'âge, et par les comorbidités associées qui peuvent être, soit des antécédents qui vont interférer avec la maladie principale, soit des marqueurs d'un état général ; la maladie est décrite essentiellement par le diagnostic principal ; les pratiques médicales sont décrites par des actes et des complications ; enfin l'effet structure est pris en compte par les modes d'entrée-sortie et les transferts éventuels. Chaque DRG est ensuite une combinaison singulière de valeurs prises par chacune des variables.

Enfin, à chaque DRG est assortie la distribution de sa variable dépendante, la durée de séjour. Un « bon » DRG doit avoir les qualités suivantes : les séjours qu'il regroupe doivent renvoyer à des situations cliniques relativement semblables ; la dispersion observée de la durée de séjour doit être faible ; enfin, la distribution des valeurs de la variable dépendante doit s'apparenter à une loi connue, de préférence normale ou log-normale, de façon à pouvoir utiliser des indicateurs simples de tendance centrale, et définir des intervalles de confiance. Par la suite, on calculera des coûts par DRG sur un échantillon représentatifs d'établissements. C'est alors, en référence à un coût moyen constaté, que sera bâtie une méthode de paiement.

2.3 Les APDRG adaptés au financement hospitalier helvétique

De nouveaux modèles de financement des hôpitaux visant à augmenter la transparence des coûts, et par conséquent la comparaison entre établissements, sont en cours d'introduction dans notre pays notamment celui basé sur une tarification par APDRG (version « modernisée » des DRG). Les effets positifs attendus de cette méthode sont de mieux tenir compte de la réalité de l'activité de chaque établissement en volume et en nature, et de diminuer la variabilité des pratiques de prise en charge. C'est à la fois une meilleure équité, et une plus grande efficacité, qui sont recherchées. Cependant, comme pour tout système de financement, celui-ci peut également avoir des incitatifs négatifs, qu'il importe d'anticiper⁸.

Les principaux biais sont :

- de favoriser le processus de rationnement,
- de « tricher » sur les codes diagnostiques principaux et secondaires de manière à mieux valoriser la prestation,
- de sélectionner les patients en fonction de la sévérité de leur maladie,
- de multiplier le nombre de séjours.

Malgré ces éléments pouvant véritablement conduire à une baisse de la qualité des soins et à augmenter le nombre d'hospitalisations, les avantages de ce mode de rémunération engendrent des incitations :

- à éliminer les journées d'hospitalisation qui ne sont pas médicalement nécessaires (effet sur la capacité),
- à introduire une concurrence entre les fournisseurs de prestations (effet sur la qualité),
- à réduire les coûts par cas chez les fournisseurs de prestations (effet sur la quantité des prestations),
- à développer auprès des assureurs maladie des stratégies innovantes en matière de négociations (effet sur le prix).

Dans le contexte helvétique, un ensemble de raisons liées aux caractéristiques de l'organisation de notre système de santé, d'une part, et aux orientations politiques actuellement prises, milite en faveur de l'introduction des APDRG⁹ :

- La loi fédérale vise à encourager la concurrence par les primes d'assurances et donc par le prix des prestations de soins. Cela nécessite un système de tarifs transparent autre que le système de facturation à l'acte qui est expressément interdit par la loi.
- Les expériences du budget global dans certains cantons ont montré les limites de ce système. Sa rigidité décourage les hôpitaux de s'adapter à l'évolution des besoins de la population et favorise une allocation des ressources peu efficiente.
- Face à la croissance des exigences des patients et des médecins, et donc des coûts, les APDRG sont un bon compromis de partage des risques entre prestataires et financeurs.
- Le service public est de plus en plus perçu en Suisse comme un objectif à réaliser et non comme un organisme de l'Etat. Les principes de la nouvelle gestion publique font de plus en plus d'adeptes. Les APDRG sont de bons indicateurs pour la conclusion de contrats de prestations.
- La multitude des financeurs des hôpitaux nécessite de disposer d'indicateurs pertinents pour répartir les coûts entre assureurs maladie, accident, invalidité et les pouvoirs publics locaux. Les APDRG répondent parfaitement à cet objectif.

En Suisse, ce financement ne concerne que les divisions d'hôpitaux qui traitent, en un ou plusieurs jours, des patients somatiques aigus hospitalisés, à l'exclusion des divisions psychiatriques, de réadaptation ou de long séjour.

2.4 Le système de facturation par APDRG dans le canton de Vaud

Le canton de Vaud a introduit dès le début de l'année 2002 une rémunération par pathologie de ce type dans les établissements hospitaliers somatiques de soins aigus avec pour objectif, en 2004, le remplacement progressif du tarif traditionnel de la journée d'hospitalisation.

Ce type de financement a une incidence majeure sur l'organisation et le management des hôpitaux, les assurances et les administrations publiques, c'est pourquoi il a été décidé d'adopter une période de transition et de garder pendant deux ans un système mixte : facturation par APDRG et maintien de l'enveloppe budgétaire.

Il s'agit notamment dans ces deux ans de suivre les recommandations qui ont pour objectif de minimiser un certain nombre d'écueils auxquels d'autres pays ont déjà eu à faire face. Ces recommandations sont notamment les suivantes :

- Les cas extrêmes doivent être correctement financés pour éviter que les hôpitaux ne sélectionnent les patients.
- Les hôpitaux doivent disposer d'une comptabilité analytique par unité finale d'imputation permettant de connaître précisément les coûts d'hospitalisation.
- Les pouvoirs publics doivent compenser correctement les frais supplémentaires engendrés par les tâches spécifiques de santé publique (par ex. les urgences) ainsi que les coûts induits lorsque l'établissement est un centre de formation et de recherche.
- Les hôpitaux doivent suivre les réhospitalisations et les transferts afin d'analyser et corriger rapidement d'éventuelles dérives.
- Des procédures de certification et de contrôle par échantillon doivent être mises en œuvre pour garantir de la comptabilité analytique et du codage médical, ainsi que pour évaluer les hospitalisations et les journées appropriées.
- Les analyses de case-mix et de provenance des patients permettent d'évaluer de manière

précise a posteriori les éventuelles stratégies de sélection des risques par les hôpitaux et de prendre les mesures adéquates prévues par les dispositions contractuelles, selon le principe qu'un hôpital doit accepter tout patient que ses compétences lui permettent de traiter.

- Les risques liés au rationnement des prestations et à la baisse de la qualité doivent être suivis. Ils peuvent l'être par des évaluations statistiques (durée de séjour par exemple) ou des indicateurs spécifiques (taux d'infections nosocomiales par exemple).

Dans la problématique de la maîtrise des coûts du système hospitalier, ce système de financement est une première étape indispensable avant celle de la planification hospitalière orientée sur les prestations.

3. Planification hospitalière selon la LAMal

3.1 Le système de la LAMal

La planification hospitalière s'inscrit dans le contexte de la mise en œuvre de la LAMal¹⁰. La loi détermine à quelles conditions les prestations de soins en cas de maladie sont prises en charge par l'assurance de base.

La loi précise encore quels sont les fournisseurs de prestations admis à pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire. Outre les personnes privées fournisseurs de prestations, entrent dans cette catégorie les hôpitaux, les institutions de soins semi-hospitaliers et les établissements médico-sociaux.

Les conditions que doivent remplir les hôpitaux ou institutions afin d'être admis à pratiquer à charge de l'assurance maladie de base sont exhaustivement prévues par l'art. 39 LAMal, les deux dernières étant spécifiques à la planification hospitalière.

La LAMal ne donne aucune autre indication quant à la nature, au contenu et aux conditions de la planification déléguée aux cantons. Ceux-ci doivent ainsi fixer eux-mêmes le contenu du plan hospitalier, les critères de sélection ainsi que les conditions d'admission des hôpitaux. Les seuls critères posés par la LAMal en matière de planification sont la couverture des besoins en soins hospitaliers et la prise en compte des cliniques privées lors de l'élaboration de la planification. Les hôpitaux qui remplissent les exigences de l'art. 39 LAMal sont ensuite inscrits, avec indication de leur mandat, sur une liste cantonale d'hôpitaux. L'inscription dans la liste détermine finalement l'admission de l'hôpital comme fournisseur de prestations au sens de l'art. 35 LAMal. L'inscription ou son absence constituent dès lors une décision cantonale attaquant par recours administratif au Conseil Fédéral en vertu de l'art. 53 LAMal.

Les cantons réglementent aussi spécifiquement la planification dans leur législation sanitaire (Valais, Vaud, Fribourg, Neuchâtel et Berne). Ces normes sont toutefois pour la majorité des cantons des normes-programmes, qui reprennent les critères énoncés par l'art. 39 LAMal, sans en définir précisément le contenu légal. Les décisions prises ensuite sur cette base par les autorités exécutives cantonales sont de nature plus politique que juridique. Elles se fondent en effet sur des projections statistiques portant sur l'accroissement démographique et sur les besoins en structures hospitalières du canton.

La Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS) a publié en 1997 des recommandations en matière de planification hospitalière et de liste d'hôpitaux. Elle y précise les critères à prendre en compte lors de l'établissement de ces listes et des modes de désignation des hôpitaux et institutions concernés par la planification. Ces recommandations établissent les grands principes applicables en matière de planification, ainsi que les modes de calcul et les critères à appliquer afin de déterminer les besoins et les capacités en soins stationnaires. La détermination des capacités et des besoins préconisée par ces recommandations est avant tout quantitative, en application de facteurs liés au nombre de lits. Le facteur « nombre de lits » reste donc une approche « ressources » mais pas encore une approche « résultats obtenus » (prestations).

3.2 Décisions du Conseil Fédéral en matière de planification

En matière de planification, la LAMal règle la procédure de recours à l'encontre des décisions de planification cantonale. L'art. 53 LAMal prévoit en effet que les décisions des gouvernements cantonaux peuvent faire l'objet d'un recours au Conseil Fédéral.

Les décisions sur recours rendues par le Conseil Fédéral en matière de listes cantonales d'hôpitaux et d'EMS sont nombreuses : une décision du Conseil d'Etat d'un canton peut en effet être attaquée par chaque assureur et chaque clinique non inscrite dans la liste. Ces jugements présentent souvent un intérêt plus factuel que juridique. La teneur de la décision est en effet souvent tributaire de l'état de la planification cantonale au moment de la décision.

De nombreuses questions sont soulevées par le Conseil Fédéral dans ses décisions. Elles sont de quatre ordres :

- détermination du type de liste pour les établissements intra- et extra-cantonaux,
- évaluation des besoins de la population,
- détermination des mandats de prestations,
- planification des divisions privées et semi-privées.

3.2.1 Listes d'hôpitaux

En vertu de l'art. 39 LAMal, les cantons doivent effectuer la planification des institutions et de leurs divisions en matière de soins aigus et de réadaptation ainsi que des établissements médico-sociaux.

Pour les hôpitaux, la planification intra-cantonale a pour principal but de limiter les surcapacités en tenant compte des besoins de la population et des offres de prestations existantes. La liste d'hôpitaux remplit aussi un but de transparence et de publicité ; elle doit pour cela prévoir des catégories d'institutions, en fonction de leurs mandats de prestations. Pour réaliser ces objectifs, les cantons doivent établir une liste délimitant clairement les institutions qui disposent d'une division commune de celles qui offrent des prestations en division privée ou semi-privée. La planification cantonale contient ainsi une liste divisée en deux, dont la première partie désigne les divisions communes des hôpitaux publics et privés, tout en leur attribuant un nombre de lits (liste A) ; la deuxième partie de la liste énumère ensuite les divisions privées et semi-privées qui peuvent pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins (liste B).

Les critères quantitatifs de détermination du nombre de lits doivent être fixés en fonction du canton, de sa population et des besoins de celle-ci. Le Conseil fédéral a estimé qu'un critère de 3,5 lits pour 1'000 habitants était adéquat dans un canton, mais qu'il était trop élevé dans un autre ; dans un autre canton encore, la valeur de 3,8 lits pour 1'000 habitants lui a paru admissible, en raison de la répartition des classes d'âge dans la population résidente.

3.2.2 Evaluation des besoins de la population

Les cantons effectuent la planification cantonale dans quatre domaines : les soins aigus, les soins psychiatriques, la réadaptation et les soins de longue durée. Le canton doit en effet déterminer en fonction de la population résidant sur son territoire et des projections pour l'avenir, combien de lits sont nécessaires dans les différents domaines. L'analyse des besoins doit permettre de mettre en évidence les surcapacités intra-cantonaux, tout en prenant compte les flux intercantonaux de patients.

Le Conseil fédéral a précisé qu'il n'est pas nécessaire d'effectuer une évaluation des besoins par discipline ou spécialité dans le domaine des soins aigus notamment ; une planification aussi précise au niveau des besoins n'est pas exigée par la LAMal. L'attribution des lits et des mandats de prestations permet ensuite de prendre en compte les spécialités et les différentes disciplines en fonction des établissements concernés.

Le Conseil fédéral a énoncé les critères qui devraient être respectés lors de l'évaluation des besoins et lors de la prise en compte dans cette évaluation des cliniques privées, et, partant de leur inscription dans les listes A des hôpitaux, en tant que fournisseurs de soins pour les soins aigus en division commune. Ces critères s'appliquent lors de l'élaboration de la liste A, lors de l'admission ultérieure d'institutions privées sur la liste ou lors de l'attribution par le canton des mandats de

prestations. Le Conseil fédéral a ainsi précisé que les critères suivants doivent être pris en compte lors de l'évaluation des établissements privés et de leur prise en compte adéquate dans la planification :

1. Les cliniques privées doivent contribuer à la prise en charge de la population et continueront à le faire à l'avenir. A défaut d'une planification intercantonale, la population à prendre en compte est celle qui réside sur le territoire cantonal.
2. Le canton doit estimer s'il est justifié de supprimer des capacités dans le secteur public ou subventionné au profit du secteur privé. La pratique à charge de l'assurance obligatoire des soins est liée à l'évaluation des besoins et non aux règles de la concurrence ; l'inscription de l'établissement dans la liste A doit correspondre à un besoin actuel ou futur.
3. Les conséquences économiques de la non-admission de l'institution sur la liste ; ces conséquences sont considérées en principe comme admissibles au vu des buts de la LAMal, notamment la suppression des surcapacités et ne justifient pas non plus une admission de l'établissement sur la liste A. L'application du principe de proportionnalité peut dès lors justifier l'inscription de l'institution sur la liste B du canton.

3.2.3 Détermination des mandats de prestations

Lors de l'élaboration de leur liste d'hôpitaux de soins aigus, les cantons doivent aussi déterminer les mandats de prestations attribués aux différents établissements. La désignation de ces mandats doit être claire et détaillée et être déterminée en fonction d'une classification par cas.

3.2.4 Planification des divisions privées et semi-privées

Le Conseil fédéral s'est penché sur la question de l'effet de la liste B intra-cantonale pour les institutions qui fournissent des soins dans les divisions privées et semi-privées. Il a précisé que l'inscription sur la liste hospitalière cantonale des institutions concernées avait comme effet d'indiquer qu'elles remplissent les conditions de l'art. 39 LAMal (excepté les deux derniers points liés à la planification). Les cantons ont ensuite l'obligation d'effectuer leur planification et d'évaluer les besoins de la population en tenant compte des cliniques privées, dans la mesure où le patient assuré en complémentaire a aussi droit à des prestations de l'assurance de base lorsqu'il est hospitalisé en division privée ou semi-privée. Dès lors, l'admission d'une division privée d'une institution sur la liste B a pour effet l'obligation pour l'assurance obligatoire des soins de prendre en charge une contribution fixe des frais d'hospitalisation de cette division.

3.2.5 Jurisprudence du Conseil Fédéral en matière de planification

En raison des structures complexes des supports institutionnels des hôpitaux et des modes de financement, au vu des différents modèles d'assurance et des problèmes liés aux flux intercantonaux des patients, la nécessité de procéder à une planification hospitalière et de fixer les prestations obligatoirement prises en charge par les assureurs maladie conduit à des problèmes de délimitation. La jurisprudence du Conseil fédéral apporte des réponses concrètes à ces questions et permet d'influencer d'importants facteurs de coûts des structures hospitalières ainsi que la répartition des coûts entre pouvoirs publics et assureurs maladie.

Une étude réalisée en 2001 sur mandat de la commission de gestion du Conseil des Etats¹¹ analyse la manière dont les organes responsables de la Confédération utilisent leur marge de manœuvre et sur les effets de celle-ci en matière de jurisprudence du Conseil Fédéral relative à la planification hospitalière.

Ses conclusions sont les suivantes :

- La pratique du Conseil fédéral consistant à trancher les recours sur la base de critères juridiques et non pas politiques est problématique du point de vue de l'évolution des

coûts de la santé. Le droit de recours stipulé dans la LAMal permet certes au Conseil fédéral de construire une jurisprudence consistante et cohérente, mais celle-ci envoie simultanément des signaux politiques en partie contradictoire. En se limitant au rôle d'autorité judiciaire, le Conseil fédéral s'est lui-même amputé d'une importante marge de manœuvre en matière de maîtrise des coûts.

- Selon le Conseil fédéral, l'autonomie cantonale en matière de planification justifie le fait de renoncer d'une part à rendre les objectifs de planification plus concrets et, d'autre part, à utiliser la jurisprudence pour assumer une direction politique. Les cantons utilisent la marge de manœuvre qui en résulte de différentes manières. En raison de l'absence de toute incitation à une coordination intercantonale, les cantons demeurent des régions de planification fortement isolées les uns des autres. Cette situation est préjudiciable aux objectifs de la planification hospitalière, c'est-à-dire à la coordination entre fournisseurs de prestations, à l'exploitation des ressources et à la maîtrise des coûts.
- La LAMal contient des incitations inadéquates que le Conseil fédéral fait appliquer au moyen de ses décisions jurisprudentielles. Premièrement, la séparation opérée entre planification dans le secteur de l'assurance obligatoire des soins d'une part, et marché dans le secteur des assurances complémentaires d'autre part, est inefficace. Les cantons sont dans l'impossibilité de parvenir à une planification hospitalière et partant, à une maîtrise des coûts conséquente et globale puisque les divisions privées et semi-privées fournissent également des prestations à la charge de l'assurance de base et qu'il n'est pas possible de limiter l'offre dans ce domaine. Deuxièmement, la LAMal prévoit une coordination intercantonale, mais la contrecarre simultanément. En raison des dispositions régissant le financement des hospitalisations hors canton, les cantons sont fortement incités à réduire celles-ci à un minimum et à faire en sorte que l'offre de prestations sur leur propre territoire soit la plus complète possible.
- Finalement, il apparaît que l'instrument de la planification de la capacité ne permet pas d'atteindre l'objectif en matière de maîtrise des coûts. En effet, ce sont les prestations fournies et non le nombre de lits qui déterminent les coûts. La planification des capacités permet toute une série d'effets de transferts qui ne sont pas souhaitables du point de vue de la maîtrise des coûts. Il peut, d'une part, y avoir transfert du domaine des soins hospitaliers vers celui des soins ambulatoires et, d'autre part, la réduction du nombre de lits du secteur public peut être compensée par une augmentation du nombre de lits offerts par les fournisseurs de soins du secteur privé. Si, au nom du respect du principe de la concurrence, les offres relevant exclusivement du domaine des assurances complémentaires ne peuvent pas être enlevées des listes d'hôpitaux, il ne sera guère possible de freiner la croissance des coûts de l'assurance maladie sociale. Certains milieux préconisent la planification des prestations comme solution à ce problème. Un tel changement présuppose toutefois une ligne de conduite claire du Conseil fédéral. La commission de gestion du Conseil des Etats souhaite transmettre l'impulsion de préparer le passage à une planification des prestations. L'art. 49, al.6, LAMal, selon lequel les hôpitaux doivent calculer leurs coûts et classer les prestations selon une méthode uniforme, pourrait servir de point de départ sur le plan juridique.

3.3 Révision de la LAMal dans le financement des hôpitaux

Actuellement est discuté aux chambres fédérales le projet de révision de la LAMal. Ce projet vise à modifier le système actuel de financement des hôpitaux par la suppression de la notion de « division commune », par des aménagements de la planification hospitalière (notamment sur les institutions semi-hospitalières), par des adaptations des modalités de remboursement des frais d'hospitalisation hors-canton et par l'adaptation des conventions tarifaires.

3.3.1 Planification des institutions semi-hospitalières

Le projet de révision de la LAMal prévoit que pour être admises à pratiquer à charge de l'assurance maladie obligatoire, les institutions semi-hospitalières doivent être intégrées dans la planification cantonale et inscrites sur les listes cantonales. A ces conditions, elles bénéficieront aussi de la prise en charge par le canton d'une part des frais des prestations qu'elles fournissent, dans la mesure où, en matière de prise en charge des coûts, la notion de prestation semi-hospitalière est assimilée à la notion de prestation hospitalière.

Cette modification est importante non seulement pour la planification qui devra être revue, du moins pour ces institutions (établissements ou divisions d'un hôpital public ou privé), mais aussi en terme de prise en charge des coûts. Les frais de traitement en ambulatoire ou semi-hospitalier sont à l'heure actuelle entièrement pris en charge par les assureurs maladie au titre de l'assurance de base. La modification proposée imposera aux cantons de participer pour moitié à leur prise en charge, comme s'il s'agissait d'une prestation hospitalière. Cette modification conduit à un important transfert de charges vers les cantons. Elle correspond aussi à la volonté de planification de l'ensemble du secteur hospitalier ; en effet, les prestations de ce type nécessitent une infrastructure presque toujours liée aux établissements hospitaliers.

3.3.2 Abandon de la notion de « division commune »

Cette modification signifie que l'assurance de base doit prendre en charge l'ensemble des frais résultant d'un séjour à l'hôpital, dans les limites fixées par la LAMal en matière de prestations. Il s'agit donc supprimer les notions de division commune, privée et demi-privée, pour ne plus considérer à charge de l'assurance de base que les prestations « efficaces, économiques et adéquates ». Appliqués au séjour hospitalier, les trois critères limitent la prise en charge aux coûts nécessaires, à l'exclusion des prestations supplémentaires qui doivent être prises en charge par une assurance complémentaire.

La limite entre les prestations « économiques, efficaces et adéquates » et les prestations supplémentaires semblent difficiles à cerner. Pour l'heure, le Conseil fédéral ne mentionne que le séjour en chambre à un lit, non indiqué médicalement et le choix du médecin de l'hôpital.

Le domaine des prestations non couvertes par la LAMal restera, comme actuellement, à la charge du patient ou du ressort d'éventuelles assurances complémentaires.

3.3.3 Financement des hôpitaux

La principale conséquence pour les cantons est liée à leur obligation de prendre en charge la moitié des coûts des prestations hospitalières remboursées au sens de la LAMal, quel que soit le type d'hôpital (public, subventionné ou privé) ou le type de chambre (commune ou privée). Les cantons avaient effectué leur planification en fonction de la notion de division commune, en sélectionnant très précisément quels hôpitaux étaient admis à exploiter une telle division. Le projet de modification les oblige à revoir l'ensemble de leur planification qui, en l'état actuel, autorise les institutions qui y figurent à pratiquer à charge de l'assurance maladie obligatoire et donc à fournir des prestations de séjour hospitalier, dont la moitié serait à la charge du canton. Cette règle s'appliquerait à tous les séjours hospitaliers que ce soit en hôpital public ou subventionné ou en hôpital privé, dès lors que l'établissement est intégré dans la planification cantonale.

La modification de mode de financement des hôpitaux situés sur le territoire cantonal induira une augmentation de la participation des cantons. Par rapport à leur participation actuelle aux frais d'exploitation des divisions communes des hôpitaux publics, le projet impose aux cantons de participer aux frais d'investissement des divisions communes des hôpitaux publics ainsi qu'aux frais d'exploitation et d'investissement liés aux prestations LAMal prodigués dans les divisions privées des hôpitaux publics et dans toutes les divisions des hôpitaux privés.

Ainsi, selon ce modèle, les cantons seront amenés à participer – pour les prestations LAMal – à

raison de 50% aux frais d'exploitation et d'investissement de tous les hôpitaux situés sur leur territoire, les assureurs obligatoires prenant en charge les autres 50%. Les assureurs privés quant à eux verraient leurs charges diminuer : ils ne devraient en effet prendre en charge que le coût des prestations supplémentaires liées à la notion actuelle de division privée, quel que soit l'hôpital considéré. Ils n'auraient ainsi plus à prendre en charge la part des frais d'exploitation, une fois le forfait LAMal déduit, ni les frais d'investissement, généralement inclus dans le calcul du forfait d'un séjour hospitalier en division privée.

4. Organisation hospitalière du canton de Vaud

4.1 Introduction

Dès l'entrée en vigueur de la LAMal, le canton de Vaud a reçu le mandat d'établir une liste d'établissements sanitaires autorisés à pratiquer à charge de l'assurance maladie obligatoire. Un rapport adopté par le Conseil d'Etat daté du 10 décembre 1997 a été publié avec un arrêté édictant la liste 1998 des hôpitaux du canton de Vaud admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins¹².

Les besoins en lits hospitaliers dans le canton de Vaud sont couverts d'une part, par les établissements publics ou privés reconnus d'intérêt public planifiés et subventionnés par le canton, et d'autre part par les établissements qui relèvent de l'initiative des investisseurs privés.

S'agissant des hôpitaux publics ou subventionnés, la couverture des besoins nécessite deux types de contrôles :

1. Efficacité et efficacité du réseau. Constatant en 1992 que le coût des établissements subventionnés était devenu insupportable, le canton de Vaud a fait faire une étude qui a mis en évidence un potentiel d'économies réalisables. En conséquence, le canton a demandé aux établissements de réaliser ces économies en appuyant leurs démarches par des mesures d'accompagnement. La stratégie adoptée pour ce type d'établissements est présentée dans la section suivante.
2. Comparaison de l'offre avec le niveau des besoins à couvrir. A cette fin, une étude prospective des besoins en lits hospitaliers a été établie pour la période 1995-2005 (cf 3.3). Ils permettent de définir les objectifs de restructuration à l'horizon 2005 et, par comparaison, le degré de couverture des besoins (cf 3.4).

Par ailleurs, en 1998, le canton a décidé de donner une nouvelle orientation à sa politique sanitaire (NOPS). Ces nouvelles orientations visaient à modifier les pratiques des professionnels de manière à rendre le réseau hospitalier plus adaptable, plus efficient et plus économique tout en maintenant le niveau de qualité. Ainsi le canton de Vaud a entrepris deux changements importants. D'une part, sans attendre l'entrée en vigueur de la LAMal, le canton a mis en œuvre une stratégie de restructuration qui s'est traduite par une diminution de l'offre en lits. D'autre part, en s'appuyant sur les nouvelles dispositions de la LAMal et sur une nouvelle législation cantonale, le canton visait à moyen terme un changement de pratiques amenant les établissements à s'adapter continuellement à la diminution des besoins en lits.

S'agissant des cliniques privées, le rôle du canton était et est toujours, avant l'acceptation du projet de révision de la LAMal, encore limité. En effet, les autorités cantonales n'ont pas de responsabilité directe sur le contrôle des dépenses d'exploitation et des capacités, du fait qu'elles ne financent ni les dépenses d'exploitation, ni le coût d'investissement dans ce secteur. Les moyens légaux ne leur permettent pas de contraindre ce secteur à des mesures d'économies telles que celles qui sont demandées au secteur subventionné.

Ainsi, dans le cadre de la LAMal, le canton se limite à établir le niveau des besoins à satisfaire par l'activité non subventionnée à charge de l'assurance maladie obligatoire, en chambres privées ou communes, et à déterminer si l'offre actuelle correspond ou non à ces besoins. Le nombre de lits admis à facturer à l'assurance obligatoire ne pourra excéder le niveau des besoins.

4.2 Orientation vis-à-vis des établissements publics subventionnés

L'organisation hospitalière actuelle résulte encore du plan hospitalier établi au début des années 1960 et adapté vers la fin des années 1970. A cette occasion ont été notamment introduit une loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES) ainsi que le financement prospectif par budget global. Ces dispositions, même si elles sont remises en cause ou qu'elles vont l'être prochainement, ont permis de limiter les dépenses tout en assurant des services hospitaliers de qualité.

Au début des années 1990, en regard d'une situation économique déficitaire de l'Etat, le gouvernement a lancé un certain nombre de mesures d'économies avec un succès mitigé notamment pour les hôpitaux subventionnés. Ainsi, entre 1992 et 1995 dans le réseau hospitalier subventionné, 282 lits de soins aigus ont pu être supprimés et les dépenses d'exploitation réduites de 88 millions, ce qui représentait 9% du budget global de l'ensemble des établissements concernés par ces mesures d'économie, le CHUV réalisant à lui seul une économie de 42 millions de francs.

Entre 1996 et 1999, d'autres mesures d'économies touchant plus particulièrement le Groupement des Hôpitaux Régionaux Vaudois (GHRV) ont été mis en œuvre pour un montant de plus de 40 millions ; le CHUV étant également soumis à ces mesures d'économies (3% de son budget). Dès l'an 2000, le réseau hospitalier a subi les pressions résultant des NOPS. Le gouvernement vaudois entendait limiter la croissance du domaine sanitaire subventionné, de manière à ce que cette dépense, rapportée au niveau cantonal, cesse d'augmenter. Dans ce but, il avait fixé un certain nombre d'objectifs comme l'adaptation de l'offre hospitalière aux besoins de la population, la réorganisation et le renforcement de la chaîne des urgences et le transfert de ressources des modes de prises en charge les plus coûteux vers les pratiques les plus économiques dans le cadre des réseaux de soins.

Concrètement, il s'agissait de :

- réduire encore davantage l'offre en lits ;
- transformer les conditions de la coopération par le regroupement d'institutions en quelques grands réseaux de soins ;
- assurer une meilleure orientation des patients ;
- fonder l'allocation des moyens sur des bases contractuelles explicites et mesurables ;
- introduire des critères sanitaires de coûts et de qualité ;
- adapter l'information à cette exigence.

Suite à cette nouvelle orientation de la politique sanitaire, des projets ont été démarrés, comme la constitution des réseaux de soins, l'orientation des patients ou les contrats de prestations entre l'Etat et les établissements hospitaliers. Les conséquences sur la maîtrise des dépenses du système de santé restent, à ce jour, difficilement mesurables.

4.3 Besoins en lits de soins aigus et adaptation des capacités

Les décisions d'admission sur la liste LAMal doivent être explicitement liées à la planification cantonale. Ce lien est établi, d'une part, par une estimation globale des besoins en lits pour les patients hospitalisés dans le canton de Vaud et, d'autre part, par une appréciation de la couverture de l'ensemble des prestations hospitalières LAMal à mettre à disposition de la population vaudoise. S'agissant de l'estimation des besoins en lits, le Service de la Santé Publique (SSP) a conduit en 1996, avec le Service cantonal de Recherche et d'Information Statistiques (SCRIS), une étude sur les prévisions des besoins cantonaux en lits hospitaliers à l'horizon 2005¹³.

Les besoins en lits pour établir la perspective d'ici 2005 intègrent : l'évolution démographique

par classe d'âge, l'estimation des durées moyennes de séjour par type de pathologie et l'évolution des pratiques (développement de l'hospitalisation d'un jour). Par hypothèse, les taux d'occupation des lits ainsi que les taux d'hospitalisation par classe d'âge sont constants. Les besoins pris en compte pour établir la liste LAMal sont les besoins en infrastructures hospitalières qui couvrent les besoins des patients vaudois et de ceux provenant des autres cantons. Les besoins des patients vaudois en infrastructures situées hors du canton sont pris en compte dans les listes LAMal des cantons concernés.

La définition des besoins en lits a été établie sur la période 1997-1998 avec une évolution annuelle jusqu'en 2005. Pour calculer les « lits besoins estimés » 1997 et 1998, une interpolation linéaire a été effectuée à partir des lits nécessaires en 1995 et de la perspective 2005. Les « lits besoins estimés » 1995 sont calculés sur la base des journées hospitalières effectivement réalisées en appliquant un taux d'occupation de 80% aux lits de soins aigus. La figure 1 illustre l'interpolation des lits de soins aigus des divisions communes et privées des hôpitaux publics et subventionnés.

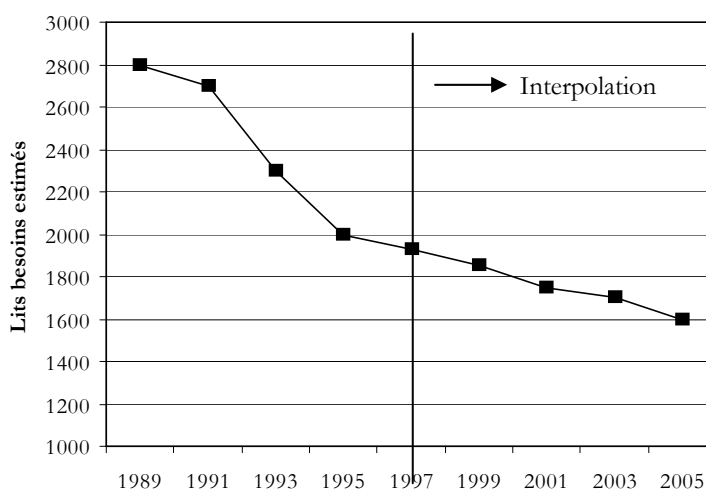


Fig.1 : Besoins en lits de soins aigus estimés de 1997 à 2005

L'étude sur les besoins effectuée par le SCRIS montre pour 1997 un nombre de lits équivalent à 2'369 lits si les lits de soins aigus des cliniques privées sont intégrés. Ce chiffre est à comparer aux 2'225 lits nécessaires obtenus sur la base des budgets d'activité des établissements publics et subventionnés et des journées prévues et déclarées par les cliniques privées. Des taux d'occupation de 80% pour les soins aigus ont été également appliqués pour la détermination des lits nécessaires de soins aigus. A première vue et globalement, le nombre de lits nécessaires en 1997 est en adéquation avec les « lits A besoins estimés » déterminés par une atteinte progressive de la perspective 2005 estimée dans l'étude du SCRIS.

Dans le canton de Vaud, le nombre de lits de soins aigus nécessaires observés (lits des hôpitaux publics ou subventionnés et des cliniques privées) a été réduit de 5,6 à 4,5 pour 1'000 habitants de 1995 à 1997. Ce taux reste encore élevé par rapport au taux de 3,8 lits pour 1'000 habitants demandé au niveau fédéral. Tenant compte des besoins spécifiques en lits spécialisés dits universitaires, le canton de Vaud s'est fixé, conformément à l'étude sur les besoins en lits, un taux de 3,9 lits pour 1'000 habitants à atteindre d'ici 2005. Un plan de réalisation de cet objectif est intégré dans les NOPS du canton de Vaud. Une telle cible ne peut être atteinte que graduellement.

Par ses programmes d'économie appliqués aux hôpitaux subventionnés, l'Etat vise la suppression des infrastructures en surcapacité, mais également à l'utilisation plus rationnelle des équipements nécessaires à l'évolution vers des pratiques plus économiques. Le constat fait sur l'exemple de l'année 1997 concernant les lits des divisions communes des hôpitaux publics et subventionnés montre que les économies demandées par l'Etat, et en grande partie réalisées, ont amené ces établissements à réduire leur nombre de lits. Vraisemblablement, la cible 2005 estimée

dans l'étude du SCRIS sera atteinte bien avant cette échéance. En ne finançant que les lits nécessaires, l'Etat contraint les établissements à limiter leur offre. De plus, les établissements concernés sont amenés en plus de la réduction en lits, à revoir leurs missions et à concentrer leur activité pour bénéficier d'économie d'échelle.

S'agissant des lits non subventionnés, les lois du marché sélectionneront les fournisseurs qui proposeront les prestations présentant le meilleur rapport qualité/prix. Dans cette optique, maintenir des lits surnuméraires, avec leurs coûts associés, pénalise à court terme un établissement par rapport à ses concurrents.

4.4 Liste vaudoise des hôpitaux

Selon l'article 39 LAMal, le canton doit établir sa planification afin de couvrir les besoins en soins des patients, sous-entendu qui résident dans le canton. De plus, il doit élaborer la liste des établissements correspondant au besoin en infrastructures hospitalières. Le besoin en soins de la planification ne recouvre pas le besoin en infrastructures pour établir la liste. Le besoin en soins couvre celui des patients vaudois hospitalisés dans et hors canton, alors que le besoin pour la liste comprend les infrastructures qui accueillent des patients vaudois et d'autres cantons. Le tableau I montre les éléments de référence pour l'élaboration de la liste ainsi que pour la prise en compte adéquate de l'offre extracantonale par rapport aux besoins en prestations insuffisamment couvertes par le réseau cantonal.

Eléments de référence par rapport aux patients	Références pour la liste LAMal vaudoise (besoins en infrastructures)	Références pour la planification et l'étude sur les besoins vaudois (besoin en soins)
Patients vaudois dans hôpitaux vaudois (besoin interne) <i>(lits divisions communes subventionnés et lits autres divisions non subventionnées.)</i>	oui	oui
Patients hors cantons dans hôpitaux vaudois (importation) <i>(lits divisions communes subventionnées et lits autres divisions non subventionnées)</i>	oui	non
Patients vaudois dans hôpitaux hors canton (exportation) <i>(lits divisions communes subventionnées et lits autres divisions non subventionnées)</i>	non <small>(lits pas pris en compte. Figurent sur la liste du canton de domicile de l'hôpital)</small>	oui <small>(besoin en prestations insuffisamment fournies dans les hôpitaux vaudois)</small>

Tab. I : Eléments de référence pour l'élaboration de la liste d'hôpitaux

La liste vaudoise des établissements hospitaliers, qui remplissent les conditions de l'article 39 de LAMal, est divisée en 3 parties :

- a) divisions communes des hôpitaux publics ou subventionnés ;
- b) divisions communes non subventionnées des cliniques privées ainsi que les divisions privées des hôpitaux publics ou subventionnés et des cliniques privées ;
- c) établissements hors canton.

Cette liste peut être modifiée, en tout temps, par décision du Conseil d'Etat du canton de Vaud. Elle devra être adaptée en fonction des contrats de prestations passés directement avec les établissements hospitaliers et ensuite avec les réseaux de soins.

La liste ci-dessous représente les hôpitaux publics et privés du canton de Vaud

Nom de l'établissement	Commune de domicile	Statut juridique
CHUV	Lausanne	Public
Hôpital du Châblais	Aigle-Monthey	Reconnu d'intérêt public
Ensemble Hospitalier de la Côte	Morges-Aubonne	Reconnu d'intérêt public
Groupement Hospitalier Ouest lémanique	Nyon	Reconnu d'intérêt public
Centre Hospitalier Yverdon Chamblon	Yverdon	Reconnu d'intérêt public
Hôpital Inter cantonal de la Broye	Payerne-Estavayer	Reconnu d'intérêt public
Réseau Hospitalier St-Loup-Orbe	Pompaples-Orbe	Reconnu d'intérêt public
Hôpital Riviera	Vevey-Montreux	Reconnu d'intérêt public
Hôpital du Pays d'Enhaut	Château d'Oex	Reconnu d'intérêt public
Hôpital de Lavaux	Cully	Reconnu d'intérêt public
Centre de Santé Communautaire de Ste-Croix	Sainte-Croix	Reconnu d'intérêt public
Hôpital de l'Enfance	Lausanne	Reconnu d'intérêt public
Hôpital Ophtalmique	Lausanne	Reconnu d'intérêt public
Hôpital Orthopédique	Lausanne	Reconnu d'intérêt public
Policlinique Médicale Universitaire	Lausanne	Droit public
Clinique Cécile	Lausanne	Privé
Clinique Montchoisi	Lausanne	Privé
Clinique Genolier	Genolier	Privé
Clinique La Longeraie	Lausanne	Privé
Clinique Bois-Cerf	Lausanne	Privé
Clinique La Source	Lausanne	Privé
Hôpital de la Providence	Vevey	Privé
Clinique La Prairie	Clarens	Privé

Tab. II : Liste des hôpitaux publics et privés du canton de Vaud

4.5 Perspectives sur l'organisation hospitalière cantonale

Dans un contexte difficile d'échec dans la maîtrise des coûts de la santé, le Conseil d'Etat vaudois a entamé une réflexion et émis en date du 8 octobre 2001 un rapport intermédiaire¹⁴ sur l'organisation hospitalière et la politique cantonale en matière de soins palliatifs. Ce n'est pas un rapport définitif car la prochaine révision de la LAMal et la planification financière de l'Etat sont de nature à conditionner fortement l'organisation hospitalière, mais il est intéressant de relever certaines données qui vont dans le sens d'une planification hospitalière par centres de compétence liés aux prestations. Les données suivantes ont conditionné les réflexions du Conseil d'Etat :

- La situation des finances publiques cantonales exigent l'élaboration d'une vision d'ensemble des dépenses d'investissements nécessaires dans tous les secteurs, ainsi, cas échéant, que des arbitrages de nature politique dans le cadre de la planification financière du canton.
- La sécurité et la qualité des soins hospitaliers spécialisés dépendent d'une pratique

régulière et fréquente auprès de nombreux patients pour maintenir compétences et réflexes. La complexité croissante des opérations et des traitements implique la spécialisation et la formation permanente des équipes hospitalières. La technicité des soins a également des conséquences importantes sur les plateaux médico-techniques dont doivent disposer les hôpitaux. Les soins spécialisés nécessitent donc une concentration régionale des moyens et des compétences.

- Les prévisions démographiques établies par le SCRIS indiquent qu'il faut s'attendre à une augmentation de la population globale de l'ordre de 10% entre 2000 et 2010, mais aussi à un fort vieillissement démographique, avec un accroissement, sur la même période, de 18'000 habitants de plus de 65 ans, dont 7'900 de plus de 80 ans. Les impacts sur la politique médico-sociale de ce canton et l'offre en soins de proximité seront donc importants.
- La qualité globale des soins dépend de la collaboration étroite entre les différents acteurs du système sanitaire. Les réseaux permettent d'assurer cette collaboration et la continuité de la prise en charge des patients.
- Les modifications du financement hospitalier envisagées dans le cadre du projet de révision de la LAMal, qui prévoit un financement par les cantons de tous les séjours hospitaliers aussi bien dans les hôpitaux d'intérêt public que dans les cliniques privées, risquent de modifier les bases des planifications hospitalières cantonales. Or, les débats des chambres sont actuellement en cours et ne permettent pas à ce stade de prévoir avec certitude les modifications de la LAMal qui auront un impact déterminant sur l'organisation hospitalière vaudoise.

4.5.1 Perspectives générales

Une révision de l'organisation hospitalière actuelle est avant tout nécessaire pour faire face aux deux tendances majeures qui marqueront l'évolution des besoins des patients. Il s'agit d'une part de pouvoir faire face aux conséquences du vieillissement de la population qui implique la progression des maladies chroniques et dégénératives. Cette tendance appelle un effort particulier en faveur du développement des soins de proximité de longue durée. D'autre part, l'offre doit s'organiser en tenant compte de la spécialisation des soins aigus, qui tendra à s'accroître avec les progrès de la médecine dans les domaines de la génétique, de l'informatique, de la robotique et de la pharmacologie. Cette tendance conditionne, quant à elle, l'échelle à laquelle doivent s'organiser les soins les plus spécialisés pour éviter qu'ils ne se dispersent sur un nombre trop important de sites hospitaliers.

Les études disponibles indiquent que la taille d'un hôpital de soins aigus polyvalent – qui justifie un investissement du point de vue tant de la qualité et de la sécurité des soins que du point de vue économique – se situe entre 200 et 400 lits, à la disposition d'une région comprenant au minimum 100'000 à 150'000 habitants. Les soins aigus ou spécialisés ne peuvent ainsi plus être assumés dans tous les établissements du canton. Depuis longtemps, les personnes atteintes d'une pathologie grave ne se rendent d'ailleurs plus dans un hôpital régional.

L'organisation sanitaire devra pouvoir répondre à trois exigences fondamentales pour couvrir les besoins de la population :

- des secours pré-hospitaliers performants dans toutes les régions du canton. Dans ce domaine, des progrès considérables ont été réalisés récemment grâce à des investissements importants de la part du canton, en particulier avec la mise en service des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) ;
- la continuité de la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques grâce à une chaîne de soins de proximité fondée sur le renforcement de la coopération étroite des intervenants (médecins de famille, soins à domicile, hôpitaux régionaux, CTR et EMS) ;
- un traitement adapté aux pathologies de type aigu par des soins spécialisés dispensés dans

l'idéal au sein de quatre centres hospitaliers (est, ouest, nord, centre) offrant les équipements et les compétences requises.

C'est dans cette direction que le Conseil d'Etat entend réorganiser la prise en charge sanitaire, en s'appuyant sur les réseaux de soins pour l'organisation de chaînes complètes de prestations et en définissant un calendrier d'investissements à consentir pour regrouper les soins spécialisés qui soit compatible avec les capacités financières du canton.

4.5.2 Principes d'organisation pour les hôpitaux de soins aigus

Le Conseil d'Etat stipule que l'organisation envisagée relève d'une vision à un horizon de 10 à 15 ans. Cette perspective temporelle a été fixée de manière à prévoir le temps nécessaire aux décisions politiques et à la réalisation des restructurations prévues. Le calendrier prévu pourra par ailleurs être adapté en fonction des disponibilités financières, des opportunités ainsi que de l'évolution de l'environnement sanitaire et de la législation.

Il est envisagé que les soins hospitaliers s'organisent en 3 niveaux :

- L'hôpital régional. Il dispose d'un service de médecine et éventuellement d'un bloc opératoire pour des opérations programmées à faible risque. Il peut prendre en charge les petites urgences et les maladies qui imposent une hospitalisation ne nécessitant pas de soins spécialisés.
- Le centre hospitalier. Il est appelé à se substituer, à l'occasion du remplacement d'infrastructures existantes, aux hôpitaux de zone actuels. Il est ouvert 24h/24 et offre toutes les prestations, sauf celles qui sont réservées à l'ensemble hospitalier universitaire. Il possède des services hospitaliers spécialisés y compris urgences, maternité, pédiatrie et soins intensifs médicaux et chirurgicaux. Il est dimensionné pour desservir des bassins de population d'au moins 100'000 à 150'000 habitants.
- Le centre hospitalier universitaire. Le Centre Hospitalier Universitaire vaudois (CHUV) assure, avec les autres institutions à caractère universitaire de la région lausannoise, les prestations de type universitaire pour l'ensemble du canton et une partie de la Romandie. Le CHUV remplit également la mission de centre hospitalier pour la région lausannoise.

S'agissant des cliniques privées, il s'agira de favoriser la recherche de partenariat et de complémentarité avec les prestations fournies par les hôpitaux reconnus d'intérêt public. Le rôle des cliniques privées ne pourra par ailleurs être pleinement précisé qu'une fois arrêtées les décisions liées aux discussions en cours relatives à la modification du financement hospitalier.

5. Planification hospitalière en fonction des prestations

5.1 Introduction

L'introduction d'un système de financement par pathologie nous amène à adapter le mode de planification basée sur les lits pour adopter un système de planification orientée sur les prestations. En effet, la situation proposée par la version actuelle de LAMal est un financement en fonction des capacités avec une planification adaptée à ces capacités, capacités définies en lits (fig. 2). Le système a certes les limitations que nous connaissons aujourd'hui, mais il est cohérent. L'introduction, au début de cette année, dans le canton de Vaud, d'un système de financement basé sur les prestations n'a pas encore été accompagnée d'une modification du mode de planification puisqu'on extrapole simplement les capacités. Le système de financement par pathologie étant en opposition avec une planification en fonction des capacités, il est donc nécessaire d'adapter le type de planification pour l'adapter à l'évolution du mode de financement avec une planification hospitalière où les besoins de prestations sont définis au niveau régional. La révision de la LAMal intègre des propositions intéressantes de modifications du financement hospitalier mais au niveau de la planification, elle ne va pas si loin.

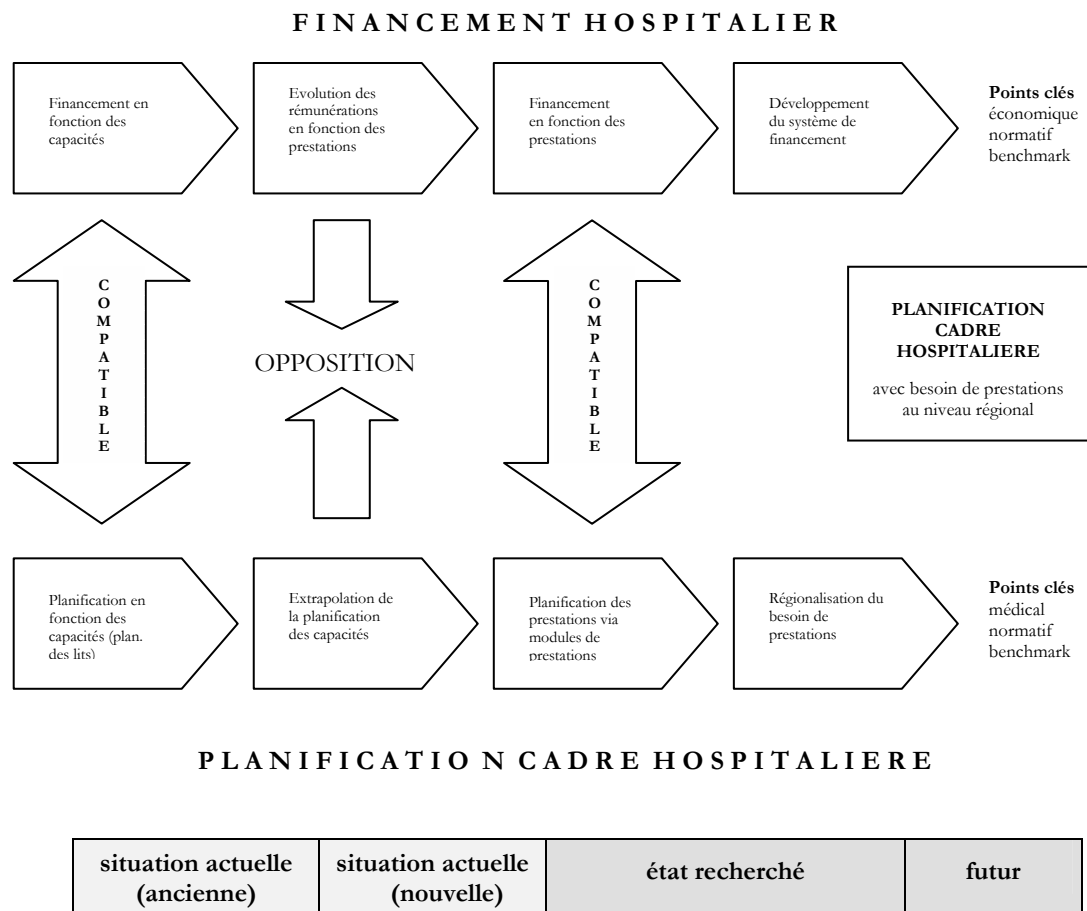


Fig. 2 : Compatibilité entre financement hospitalier et planification hospitalière

Ce chapitre a donc pour objectif la description des principes de ce nouveau système de planification hospitalière. Pour ne pas rester que sur des principes théoriques, une application de ce nouveau mode de planification est réalisée pour le canton de Vaud et sur une discipline chirurgicale fortement consommatrice de ressources hospitalières : la chirurgie orthopédique. Elle sera présentée au chapitre 6.

5.2 Principes d'une planification-cadre en fonction des prestations

5.2.1 Situation initiale

Les principes de cette planification utilisent les recommandations de la Conférence des directeurs sanitaires (CDS) émises en 2001¹⁵. Ils se basent sur un ouvrage allemand décrivant une méthode de planification des prestations hospitalières appliquées concrètement à la prise en charge sanitaire du Land de Schleswig-Holstein¹⁶. Les développements suivants dans le domaine du financement des prestations médicales résidentielles ont constitué le point de départ de l'élaboration de ce modèle de planification d'un type nouveau :

- Introduction d'un système de rémunération par pathologie, selon lequel le tarif traditionnel de la journée d'hospitalisation sera supplanté progressivement au cours des prochaines années par une rémunération par pathologie.
- Ce mode de financement orienté vers la concurrence implique un recours modifié des prestations hospitalières résidentielles de soins aigus avec de nombreuses incitations ayant des effets sur la capacité, sur la qualité, sur la quantité de prestations ou sur le prix.
- Face à ce nouveau système de financement, il existe toujours la conception fondamentale de la planification des capacités hospitalières sous forme de lits.

Il ressort de cette étude que toute nouvelle planification hospitalière doit être impérativement compatible avec ce nouveau système de financement des prestations hospitalières. Ce modèle de planification doit intégrer une réflexion en fonction des prestations et non plus une considération orientée uniquement vers les lits.

5.2.2 Structuration des prestations hospitalières en modules

Dans une procédure de planification basée sur les prestations médicales au lieu des lits, il est nécessaire de déterminer le besoin de ces prestations quant à leur contenu. La prise en charge sanitaire est décrite comme une combinaison de la cause du traitement, de son processus et de la division spécialisée qui va prendre en charge le traitement :

- Division spécialisée prenant en charge le traitement (où) : on peut identifier un certain nombre de divisions spécialisées. Une division spécialisée peut être sous-catégorisée en fonction de la cause du traitement et des mesures thérapeutiques instituées.
- Cause du traitement/diagnostic (quoi) : il est possible de regrouper au moyen des codes ICD-9 ou 10 toutes les pathologies traitées à l'hôpital en milieu résidentiel et de les caractériser par un code à 4 chiffres. Cela permet de reproduire de manière complète le spectre diagnostique de toutes les divisions spécialisées dans la zone de couverture.
- Processus de traitement/thérapie (comment) : la classification des procédés médicaux (ICPM) permet de démontrer, en tout ou en partie, la gravité du traitement résidentiel aigu.

La combinaison de ces trois dimensions (où, quoi, comment) offre au patient, dans chaque cas concret, une classification précise répondant à ses besoins en matière de prestations. Le code APDRG qui est un regroupement de ces trois dimensions peut être également pris en compte.

En se basant sur ses données, il s'agit de structurer en détail les besoins en prestations en créant des modules de prestations (situation actuelle) par spécialité. Voici en exemple dans le tableau III, une liste de spécialités et sous-spécialités pouvant être considérées :

Spécialités	Sous-spécialités
Médecine interne	Cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, néphrologie, neurologie, angiologie, dermatologie et vénéréologie, rhumatologie, oncologie
Chirurgie	Chirurgie orthopédique, urologie, neurochirurgie, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie du cœur et des gros vaisseaux, chirurgie de la main
Pédiatrie	Chirurgie pédiatrique, néonatalogie
Radiologie	Médecine nucléaire, radiooncologie
Gynécologie et obstétrique, psychiatrie et psychothérapie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, anesthésiologie, pathologie	

Tab. III : Exemple de classification des spécialités et sous-spécialités médicales

Au moyen d'analyses effectuées par agrégation, on attribue à un seul et même groupe (module de prestations) les forfaits par cas qui se différencient le moins possible sous l'angle du nombre correspondant de divisions spécialisées fournissant ces prestations, exprimées en forfaits par cas. Pour chaque type de prestations, les modules de base et de prestations spéciales comportent, en plus du nombre de divisions spécialisées, toutes les informations relatives aux patients qui y sont regroupés (indications, traitement, âge moyen, durée moyenne d'hospitalisation des patients, etc..). Il s'agira ensuite de réexaminer la répartition statistique des différentes prestations médicales dans les modules de prestations quant à leur vraisemblance médicale et à la prise en compte de la gravité du cas (facteurs d'adaptation selon le diagnostic et le traitement) :

- Vraisemblance médicale : Quatre catégories de codages erronés sont possibles :
 - diagnostic déplacé (par ex. infarctus du myocarde en psychiatrie : est considéré comme « prestation » de base de la division spécialisée : médecine interne) ;
 - traitement indépendant de la division (attribution du cas à un domaine spécial comprenant un nombre de cas plus élevé) ;
 - complications d'une maladie de base ;
 - erreurs manifestes de codage.
- Gravité du cas : Une classification emportant l'adhésion générale et démontrant la gravité d'un cas fait défaut. On peut quand même partir de deux hypothèses. Premièrement, les interventions auprès des patients gravement atteints sont réservés aux hôpitaux des niveaux de prise en charge plus pointus. Pour en déterminer la proportion, il est envisageable de procéder à une analyse des structures de provenance des patients. Deuxièmement, il est admis que les patients gravement atteints présentent les caractères suivants :
 - interventions opératoires complémentaires ;
 - séjour aux soins intensifs ;
 - dépassement de la durée limite d'hospitalisation ;
 - transfert vers un hôpital d'un niveau de prise en charge plus pointu ;
 - décès du patient.

La proportion des forfaits par cas ainsi déterminés, caractérisés par une grave atteinte à la santé, sert en plus à corriger le nombre de cas correspondant à l'intérieur du module de prestations

concerné.

5.2.3 Nouvelle structuration des modules de prestations

Les modules de prestations requis servent à structurer les besoins futurs en prestations hospitalières résidentielles de soins aigus. A cet effet, il convient d'élaborer un plan d'analyse des besoins visant à examiner les prestations des hôpitaux de soins aigus quant à la nécessité, au genre et à l'intensité d'une prise en charge. Ces analyses de besoins renferment les éléments suivants :

- Benchmarking : Par ce terme, on entend la prise en considération d'hôpitaux ou de divisions spécialisées qui s'avèrent comme des unités d'organisation similaires dans le domaine de la prise en charge sanitaire. Les paramètres du benchmarking sont déterminés en fonction des indications ou de la thérapie. Le benchmark est mis sur pied de manière à délimiter les divisions spécialisées performantes de celles qui le sont moins. Sont applicables aussi bien des critères objectifs que normatifs de benchmarking.
- Voies de traitement : La nouvelle structuration des voies de traitement est en lien étroit avec la prise en considération de modèles d'organisation « exemplaires » dans la prise en charge sanitaire. D'une part, les modules de prestations y sont analysés en fonction de la nécessité de la prise en charge résidentielle des soins aigus à l'hôpital. Comme alternatives, on peut concevoir aussi bien le traitement ambulatoire que le traitement semi-hospitalier. D'autre part, il s'agit aussi de favoriser la création de nouvelles formes de prise charge médicale intégrée à travers des secteurs de prise en charge différents (par exemple « Managed Care »).
- Influence d'effets temporaires : Il s'agit de corriger les résultats de chaque module de prestations en fonction d'une évolution temporaire variable. Deux facteurs d'influence concernent l'homme lui-même en tant que demandeur de prestations sanitaires : évolution démographique et évolution de la morbidité. La nécessité d'une analyse de la statistique démographique est le résultat d'une modification future de la pyramide des âges et du constat corollaire que les patients de plus de 65 ans se rendent à l'hôpital avec une fréquence disproportionnée. Pour l'évolution de la morbidité, vu l'absence de chiffres différenciés relatifs à la morbidité des différents groupes d'âges, on peut déduire via une analyse de régression, le nombre de cas diagnostiques sur la base de données actuelles concernant les traitements par cas. Cette procédure est critiquable en raison notamment de l'impossibilité à identifier les prestations médicalement injustifiées (demande induite par l'offre). De son côté, l'évolution médico-technique peut influencer aussi bien négativement (réduction de la durée d'hospitalisation, moins d'opérations traumatiques) que positivement (augmentation du nombre d'indications pour une mesure thérapeutique) le nombre de cas traités.

5.2.4 Régionalisation du besoin des prestations

Partant d'un besoin au niveau d'un canton (=somme de tous les modules de prestations requis) en prestations résidentielles de soins aigus, réparties selon les domaines spécifiques, il s'agit de le ramener aux différentes régions de la zone à couvrir. Les conditions suivantes devront être requises :

- Définition des régions de prise en charge : Pour la délimitation de ces régions, les critères importants sont l'accessibilité (éloignement raisonnable et possibilités d'accès), la viabilité (minimum de cas en termes d'économicité), la dimension spatiale (prise en compte de la zone à couvrir), la compatibilité incluant les objectifs de la distribution spatiale (couverture suffisante de zones faiblement peuplées) et la fonctionnalité (disponibilité de données sur les régions). Ces critères sont parfois caractérisés par des conflits d'objectifs dont il convient de tenir compte dans la délimitation des régions de prise en charge.
- Flux de patients transfrontaliers : La détermination du mouvement migratoire net peut conduire à une adaptation du nombre de cas de traitement à l'intérieur de certains modules de prestations.

- Particularismes régionaux : On observera les particularités d'ordre géographique (structure de l'habitat) ou résultant d'un besoin de prestations fluctuant (tourisme). Ces spécificités régionales peuvent influencer la délimitation des régions de planification et/ou justifier les capacités de réserve.
- Evolution démographique de la région : Il convient de tenir compte des disparités significatives dans l'évolution de la structure démographique des régions.
- Analyse de la morbidité : Il convient de tenir compte des disparités significatives dans l'évolution de la morbidité des régions.

Les modules de prestations requis en fonction des domaines spécifiques, désignés ICD-10/ICPM ou forfaits par cas, sont ramenés via la provenance des patients (par exemple numéro postal d'acheminement) aux différentes régions et aux patients domiciliés hors des régions de planification. Les modules de prestations régionaux en fonction du domaine spécifique sont ensuite ajustés en appliquant les facteurs d'adaptation au niveau du canton.

5.2.5 Planification-cadre hospitalière

La planification-cadre hospitalière se termine par la détermination du besoin régional des prestations par spécialité. C'est à ce niveau que la politique est interpellée, afin de fixer, par des décisions normatives, des priorités en matière économique ou dans la prise en charge que ce soit à l'échelon cantonal ou à l'échelon national. Le plan-cadre hospitalier démontrera, quant à lui, quels sont les sites dotés de divisions spécialisées autorisés à participer à la prise en charge. En tant qu'agents payeurs, les assureurs maladie négocient avec les hôpitaux les participations, les coûts et la qualité des prestations hospitalières à fournir aux assurés et concluent des conventions sur la structure des prestations.

6. Organisation hospitalière pour l'orthopédie

6.1 Introduction

Les principes du modèle décrits dans le chapitre 5 vont être appliqués sur un cas concret de spécialité médicale en vue d'établir un modèle simple d'organisation hospitalière basée sur les prestations pour le canton de Vaud. La spécialité médicale choisie est la chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil moteur. Elle s'est imposée pour deux raisons :

- La chirurgie orthopédique est une discipline médicale dont la demande de soins médicaux est en croissance d'une part à cause de l'augmentation des maladies dégénératives liées au vieillissement de la population et aux progrès des technologies médicales qui font que certains traitements sont effectués chez des patients de plus en plus âgés et d'autre part à cause des pathologies de plus en plus fréquentes chez les pratiquants de sport en tout genre. Le sport prend une place de plus en plus importante dans la vie quotidienne. La prise de conscience d'un effet bénéfique d'une activité sportive dans la prévention des troubles liés à la sédentarité en est la raison principale. Mais l'activité physique peut avoir également son revers et entraîner un grand éventail de pathologies, essentiellement des pathologies de surcharge, encore peu connues de la médecine traditionnelle.
- Dans mon activité professionnelle, je suis en charge de la direction d'un établissement universitaire spécialisé en orthopédie et traumatologie de l'appareil moteur, l'Hôpital Orthopédique de la Suisse Romande à Lausanne. De plus, j'ai exercé mon activité professionnelle précédente dans une société suisse active dans la conception et la fabrication d'implants orthopédiques. J'ai donc acquis au travers de mon parcours professionnel une bonne connaissance de ce secteur.

La première partie de ce chapitre consiste en une présentation des statistiques d'activité en orthopédie pour l'année 2000 dans le canton de Vaud et la seconde partie établit, sur cette base et en suivant les recommandations du Conseil d'Etat vaudois, un certain nombre de directives en vue de définir une nouvelle organisation hospitalière.

6.2 Statistiques de l'activité orthopédique du canton de Vaud

Pour appliquer ce nouveau modèle de planification hospitalière, il est nécessaire de disposer de statistiques sur l'activité en chirurgie orthopédique des établissements de soins aigus somatiques du canton de Vaud. Pour ce faire, nous avons isolé un certain nombre de pathologies caractéristiques de l'orthopédie chez l'adulte que ce soit au niveau du membre supérieur, du tronc ou du membre inférieur. Chaque pathologie est caractérisée par un code diagnostic, le diagnostic, le type d'intervention chirurgicale et le code opératoire. Ce choix représente un échantillonnage suffisant, représentatif de l'activité orthopédique d'un établissement de soins aigus, qu'il soit public, reconnu d'intérêt public ou privé. Il a été validé par un médecin chef d'un hôpital de zone et par le chef du service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du CHUV. La liste des diagnostics choisis dans cet échantillon est illustrée dans le tableau IV.

<i>MEMBRE SUPERIEUR</i>			
<i>Code</i>	<i>Diagnostic</i>	<i>Opération</i>	<i>COP</i>
Z47.0	Status post-ostéosynthèse de l'épaule	AMO membre supérieur	78.62
M75.-	Syndrome de la coiffe des rotateurs	Acromioplastie	77.31
M19.—	Arthrose de l'épaule	Arthroscopie épaule	80.21

M24.--	Lésions de l'épaule		
M19.01	Arthrose de l'épaule	Prothèse céphalique épaule	81.81
S42.-	Fracture de l'épaule		
G56.0	Syndrome du canal carpien	Libération canal carpien	04.43
M19.01	Arthrose de l'épaule	Prothèse totale épaule	81.80
S42.-	Fracture de l'épaule		
TETE ET TRONC			
M41.--	Scoliose	Spondylodèse	81.07 81.08 81.05 81.06
MEMBRE INFERIEUR			
M17.-	Coxarthrose	Arthroplastie totale hanche	81.51
M17.-	Gonarthrose	Arthroplastie totale/partielle genou	81.54
M23.—	Lésions du genou	Plastie ligaments genou	81.45
S83.--	Déchirure des ligaments du genou		
M23.—	Lésions du genou	Ménissectomie arthroscopique du genou	80.6 + 80.26
S83.--	Déchirure des ligaments du genou		
Z47.0	Status post-osteosynthèse du tibia	AMO tibia	78.67
T84.-	Luxation de prothèse hanche	Réduction fermée de luxation de la hanche	79.75
Z47.0	Status post-osteosynthèse du fémur	AMO fémur	78.65
T84.-	Luxation et descellement de prothèse de hanche	Révision et changement de prothèse de hanche	81.53
M22.—	Lésions de larotule	Arthroscopie diagnostique du genou	80.26 (seul)
S82.—	Fracture de la jambe		
S83.--	Déchirure des ligaments du genou		
M20.1	Hallux valgus	Cure de hallux valgus	77.51
S71.--	Fracture pertrochantérienne	Réduction fermée et ostéosynthèse du trochanter	79.15
S72.0-	Fracture du col du fémur	Arthroplastie céphalique hanche	81.52
T84.-	Luxation et descellement de prothèse du genou	Révision et changement prothèse genou	81.55

Tab. IV : Liste des diagnostics orthopédiques considérés

L'étape suivante a été de contacter par courrier les responsables d'établissements publics et subventionnés du canton de Vaud afin d'obtenir leur accord pour la mise à disposition par le SCRIS de leurs données d'activité orthopédique pour les années 1999 et 2000. Tous les directeurs d'établissement ont donné leur accord. Pour les institutions privées, le SCRIS a fourni une statistique d'activité globale de l'ensemble de ce type d'établissements.

Il est à noter que nous nous sommes restreints aux résultats de l'année 2000, la qualité des codages diagnostiques et opératoires étant jugée insuffisante pour l'année 1999, et les chiffres 2001 pas encore disponibles.

La liste des établissements concernés par cette demande est présentée dans le tableau V.

Nom de l'établissement	Commune de domicile	Hôpital public P ou reconnu d'intérêt public (RIP)
Hôpital du Châblais	Aigle-Monthey	RIP
Ensemble Hospitalier de la Côte	Morges-Aubonne	RIP
Groupement Hospitalier Ouest Lémanique	Nyon	RIP
Centre Hospitalier Yverdon Chamblon	Yverdon	RIP
Hôpital Intercantonal de la Broye	Payerne-Estavayer	RIP
Réseau Hospitalier St-Loup-Orbe	Pompaples-Orbe	RIP
Hôpital Riviera	Vevey-Montreux	RIP
Hôpital du Pays d'Enhaut	Château d'Oex	RIP
Hôpital de Lavaux	Cully	RIP

CSSC	Sainte-Croix	RIP
Hôpital Orthopédique	Lausanne	RIP
Etablissements privés du canton	----	Privé

Tab. V : Liste des établissements concernés par la statistique d'activité

Les résultats anonymisés par établissement sont présentés de manière synthétique en annexe 1 pour l'année 2000. Les résultats détaillés par établissement sont illustrés dans l'annexe 2. Par souci de compréhension pour la suite, nous pouvons préciser que l'hôpital 11 représente l'Hôpital Orthopédique intégrant le service universitaire et l'hôpital 12 représente l'ensemble des hôpitaux privés.

6.3 Principes d'une planification hospitalière pour l'orthopédie

En se basant sur les principes décrits dans le chapitre 5 et en utilisant les données d'activité en chirurgie orthopédique de l'année 2000, un certain nombre de directives peut être déterminé en vue d'élaborer une planification hospitalière orientée sur les prestations pour l'orthopédie dans le canton de Vaud.

6.3.1 Intégration des cliniques privées dans la planification hospitalière

En lien avec le projet de révision de la LAMal sur le financement hospitalier, il paraît opportun d'intégrer les cliniques privées dans notre modèle de planification hospitalière cantonale orientée sur les prestations. En effet, comme le canton sera amené à participer aux frais d'exploitation et d'investissement liés aux prestations LAMal des divisions des hôpitaux privés, il va voir sa participation augmenter. Cette participation cantonale non différenciée aux frais d'exploitation et d'investissement des hôpitaux publics et des cliniques privées risque de favoriser une inégalité devant les charges publiques en défaveur des hôpitaux publics. Ceux-ci n'auront pas la possibilité de choisir leurs patients et devront assumer les frais de formation et de recherche qui leur sont traditionnellement dévolus. Pour compenser les distorsions de concurrence, le canton pourrait imposer des tâches aux hôpitaux privés par le biais de l'autorisation d'exploitation, par une planification restrictive et par la détermination de mandats de prestations limités. Les modifications prévues de la LAMal auront donc pour effet de favoriser l'interventionnisme cantonal dans l'ensemble du domaine hospitalier, ce qui n'est pas de nature à favoriser la concurrence.

Par ailleurs, on peut douter que la LAMal révisée constitue une base légale suffisante pour permettre au canton d'imposer des obligations à des institutions privées par le biais de conditions d'inscription dans la liste hospitalière. De telles conditions devraient être prévues dans le droit cantonal, le cas échéant dans les conditions de l'autorisation d'exploitation des anciennes ou nouvelles institutions. La loi sanitaire cantonale peut ainsi prévoir des conditions strictes à l'exploitation des établissements hospitaliers publics et privés, elle peut aussi permettre d'imposer des charges et de prévoir une autorité de surveillance, tant du respect des conditions d'exploitation que du mandat de prestations attribué. Ce n'est que par ce biais que le canton pourra se donner les moyens légaux de contrôler la gestion, l'utilisation des contributions publiques et le respect du mandat par l'ensemble des établissements figurant sur la liste hospitalière, qu'ils soient publics ou privés.

Ces arguments sont de nature à conduire le gouvernement vaudois à inclure les cliniques privées dans l'organisation hospitalière. Notre modèle se basera donc sur cette hypothèse.

6.3.2 Prise en charge des pathologies complexes

Sur la base des données 2000, il apparaît très clairement que l'activité en orthopédie, considérée comme complexe (pathologies du rachis, changements de prothèses totales de hanche et de genou,

arthroplasties totales de l'épaule), est réalisée principalement en milieu universitaire et, pour quelques cas, dans certains hôpitaux périphériques ayant une pratique suffisante de ce type d'interventions, mais quasiment pas dans les établissements privés. Cette pratique justifie et renforce le rôle du centre universitaire. La procédure, consistant à envoyer les cas difficiles en milieu universitaire, ne se fait pas uniquement pour des raisons médicales, mais aussi pour des raisons économiques. En effet, la prise en charge de ce type de cas est souvent synonyme de durée de séjour longue, engendrant des coûts importants avec, pour conséquence, un effet significatif sur le budget de l'établissement.

Le financement par APDRG, mis en place depuis le début de cette année, qui contraint les hôpitaux à être de plus en plus performants au niveau des durées moyennes de séjour, a également une influence ne visant pas à diminuer cette pratique. Il est donc absolument essentiel que la sévérité et la lourdeur d'un cas soient correctement prises en compte dans ce nouveau mode de financement afin d'éviter la dérive d'un transfert réalisé principalement pour des raisons économiques. La version actuelle des APDRG ne tient pas suffisamment compte de cette situation. Il est à souhaiter que la version 4.0 Refined des APDRG, qui est en préparation actuellement, traduise plus finement, par une adaptation du « cost-weight », la complexité d'un cas.

La directive pour la planification hospitalière de ce type de prestation est la confirmation de la pratique actuelle, c'est-à-dire un transfert vers le centre universitaire. Dans l'éventualité où la demande est trop forte et qu'elle ne peut être absorbée par le centre universitaire, il pourrait être également envisageable de donner à un hôpital de zone un mandat de prestation pour une prise en charge spécifique, comme par exemple les reprises de prothèses totales de genou. Cela permettrait d'ajouter à la carte hospitalière cantonale un site de référence complémentaire au centre universitaire. Cependant, il s'agira de veiller à ne pas octroyer des mandats de prestations pour la prise en charge de pathologies complexes à l'ensemble des hôpitaux, sous prétexte de maintenir une offre de proximité à la population. L'autorisation pour l'établissement doit se justifier par le fait que l'équipe chirurgicale est habilitée à cette pratique, avec la possibilité de parfaire la formation en milieu universitaire. Une alternative serait que l'opérateur exerçant en service universitaire se déplace et mette à disposition son expertise dans les sites hospitaliers autorisés, qu'ils soient publics ou privés. Cette possibilité se pratique actuellement de temps en temps.

Le centre universitaire peut rencontrer certaines difficultés à absorber la forte demande. Il doit se centrer sur sa mission prioritaire qui est de soigner les cas nécessitant un plateau médico-technique de niveau élevé. Dans ce cadre, il serait même envisageable, pour « décharger » quelque peu le centre universitaire, que certaines pathologies dites courantes, par exemple les fractures du col du fémur, soient traitées dans un centre hospitalier.

6.3.3 Arthroplasties : volume d'activité et résultats cliniques

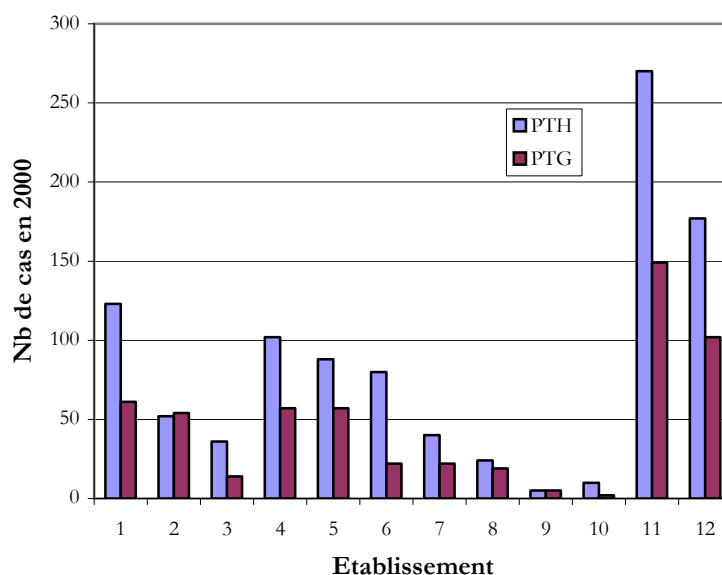
Le volume des prothèses totales de la hanche et de genou implantées durant l'année 2000 a été isolé et présenté dans le tableau VI. Ces deux types d'intervention représentent un bon indicateur de l'activité orthopédique d'un établissement car ils nécessitent un plateau médico-technique sophistiqué et des équipes aux compétences pointues, qu'elles soient médicales, soignantes ou médico-thérapeutiques. Ces résultats montrent que certains établissements réalisent un faible nombre d'interventions de ce type (< 10/an).

Des études dans d'autres spécialités médicales (chirurgie cardiovasculaire¹⁷, cardiologie interventionnelle¹⁸, médecine interne¹⁹) que l'orthopédie mettent en évidence que les hôpitaux qui ont un volume d'activité important ont un taux de mortalité inférieur. La plupart de ces études se sont concentrées pratiquement exclusivement sur la chirurgie cardiaque et peu d'entre elles ont été réalisées dans les spécialités chirurgicales améliorant la qualité de vie comme la chirurgie orthopédique et plus spécifiquement dans cette discipline, les arthroplasties totales de hanche et de genou. De plus, l'indicateur « taux de mortalité » est inadapté pour évaluer la relation entre le volume et le résultat car le décès est rare après ce type d'intervention.

Des études américaines et européennes évaluant l'effet du volume d'activité sur le taux de complications à l'hôpital pour les prothèses du genou²⁰ et les prothèses totales de hanche^{21,22,23,24} ont

montré que les hôpitaux qui ont un volume d'activité élevé (plus de 100 arthroplasties par année) ont un taux de complications inférieur à ceux qui ont un volume d'activité plus faible.

Si nous devons appliquer les recommandations publiées dans certaines études américaines, seuls quelques établissements hospitaliers de notre canton auraient une activité suffisante pour pratiquer l'arthroplastie totale de genou ou de hanche avec un risque minimum de complications hospitalières. Il est donc légitime de poser la question de savoir s'il est judicieux d'autoriser les hôpitaux avec un volume insuffisant d'interventions de ce type à les pratiquer si nous voulons assurer une qualité et une sécurité des soins ainsi qu'une utilisation efficace des moyens financiers. Quant aux cliniques privées, même si nous ne disposons pas des données par établissement, elles n'auraient probablement pas le volume suffisant. Mais il est vrai que le nombre d'arthroplasties réalisé aux Etats Unis n'est pas comparable à celui de la Suisse, même si la densité de chirurgiens orthopédistes n'est pas tellement inférieure à celle de notre pays.



Tab. VI : Volume de prothèses de hanche et du genou implantées en 2000 par établissement

Certains auteurs^{23,24} ont montré que la relation entre le volume d'activité par chirurgien et le taux de complications était qualitativement comparable à la relation entre le volume d'activité par hôpital et le taux de complications. Par exemple, pour les prothèses totales de hanche, Katz et al.²³ ont démontré que le taux de luxations est significativement inférieur chez les chirurgiens orthopédistes exerçant ce type d'intervention plus de 10 fois par année.

Dans le canton de Vaud, la densité de chirurgiens orthopédistes est particulièrement élevée (une des plus élevées de Suisse). La communauté de chirurgiens orthopédistes FMH est composée de médecins exerçant en service universitaire (avec un statut de salarié), de médecins exerçant en hôpital subventionné (avec un statut d'indépendant) et de médecins installés en privé. Si nous considérons la demande d'arthroplasties de genou dans le canton et que nous la divisons par le nombre de chirurgiens orthopédistes FMH autorisés à pratiquer dans le canton, nous arrivons à un nombre d'interventions inférieur à 10, ce qui est insuffisant pour garder une pratique sûre et efficace. D'autant que la majorité d'entre eux, installés en privé, ne peuvent prendre en charge que les patients avec une assurance privée ou semi-privée, représentant un maximum de 30% du potentiel de patients.

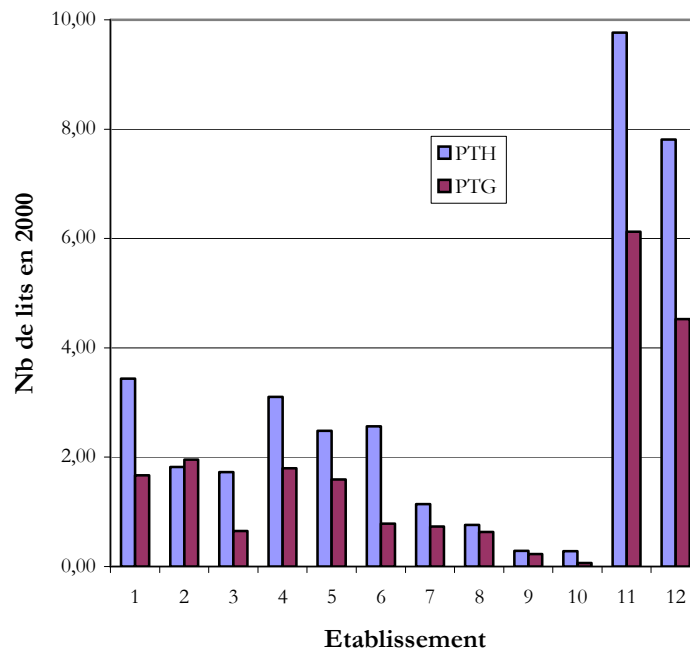
La planification hospitalière doit intégrer le fait que l'offre pour ce type d'interventions doit être proposée dans des centres ayant un volume suffisant, offrant une structure de prise en charge médicale et soignante de qualité. Sur la base de la carte sanitaire actuelle et en maintenant une proximité suffisante entre l'hôpital et la population, nous pourrions définir une nouvelle organisation hospitalière en imaginant 4 centres hospitaliers autorisés à pratiquer ce type

d'interventions :

- un site dans l'ouest lémanique du canton couvrant la région de la Côte,
- un site dans le nord couvrant le Nord Vaudois, la Broye et la Vallée de Joux,
- un site pour le centre couvrant Lausanne, son agglomération et le Gros de Vaud (avec éventuellement une partie de la Broye),
- un site dans l'Est vaudois couvrant la Riviera et le Chablais.

Pour rappel, l'Hôpital Orthopédique joue le rôle de centre hospitalier spécialisé pour Lausanne et son agglomération et de service universitaire pour le canton de Vaud.

Ces quatre centres hospitaliers devraient disposer d'une infrastructure suffisante pour couvrir la demande en arthroplasties pour le canton, s'élevant actuellement à approximativement à 900 par année pour les hanches et à 600 par année pour les genoux, s'agissant des hôpitaux publics et subventionnés. Sur le tableau VII est représenté le nombre de lits utilisés pour l'hospitalisation des patients demandant une arthroplastie totale de hanche ou de genou en 2000. Ces valeurs ont été déterminées sur la base des volumes de prothèses de hanche et de genou par établissement (cf. tableau VI) et des durées moyennes de séjour par établissement (cf. tableau VIII) pour ce type de prise en charge. S'agissant des hôpitaux publics ou subventionnés, il apparaît qu'un transfert de ce type d'activité des petits établissements vers les centres hospitaliers est envisageable car il ne concerne pas un nombre très élevé de lits. Par exemple, un transfert de la prise en charge des prothèses totales de hanche et de genou de l'hôpital 7 vers un centre hospitalier ne concernerait qu'1.6 lits. Cependant, il devrait être prévu de doter les centres hospitaliers, qui verraient leur activité d'orthopédie élective augmenter, d'infrastructures et de personnel supplémentaires, notamment au niveau du plateau médico-technique.



Tab. VII : Nombre de lits utilisés pour les PTH et les PTG en 2000

La situation proposée diffère quand même de façon significative de celle qui prévaut actuellement puisque nous passons, pour les hôpitaux publics ou subventionnés, de 11 à 4 sites. Cette modification de l'organisation hospitalière dans ce domaine ne se ferait pas sans difficulté. Une démarche importante d'information à la population devrait être réalisée par les pouvoirs publics, expliquant l'intérêt d'une telle démarche dans une optique de sécurité et de qualité des soins

et pas uniquement de rationnement ou d'économies. Cette distribution en 4 centres pour ce type de prise en charge suit dans les grandes lignes, celle qui est préconisée par le Conseil d'Etat dans son rapport sur les perspectives de l'organisation hospitalière cantonale publiée en 2001 (cf. 4.5).

Cette démarche de transfert d'activité des hôpitaux régionaux vers les centres hospitaliers serait synonyme de substantielles économies si elle était introduite pour d'autres spécialités chirurgicales. Les hôpitaux régionaux verraient ainsi leur plateau technique se réduire de manière significative, notamment au niveau du bloc opératoire.

6.3.4 Evolution de la demande d'arthroplasties

Une planification orientée sur les prestations orthopédiques doit tenir compte de l'évolution de certaines prises en charge, notamment celle des arthroplasties. En effet, le volume de prothèses totales de hanche et de genou a largement augmenté au cours de ces dix dernières années. Par exemple, pour l'Hôpital Orthopédique, le volume a pratiquement doublé. Cette croissance est liée, d'une part au vieillissement de la population avec pour conséquence une implantation de ces prothèses chez des personnes de plus en plus âgées et, d'autre part aux progrès des technologies médicales qui font que ces prothèses sont de plus en plus performantes et destinées à des patients jeunes (moins de 60 ans), souffrant de pathologies dégénératives.

Dans notre modèle de planification, il s'agit de quantifier le potentiel de croissance de cette activité afin qu'il puisse être intégré dans les perspectives de développements des institutions hospitalières concernées. Si l'augmentation de la demande ne peut être absorbée par manque de ressources, nous devons faire face à offre insuffisante, conduisant inévitablement à une liste d'attente. Décider si notre système de santé peut tolérer cette pratique est une question de portée politique. A ce jour, aucune de nos autorités n'a pris véritablement position sur ce sujet. Certains pays européens ont l'expérience de longues listes d'attente ; par exemple, en Grande Bretagne, pour une arthroplastie totale de la hanche, le patient qui n'a pas de couverture d'assurance privée doit attendre son hospitalisation plus de 18 mois. Dans notre système de santé, cette attente est considérée comme inacceptable pour le patient.

6.3.5 Coût du traitement hospitalier et volume d'activité

La relation entre le volume d'activité et le coût d'un traitement hospitalier est encore peu documentée. Dans son rapport intermédiaire au Grand Conseil sur l'organisation hospitalière (cf. 4.5), le Conseil d'Etat fait état d'une taille optimale d'un centre hospitalier de 200 à 400 lits pour un bassin de population de 100'000 à 150'000 habitants.

Dans le domaine des prestations orthopédiques et notamment les arthroplasties totales du genou, Guttierrez et al.²⁵ ont montré que des établissements augmentant leurs volumes économisaient 10% sur le coût moyen d'un traitement. Cette économie est difficilement quantifiable pour nos hôpitaux mais il est vraisemblable que sur certains composants du coût d'une arthroplastie, comme par exemple celui des éléments prothétiques, les établissements avec un gros volume d'interventions peuvent négocier des rabais avec les fournisseurs de matériel implantable. Sur la durée moyenne de séjour également, les services d'orthopédie entraînés par une pratique régulière peuvent être plus performants et la diminuer, induisant ainsi une économie des journées d'hospitalisation.

6.3.6 Prise en charge des pathologies simples

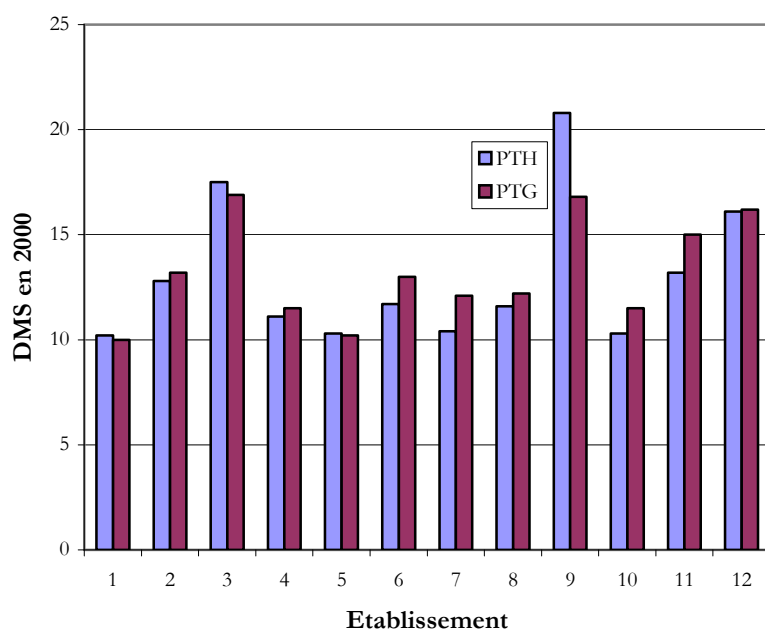
La prise en charge des pathologies simples, comme par exemple les lésions ligamentaires du genou, les status post-ostéosynthèse, les syndromes du canal carpien ou les fractures du col du fémur se répartit de manière relativement homogène entre les différents établissements du canton. Ces diagnostics peuvent être traités par des hôpitaux de moyenne importance n'ayant pas obligatoirement un volume d'activité élevé pour chaque diagnostic concerné. Il n'y a très certainement pas lieu de modifier fondamentalement la pratique actuelle mais, sur la base des

arguments développés ci-dessus pour les arthroplasties de hanche ou de genou, il conviendrait, pour des raisons économiques, de donner aux 4 centres hospitaliers du canton la mission de prendre en charge ces pathologies courantes.

Des pathologies dites simples, comme par exemple les lésions ligamentaires du genou survenant chez les sportifs, doivent être traitées par une unité spécialisée disposant d'une expérience importante et d'un volume d'activité élevé afin d'offrir un suivi efficace dans les phases d'hospitalisation et de rééducation, diminuant ainsi le risque de complications avec d'éventuelles réhospitalisations. Dans le canton de Vaud, seuls deux ou trois centres respectent ces critères. Ces centres doivent être reconnus dans l'organisation hospitalière en leur attribuant un mandat de prestations pour ce type de prises en charge.

6.3.7 Organisation hospitalière et séjours de réadaptation

Nos données d'activité de l'année 2000 incluent les durées moyennes de séjour (DMS) d'hospitalisation par diagnostic. Nous avons représenté dans le tableau VIII, les DMS par établissement pour les prothèses totales de la hanche et du genou. Cet indicateur doit être analysé avec prudence car il peut arriver que ce type d'intervention nécessitant une hospitalisation de plus de 10 jours inclut un certain nombre de journées inappropriées comme l'attente d'une place disponible dans un centre de traitement et de réadaptation (CTR). Ce phénomène de manque de places en CTR se confirme de plus en plus dans le canton, et particulièrement en région lausannoise.



Tab. VIII : DMS par établissement pour les PTH et des PTG en 2000

Une planification orientée sur les prestations ne doit pas considérer le traitement que dans sa phase aiguë mais aussi dans sa phase de réadaptation. Par exemple, la prise en charge « gonarthrose + arthroplastie totale du genou » chez un patient de plus de 70 ans requiert entre 10 et 15 jours d'hospitalisation en soins aigus et, suivant le contexte social et familial, entre une semaine et trois semaines de séjours en CTR. Il serait incohérent de créer une offre de prestations orthopédiques en soins aigus dans une région qui ne soit pas accompagnée d'une offre suffisante en réadaptation. Le vieillissement de la population, avec pour conséquence des patients de plus en plus âgés à hospitaliser, souffrant de plusieurs pathologies additionnelles à celle de l'appareil locomoteur, ne va qu'accroître cette demande de prise en charge globale et multidisciplinaire, conduisant inévitablement à une hausse des demandes de séjours en CTR ou en établissement médico-social

(EMS).

La mise en place récente des réseaux de soins dans le système sanitaire vaudois a justement pour objectif de fournir une structure visant à coordonner la prise en charge globale du patient. Il reste cependant à évaluer concrètement son effet sur le terrain. Une des conditions essentielles pour que cet impact soit favorable est de pouvoir disposer d'un nombre de lits de CTR ou d'EMS suffisant au sein du réseau, sous peine de créer une inefficience non pas dans la prise en charge aiguë des patients mais dans leur orientation. Cette condition n'est actuellement pas remplie, particulièrement dans la région lausannoise.

Il est à souligner que les entités multisites qui disposent d'un site soins aigus et d'un site de réadaptation (EHC, CHYC, ResHo et Hôpital Riviera) peuvent déjà actuellement fonctionner avec une organisation optimum dans la prise en charge du patient. En effet, la structure multisite permet une durée de séjour hospitalier en soins aigus minimum et un transfert dans des bonnes conditions dans une structure de réadaptation.

6.3.8 Activité orthopédique dans les cliniques privées

L'activité réalisée par les établissements privés est relativement élevée en nombre de cas, puisqu'elle représente en 2000 34% du nombre total de cas de l'ensemble des hôpitaux du canton. Cette activité se compose principalement de gestes simples comme la prise en charge du syndrome du canal carpien (représentant 48% de l'activité totale des diagnostics considérés) ; le reste se répartit entre les pathologies du genou, qu'elles soient ligamentaires ou articulaires, et les prothèses totales de la hanche.

La prise en charge de pathologies complexes n'est pratiquement pas réalisée dans ce type d'établissements. Cette pratique semble justifiée et il convient de maintenir ce statu quo. Comme mentionné précédemment, nous ne disposons pas de données par établissement mais uniquement de l'activité agrégée de l'ensemble des établissements. Le nombre important de cliniques privées, au regard de la population du canton de Vaud, ajouté au nombre élevé de chirurgiens orthopédistes installés en pratique privée, fait que l'offre est supérieure à la demande. Dans le but de maintenir une activité suffisante, les cliniques privées sont incitées à développer un axe de clientèle étrangère.

Ce surplus d'offre a pour conséquence une surconsommation médicale synonyme d'augmentation des coûts. Le nombre de chirurgiens installé en pratique privée dans le canton de Vaud induit une multiplication de gestes qui risquent de n'être pas toujours médicalement indiqués. Cet état de fait est confirmé par l'exemple du nombre d'arthroscopies diagnostiques du genou pratiquées par les établissements privés pour l'année 2000, qui est nettement supérieur à celui de l'ensemble des établissements publics et subventionnés. Ce geste chirurgical n'est très certainement pas indispensable dans tous les cas. Il est, par ailleurs, étonnant, que les assureurs honorent sans contestation des factures de patients d'un montant important avec une couverture d'assurance privée alors qu'ils contestent régulièrement des prestations ambulatoires d'un montant nettement moins élevé.

7. Discussion

7.1 Système de financement hospitalier par APDRG : condition nécessaire à une planification orientée sur les prestations

En introduisant en Suisse au début de cette année un nouveau système de financement par APDRG pour les soins aigus somatiques des établissements publics et subventionnés, le canton de Vaud fait figure de précurseur, avec le canton de Zürich. Ce système est mis en place en complément de l'enveloppe budgétaire pour une durée de deux ans, soit jusqu'en 2004. Précédemment, les hôpitaux du canton de Vaud étaient financés par un budget global prospectif, avec une correction rétrospective en fonction de l'activité, mais uniquement pour la part du coût du marginal. En 2002 et 2003, les partenaires ont décidé de maintenir un système mixte, à savoir que le calcul du budget et la correction sur l'activité se feront sur la base des APDRG mais le financement restera basé sur un budget global prospectif. Dès 2004, le financement par APDRG sera intégral. Cette période de transition a été décidée pour, d'une part, tester les APDRG sans entraîner des risques importants pour les hôpitaux ou pour les payeurs et, d'autre part, pour laisser le temps nécessaire aux établissements hospitaliers de se préparer à cette évolution majeure que représente ce nouveau système de financement hospitalier.

Quels sont donc les principaux changements et les conditions de réussite pour les acteurs du système de santé que sont l'administration de la santé, les hôpitaux et les assureurs ?

- Pour les administrations publiques, il s'agira de maîtriser les techniques d'encadrement du marché (incitation et évaluation) afin de répondre aux objectifs d'un Etat garant plutôt qu'un d'un Etat fournisseur et administrateur de prestations. Le problème essentiel sera d'éviter la sélection des risques par les assureurs et les prestataires de soins, et d'inciter les partenaires à une gestion coordonnée des soins et de la qualité et non seulement des coûts.
- Pour les établissements hospitaliers, ils devront offrir sur le marché des prestations attractives en matière de qualité, de coordination des soins et de prix. Ils devront avoir pour objectif d'investir dans une information sur la qualité et sur les coûts. L'introduction des forfaits par cas permettra aux cadres hospitaliers qu'ils soient médecins, infirmiers ou administrateurs d'acquérir une culture médico-économique commune, élément indispensable à une gestion efficace des prestations et de la qualité.
- Pour les assureurs, il s'agira d'évoluer vers une position centrale entre les assurés et les fournisseurs de soins, en offrant des plans de santé attractifs au niveau des primes et de la qualité des soins. Il s'agira également de maîtriser l'évaluation et la gestion des risques. En tant qu'acheteurs de prestations pour leurs assurés, ils devront négocier des contrats globaux basés par exemple sur la capitation avec les prestataires de soins ou négocier des paquets de prestations avec différents fournisseurs et gérer eux-mêmes la coordination des soins.

Indéniablement, les négociations entre les assureurs et l'Etat ne vont pas se simplifier, les mécanismes de partage de financement devenant encore plus complexes. Prenons l'exemple d'un service d'urgence : même s'il n'y pas d'urgence, donc de prestation, le coût existe car il doit y avoir une disponibilité d'infrastructure et de personnel qualifié 24 heures sur 24 toute l'année. Il y a là des frais fixes indépendants du nombre de prestations. Quelle sera l'attitude des assureurs dans la négociation liée au financement de ce type de prestations ? Seront-elles entièrement financées par l'Etat ? Prenons un autre exemple : les assureurs négocient 1'000 prestations d'un certain type avec un hôpital. Quelle est la conséquence si l'établissement en réalise seulement 800 ? Devra-t-il

rembourser les 200 prestations non effectuées sachant qu'il a mis en place une infrastructure pour réaliser ces 1'000 prestations ? Autant de questions qui restent sans véritable réponse à ce jour.

Par ailleurs, dans tous les pays européens, quel que soit leur système d'assurance maladie, les hôpitaux, plus particulièrement les hôpitaux publics, jouent un rôle fondamental dans la formation des médecins et des autres professions de la santé, dans la recherche médicale et la prise en charge des personnes posant des problèmes sociaux. A ce titre, les interventions de l'hôpital dépassent le cadre strict de la prise en charge des problèmes de santé. Il est difficile de tenir compte de ces tâches particulières de manière adéquate dans les DRG.

Les discussions dans notre pays montrent que les tâches particulières devraient être financées séparément, sous forme de programmes nationaux ou cantonaux. Cette orientation rencontre toutefois des difficultés d'application, notamment sur la manière de valoriser les prestations particulières. Il faut éviter que les hôpitaux publics disposent d'un avantage concurrentiel inapproprié dans le cas où ces programmes financeraient plus que les coûts des prestations particulières ou que les établissements publics soient conduits à faire de la médecine « de moins bonne qualité » parce que ces prestations seraient mal remboursées.

Au vu des arguments développés ci-dessus, il est évident que l'introduction et l'acceptation d'un tel système au niveau national par les différents acteurs ne se fera pas sans difficulté, mais un nouveau modèle d'organisation hospitalière orienté sur les prestations ne pourra se réaliser que si la réforme du système de financement hospitalier par la mise en œuvre des APDRG est un succès et atteint l'objectif de maîtrise des coûts.

7.2 Rôle du centre universitaire

Notre modèle d'organisation hospitalière doit renforcer la mission du centre universitaire, principalement dans son rôle de centre de référence pour la prise en charge des pathologies complexes. Il s'agit de mettre en place dans le canton un système de triage des patients permettant de détecter les cas lourds et de les transférer vers le service universitaire. Ce système doit fonctionner, indépendamment de la couverture assécurologique du patient.

Le traitement de pathologies complexes ne pourrait se faire en clinique privée que si l'établissement a prouvé que l'équipe médicale avait les qualifications et la pratique requises pour ce type de prise en charge. Ce principe est en complète opposition avec le système actuel qui permet à un chirurgien FMH de pratiquer n'importe quelle intervention indépendamment de sa complexité. La prise en compte de cette procédure de transfert dans l'organisation hospitalière devra se faire en concertation entre les différents acteurs, toujours dans le but d'offrir la meilleure prise en charge pour le patient avec le maximum d'efficacité.

En partant de l'hypothèse que les cas complexes sont transférés vers le centre universitaire ou vers un centre hospitalier habilité à ce type de prise en charge, il est essentiel que le codage par APDRG des ces traitements orthopédiques tiennent suffisamment compte de la sévérité et la lourdeur du cas, sinon le site concerné sera pénalisé au niveau du remboursement de l'hospitalisation.

Dans le système qui est en vigueur actuellement, le prix du point APDRG pour les hôpitaux universitaires est de 20% supérieur à celui des autres hôpitaux, déduction faite des coûts de formation et de recherche. Cette différence justifiée est remise en cause par les assureurs et il n'est pas certain qu'elle puisse être maintenue à long terme. Il faudra donc être attentif à ce que les versions suivantes des DRG prennent mieux en compte cette lacune par une adaptation du « cost-weight » plutôt que par une différenciation sur le prix du point. Elles doivent également mieux intégrer l'évolution rapide des technologies médicales. Actuellement, le groupe APRDG Suisse travaille sur cette question et s'oriente vers une version « refined » des DRG, les IRDRG.

7.3 Rôle des centres hospitaliers et des hôpitaux régionaux

Notre proposition pour la prise en charge des pathologies orthopédiques courantes fait état d'une organisation hospitalière composée de quatre centres hospitaliers selon la répartition géographique définie sous 6.3.3. Il est évident que la restriction du nombre d'établissements prenant en charge ces pathologies conduit à écarter quelque peu la notion de proximité, ce qui ne pourra être accepté par la population vaudoise que si nos autorités politiques montrent l'intérêt d'une telle démarche pour le patient. Cela passe par un effort important d'information en démontrant que proximité ne rime pas forcément avec sécurité et qualité des soins.

Les hôpitaux régionaux n'étant plus autorisés à pratiquer ce type d'intervention verraient donc leur mission évoluer vers des opérations programmées à faible risque et vers de petites urgences. Il en existe un certain nombre en orthopédie programmée mais aussi en traumatologie de l'appareil locomoteur. La limitation de la mission de ces établissements devrait se faire en adaptant leur mandat de prestations ; les compétences requises pour cette procédure étant du ressort des autorités cantonales.

7.4 Rôle des cliniques privées

L'hypothèse d'une intégration des établissements privés dans l'organisation hospitalière cantonale n'est pas aisément traductible en terme d'exigences dans la définition de mandats de prestations. La planification actuelle définit quelle institution est admise à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins. Avec le projet de révision de la LAMal, même si le modèle de planification évoluera, il ne pourra pas véritablement limiter les mandats de prestations des établissements privés. Seule la loi sanitaire cantonale pourrait imposer des conditions strictes d'exploitation et éventuellement restreindre le catalogue de prestations qu'ils sont autorisés à pratiquer.

Dans le domaine des prestations orthopédiques, la réglementation est difficile car même si l'institution privée a un volume total suffisant d'interventions pour maintenir une qualité de prise en charge optimum, le nombre par opérateur reste faible, en regard du nombre important de chirurgiens opérant en clinique privée. La réglementation devrait donc s'effectuer au niveau du chirurgien en l'autorisant à traiter les pathologies dont il assure un volume annuel suffisant pour maintenir une pratique sûre et efficace. La procédure de contrôle est conforme à la LAMal mais n'est pas évidente à mettre en place notamment dans la définition de l'organe de contrôle ; est-ce le Service de la Santé Publique ou est-ce la société de la spécialité médicale concernée, en l'occurrence la Société Suisse d'Orthopédie ? En tous les cas, cette procédure est contraire à la liberté d'exercice d'un médecin FMH installé en cabinet, mais c'est probablement le seul moyen d'augmenter la qualité des prestations et diminuer ainsi le risque de complications.

7.5 Rôle des centres de traitement et de réadaptation

Notre modèle de planification hospitalière orienté sur les prestations se construit sur un système de financement par APDRG qui est appliqué à ce jour uniquement au secteur des soins aigus somatiques. Sont exclus la psychiatrie, la réadaptation et le long séjour.

Dans le domaine des affections de l'appareil locomoteur, il s'agit d'intégrer la réadaptation dans les modules de prestations afin d'assurer une continuité des soins et ainsi éviter un décalage entre l'offre de prestations de soins aigus et de celles de réadaptation. La mise en place des réseaux de soins dans le canton de Vaud doit faciliter cette coordination en maintenant une prise en charge de proximité.

8. Conclusion

Dans un contexte de raréfaction des ressources tant humaines que financières, il apparaît de plus en plus clairement qu'il n'y a pas de solution miracle pour la maîtrise de la hausse des coûts de la santé, que ce soit dans notre pays ou ailleurs dans le monde occidental. Chaque système de santé a démontré ses limites, qu'il soit libéral et obéissant aux règles du marché, comme le système américain ou centralisé avec un pouvoir fort de l'Etat, comme celui de l'Angleterre. Notre système helvétique avec ses particularités et sa complexité est un des plus performants au monde même si son coût est élevé.

Une de nos capacités d'action est l'aménagement progressif de l'offre de soins. L'annonce, chaque année, depuis la mise en place de la LAMal, des hausses de primes d'assurance maladie ainsi que la répartition des coûts d'hospitalisation entre l'Etat et les assureurs sont autant d'éléments qui doivent nous inciter à prendre des mesures échelonnées dans le temps sur l'organisation hospitalière.

Ce travail avait pour objectif d'établir les bases d'une planification hospitalière orientée sur les prestations, l'organisation hospitalière basée sur le nombre de lits ayant démontré son incapacité à maîtriser les coûts. Au travers d'une application concrète à une discipline médicale fortement consommatrice de ressources comme la chirurgie orthopédique, il a été montré qu'il est envisageable d'admettre la faisabilité d'un tel modèle d'organisation hospitalière même si la voie pour y parvenir est longue et difficile dans un système de santé où chaque intervenant qu'il soit médecin, pharmacien, assureur ou patient favorise l'intérêt particulier de sa corporation plutôt que l'intérêt général. Par ailleurs, la politique de santé de notre pays est complexe, liée entre autre à notre fédéralisme et à une orientation clairement libérale avec un haut niveau de solidarité sociale. Ne disposons-nous pas de 27 systèmes de santé différents pour un pays de 7 millions d'habitants ?

Le projet de révision de la LAMal prévoit un financement par les cantons de tous les séjours hospitaliers aussi bien dans les hôpitaux d'intérêt public que dans les cliniques privées. Si le mode de financement préconisé dans ce nouveau projet de loi se base sur un financement à la pathologie tel qu'il est testé actuellement dans les cantons de Vaud ou de Zürich, il y a une véritable opportunité à saisir pour adapter le réseau de nos hôpitaux afin qu'ils soient mieux orientés sur la concurrence et plus transparents au niveau de la tarification. La tâche des autorités cantonales, en accord avec l'autonomie que leur laisse la loi en matière de planification, serait alors de définir et de mettre en place une nouvelle organisation hospitalière cantonale orientée sur les prestations en développant éventuellement des collaborations intercantionales. Ce processus aura pour conséquence une adaptation de la liste LAMal cantonale des hôpitaux à charge de l'assurance de base. Certains hôpitaux régionaux d'intérêt public verront leur mission de soins largement modifiée. Les établissements privés seront mis sur pied d'égalité par rapport aux hôpitaux privés reconnus d'intérêt public car ils disposeront d'un système de financement pratiquement similaire.

Souhaitons que les autorités cantonales aient le courage politique d'entamer cette démarche de modernisation de l'organisation hospitalière. Actuellement, elles ne sont pas véritablement favorables à cette voie au vu des complications qui y sont liées.

Dans le canton de Vaud, l'organisation sanitaire est en mutation depuis quelques années. Elle suit les nouvelles orientations de la politique sanitaire (NOPS) adoptées en 1997. Cependant les effets concrets de ces orientations restent encore difficilement perceptibles. Au niveau de l'organisation hospitalière, le Conseil d'Etat vaudois, dans un rapport au Grand Conseil, a établi des recommandations pour les années à venir. Il n'a pu donner que des réponses partielles et provisoires aux questions touchant à l'organisation hospitalière. Sur le plan financier notamment, la prochaine révision de la LAMal est de nature à conditionner fortement les engagements du canton. Les recommandations préconisent une organisation hospitalière en un nombre restreint de centres

hospitaliers offrant chacun une palette complète de services. Cette organisation basée sur un système de financement intégral par groupes de cas constitue la base pour une planification orientée sur les prestations. La nouvelle planification hospitalière, annoncée l'année passée et pas encore rendue publique par le Conseil d'Etat, se doit d'intégrer ces éléments.

Souhaitons que le projet de révision de la LAMal, qui inclut des changements importants dans notre système de santé, accélère cette dynamique. Malheureusement, la nouvelle répartition des charges entre l'Etat et les assureurs qui n'est pas favorable à l'Etat, ajouté à la situation précaire des finances cantonales, n'encourage pas à un optimisme sans limite pour les prochaines années.

9. Bibliographie

1. Domenighetti G. Equité, priorités sanitaires et société civile. Santé publique et éthique universelle. Paris : Eds Elsevier, 1999.
2. Concurrence accrue dans le domaine de la santé. Commission pour les questions conjoncturelles. Berne, 2000.
3. De Pourville G, Comar L, Bouvier V. Le paiement à la pathologie des hôpitaux : l'expérience française. Rev. Epidem. et Santé Publ., 1994, 42, 68-78.
4. Fetter R, Shin YS, Freemann JL et al. Casemix definition by diagnosis related groups. Medicare, 1980, 18:2, 1-53.
5. Bradsley M, Coles J, Jenkins L (ed.). DRG and health care. Londres. King's Edwards Hospital fund for London, 1987.
6. Paccaud F, Schenker L. DRG: perspectives d'utilisation. Paris, France : Masson, 1989.
7. Feldstein MS. Economic analysis for health service efficiency. Amsterdam. Netherlands : North Holland Publishing Co., 1967.
8. Schenker L. Financement et gestion des institutions sanitaires. Cours postgrade « Institut d'économie et management de la santé ».Lausanne, 2001.
9. Schenker L. Le financement des hôpitaux suisses par APDRG en 2002. APDRG Suisse, Lausanne, juin 2001.
10. Ayer A. La planification hospitalière cantonale. Institut du droit de la santé. Neuchâtel, novembre 2000.
11. Lanfranchi P, Janett D. Mesures de maîtrise des coûts dans la LAMal. Commission de gestion du Conseil des Etats. Berne, novembre 2001.
12. Liste LAMal 1998 des hôpitaux du canton de Vaud. Rapport au Conseil d'Etat du groupe de travail. SSP-DSAS. Lausanne, décembre 1997.
13. Perspectives des besoins en lits hospitaliers A et B dans le canton de Vaud à l'horizon 2005. SCRIS, Lausanne, mars 1997.
14. Deuxième rapport intermédiaire sur l'organisation hospitalière. Rapport du conseil d'Etat du canton de Vaud, Lausanne, octobre 2001.
15. Principes d'une planification hospitalière en fonction des prestations (résumé de l'ouvrage : « Krankenhausplanung für Wettbewerbssysteme : Leistungssicherung statt Kapazitätsplanung ». Conférence des directeurs sanitaires. Recommandations concernant l'article 39 LAMal : Révision partielle, août 2001.
16. Rüschemann H.-H. et al. Krankenhausplanung für Wettbewerbssysteme: Leistungssicherung statt Kapazitätsplanung. Springer. Berlin, 2000.
17. Hannan EL, Siu AL, Kumar D, Kilburn H & Chassin MR. The Decline in Coronary Artery Bypass Graft Surgery Mortality in New York State: The Role of Surgeon Volume. Journal of Medical Association, 1995, 273-3, 209-13.
18. Phillips KA, Luft HS and Ritchie JL. The Association of Hospital Volumes of Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty With Adverse Outcomes, Length of Stay, and Charges in California. Medical Care, 1995, 33-5, 502-14.
19. Roos NP, Black CD, Roos LL, Tate RB & Carriere KC. A Population-Based Approach to

Monitoring Adverse Outcomes of Medical Care. *Medical Care*, 1995, 33-2, 127-38.

20. Norton EC, Garfinkel SA, MacQuary LJ, Heck DA, Wright JG, Dittus R & Lubitz RM. The Effect of Hospital Volume on the In-hospital Complications Rate in Knee Replacement Patients. *Health Services Research*, 1988, 33:5, 1191-210.
21. Blatier JF, Fauconnier J. Relationship between in-hospital mortality rate and patient volume for total hip arthroplasty in the Rhone-Alpes public hospitals. *Rev Epidemiol Santé Publique*, 2001, 49:173-182.
22. Espehaug B, Havelin LI, Engesaeter LB, Vollset SE. The effect of hospital-type and operating volume on the survival of hip replacements. A review of 39'505 primary total hip replacements reported to the Norwegian Arthroplasty Register 1988-1996, 1999, 70:12-18.
23. Katz JN, Losina E, Barrett J, Phillips CB, Mahomed NN, Lew RA, Guadagnoli E, Harris WH, Poss R, Baron JA. Association between hospital and surgeon procedure volume and outcomes of total hip replacement in the United States medicare population. *J Bone Joint Surg Am*, 2001, 83-A :1622-1629.
24. Fowles J, Bunker JP, Oda M, Schurman DJ, & Loftus M. "Relation of Surgical Volume to Outcomes and Charges: Pilot Study of Total Hip Replacement using Northern California Medicare Data" In *Lessons from the First Twenty Years of Medicare*, edited by MV Pauly and WL Kusick. Philadelphia, 1988, University of Pennsylvania Press.
25. Gutierrez B, Culler SD, Freund DA. Does Hospital procedure-specific volume affect treatment costs ? A national study of knee replacement surgery. *Health Serv Res*, 1998, 33:489-511.

Annexe 1 : Activité en orthopédie des hôpitaux vaudois en 2000

Annexe 2 : Statistique activité par établissement

Etablissement : Hôpital 1 (année 2000)

MEMBRE SUPERIEUR :

<i>Code</i>	<i>Diagnostic</i>	<i>Opération</i>	<i>COP</i>	<i>NB</i>	<i>DMS</i>
Z47.0	Status post ostéosynthèse de l'épaule	AMO du membre supérieur	78.62	14	1,21
M75.-	Syndrome de la coiffe de rotateurs	Acromioplastie	77.31	0	0
M19.— M24.--	Arthrose de l'épaule Lésions de l'épaule	Arthroscopie de l'épaule	80.21	0	0
M19.01 S42.-	Arthrose de l'épaule Fracture de l'épaule	Prothèse céphalique de l'épaule	81.81	2	8
G56.0	Syndrome du canal carpien	Libération du canal carpien	04.43	64	1,14
M19.01 S42.-	Arthrose de l'épaule Fracture de l'épaule	Prothèse totale de l'épaule	81.80	0	0

TETE ET TRONC :

<i>Code</i>	<i>Diagnostic</i>	<i>Opération</i>	<i>COP</i>	<i>NB</i>	<i>DMS</i>
M41.--	Scoliose	Spondylodèse	81.07 81.08 81.05 81.06	0	0

MEMBRE INFERIEUR :

<i>Code</i>	<i>Diagnostic</i>	<i>Opération</i>	<i>COP</i>	<i>NB</i>	<i>DMS</i>
M17.-	Coxarthrose	Arthroplastie totale de la hanche	81.51	123	10,17
M17.-	Gonarthrose	Arthroplastie totale/partielle genou	81.54	61	10,00
M23.— S83.--	Lésions du genou Déchirure des ligaments	Plastie des ligaments du genou	81.45	7	4,14
M23.— S83.--	Lésions du genou Déchirure des ligaments du genou	Méniscectomie arthroscopique du genou	80.6 + 80.26	27	1,26
Z47.0	Status post ostéosynthèse du tibia	AMO du tibia	78.67	41	1,56
T84.-	Luxation de prothèse de hanche	Réduction fermée de luxation de la hanche	79.75	31	3,58
Z47.0	Status post ostéosynthèse du fémur	AMO du fémur	78.65	9	1,33
T84.-	Luxation et descellement de prothèse de hanche	Révision et changement de prothèse de hanche	81.53	18	9,72
M22.— S82.— S83.--	Lésions de la rotule Fracture de la jambe Déchirure des ligaments	Arthroscopie diagnostique du genou	80.26 (seul)	1	1,00
M20.1	Hallux valgus	Cure de hallux valgus	77.51	23	2,74
S71.--	Fracture pertrochantérienne	Réduction fermée et ostéosynthèse du trochanter	79.15	0	0
S72.0-	Fracture du col du fémur	Arthroplastie céphalique de la hanche	81.52	26	9,19
T84.-	Luxation et descellement de prothèse du genou	Révision et changement de prothèse du genou	81.55	3	9,00

Etablissement : Hôpital 2 (année 2000)

MEMBRE SUPERIEUR :

Code	Diagnostic	Opération	COP	NB	DMS
Z47.0	Status post ostéosynthèse de l'épaule	AMO du membre supérieur	78.62	8	2,71
M75.-	Syndrome de la coiffe de rotateurs	Acromioplastie	77.31	0	0
M19.— M24.--	Arthrose de l'épaule Lésions de l'épaule	Arthroscopie de l'épaule	80.21	0	0
M19.01 S42.-	Arthrose de l'épaule Fracture de l'épaule	Prothèse céphalique de l'épaule	81.81	0	0
G56.0	Syndrome du canal carpien	Libération du canal carpien	04.43	35	1,20
M19.01 S42.-	Arthrose de l'épaule Fracture de l'épaule	Prothèse totale de l'épaule	81.80	0	0

TÊTE ET TRONC :

Code	Diagnostic	Opération	COP	NB	DMS
M41.--	Scoliose	Spondylodèse	81.07 81.08 81.05 81.06	0	0

MEMBRE INFÉRIEUR :

Code	Diagnostic	Opération	COP	NB	DMS
M17.-	Coxarthrose	Arthroplastie totale de la hanche	81.51	52	12,81
M17.-	Gonarthrose	Arthroplastie totale/partielle genou	81.54	54	13,22
M23.— S83.--	Lésions du genou Déchirure des ligaments	Plastie des ligaments du genou	81.45	30	5,37
M23.— S83.--	Lésions du genou Déchirure des ligaments du genou	Méniscectomie arthroscopique du genou	80.6 + 80.26	51	2,00
Z47.0	Status post ostéosynthèse du tibia	AMO du tibia	78.67	46	2,20
T84.-	Luxation de prothèse de hanche	Réduction fermée de luxation de la hanche	79.75	10	5,44
Z47.0	Status post ostéosynthèse du fémur	AMO du fémur	78.65	14	2,36
T84.-	Luxation et descellement de prothèse de hanche	Révision et changement de prothèse de hanche	81.53	1	10,00
M22.— S82.— S83.--	Lésions de la rotule Fracture de la jambe Déchirure des ligaments	Arthroscopie diagnostique du genou	80.26 (seul)	0	0
M20.1	Hallux valgus	Cure de hallux valgus	77.51	25	5,63
S71.--	Fracture pertrochantérienne	Réduction fermée et ostéosynthèse du trochanter	79.15	0	0
S72.0-	Fracture du col du fémur	Arthroplastie céphalique de la hanche	81.52	52	12,04
T84.-	Luxation et descellement de prothèse du genou	Révision et changement de prothèse du genou	81.55	1	10,00

Etablissement : Hôpital 3 (année 2000)

MEMBRE SUPERIEUR :

<i>Code</i>	<i>Diagnostic</i>	<i>Opération</i>	<i>COP</i>	<i>NB</i>	<i>DMS</i>
Z47.0	Status post ostéosynthèse de l'épaule	AMO du membre supérieur	78.62	8	1,00
M75.-	Syndrome de la coiffe de rotateurs	Acromioplastie	77.31	0	0
M19.— M24.--	Arthrose de l'épaule Lésions de l'épaule	Arthroscopie de l'épaule	80.21	1	17,00
M19.01 S42.-	Arthrose de l'épaule Fracture de l'épaule	Prothèse céphalique de l'épaule	81.81	0	0
G56.0	Syndrome du canal carpien	Libération du canal carpien	04.43	20	1,25
M19.01 S42.-	Arthrose de l'épaule Fracture de l'épaule	Prothèse totale de l'épaule	81.80	0	0

TETE ET TRONC :

<i>Code</i>	<i>Diagnostic</i>	<i>Opération</i>	<i>COP</i>	<i>NB</i>	<i>DMS</i>
M41.--	Scoliose	Spondylodèse	81.07 81.08 81.05 81.06	0	0

MEMBRE INFERIEUR :

<i>Code</i>	<i>Diagnostic</i>	<i>Opération</i>	<i>COP</i>	<i>NB</i>	<i>DMS</i>
M17.-	Coxarthrose	Arthroplastie totale de la hanche	81.51	36	17,47
M17.-	Gonarthrose	Arthroplastie totale/partielle genou	81.54	14	16,93
M23.— S83.--	Lésions du genou Déchirure des ligaments	Plastie des ligaments du genou	81.45	5	5,40
M23.— S83.--	Lésions du genou Déchirure des ligaments du genou	Ménissectomie arthroscopique du genou	80.6 + 80.26	74	2,03
Z47.0	Status post ostéosynthèse du tibia	AMO du tibia	78.67	25	3,56
T84.-	Luxation de prothèse de hanche	Réduction fermée de luxation de la hanche	79.75	4	5,25
Z47.0	Status post ostéosynthèse du fémur	AMO du fémur	78.65	2	4,50
T84.-	Luxation et descellement de prothèse de hanche	Révision et changement de prothèse de hanche	81.53	1	18,00
M22.— S82.— S83.--	Lésions de la rotule Fracture de la jambe Déchirure des ligaments	Arthroscopie diagnostique du genou	80.26 (seul)	0	0
M20.1	Hallux valgus	Cure de hallux valgus	77.51	8	5,13
S71.--	Fracture pertrochantérienne	Réduction fermée et ostéosynthèse du trochanter	79.15	0	0
S72.0-	Fracture du col du fémur	Arthroplastie céphalique de la hanche	81.52	18	19,83
T84.-	Luxation et descellement de prothèse du genou	Révision et changement de prothèse du genou	81.55	0	0

Etablissement : Hôpital 4 (année 2000)

MEMBRE SUPERIEUR :

<i>Code</i>	<i>Diagnostic</i>	<i>Opération</i>	<i>COP</i>	<i>NB</i>	<i>DMS</i>
Z47.0	Status post ostéosynthèse de l'épaule	AMO du membre supérieur	78.62	8	1,63
M75.-	Syndrome de la coiffe de rotateurs	Acromioplastie	77.31	2	5,50
M19.— M24.--	Arthrose de l'épaule Lésions de l'épaule	Arthroscopie de l'épaule	80.21	1	6,00
M19.01 S42.-	Arthrose de l'épaule Fracture de l'épaule	Prothèse céphalique de l'épaule	81.81	0	0
G56.0	Syndrome du canal carpien	Libération du canal carpien	04.43	91	1,10
M19.01 S42.-	Arthrose de l'épaule Fracture de l'épaule	Prothèse totale de l'épaule	81.80	0	0

TETE ET TRONC :

<i>Code</i>	<i>Diagnostic</i>	<i>Opération</i>	<i>COP</i>	<i>NB</i>	<i>DMS</i>
M41.--	Scoliose	Spondylodèse	81.07 81.08 81.05 81.06	0	0

MEMBRE INFERIEUR :

<i>Code</i>	<i>Diagnostic</i>	<i>Opération</i>	<i>COP</i>	<i>NB</i>	<i>DMS</i>
M17.-	Coxarthrose	Arthroplastie totale de la hanche	81.51	102	11,06
M17.-	Gonarthrose	Arthroplastie totale/partielle genou	81.54	57	11,53
M23.— S83.--	Lésions du genou Déchirure des ligaments	Plastie des ligaments du genou	81.45	11	5,91
M23.— S83.--	Lésions du genou Déchirure des ligaments du genou	Méniscectomie arthroscopique du genou	80.6 + 80.26	33	1,55
Z47.0	Status post ostéosynthèse du tibia	AMO du tibia	78.67	53	2,13
T84.-	Luxation de prothèse de hanche	Réduction fermée de luxation de la hanche	79.75	3	13,00
Z47.0	Status post ostéosynthèse du fémur	AMO du fémur	78.65	12	3,83
T84.-	Luxation et descellement de prothèse de hanche	Révision et changement de prothèse de hanche	81.53	15	10,93
M22.— S82.— S83.--	Lésions de la rotule Fracture de la jambe Déchirure des ligaments	Arthroscopie diagnostique du genou	80.26 (seul)	1	1,00
M20.1	Hallux valgus	Cure de hallux valgus	77.51	5	6,40
S71.--	Fracture pertrochantérienne	Réduction fermée et ostéosynthèse du trochanter	79.15	0	0
S72.0-	Fracture du col du fémur	Arthroplastie céphalique de la hanche	81.52	22	8,59
T84.-	Luxation et descellement de prothèse du genou	Révision et changement de prothèse du genou	81.55	5	12,00

Etablissement : Hôpital 5 (année 2000)

MEMBRE SUPERIEUR :

<i>Code</i>	<i>Diagnostic</i>	<i>Opération</i>	<i>COP</i>	<i>NB</i>	<i>DMS</i>
Z47.0	Status post ostéosynthèse de l'épaule	AMO du membre supérieur	78.62	0	0
M75.-	Syndrome de la coiffe de rotateurs	Acromioplastie	77.31	8	5,13
M19.— M24.--	Arthrose de l'épaule Lésions de l'épaule	Arthroscopie de l'épaule	80.21	0	0
M19.01 S42.-	Arthrose de l'épaule Fracture de l'épaule	Prothèse céphalique de l'épaule	81.81	0	0
G56.0	Syndrome du canal carpien	Libération du canal carpien	04.43	60	1,00
M19.01 S42.-	Arthrose de l'épaule Fracture de l'épaule	Prothèse totale de l'épaule	81.80	1	6,00

TETE ET TRONC :

<i>Code</i>	<i>Diagnostic</i>	<i>Opération</i>	<i>COP</i>	<i>NB</i>	<i>DMS</i>
M41.--	Scoliose	Spondylodèse	81.07 81.08 81.05 81.06	0	0

MEMBRE INFERIEUR :

<i>Code</i>	<i>Diagnostic</i>	<i>Opération</i>	<i>COP</i>	<i>NB</i>	<i>DMS</i>
M17.-	Coxarthrose	Arthroplastie totale de la hanche	81.51	88	10,34
M17.-	Gonarthrose	Arthroplastie totale/partielle genou	81.54	57	10,21
M23.— S83.--	Lésions du genou Déchirure des ligaments	Plastie des ligaments du genou	81.45	17	5,65
M23.— S83.--	Lésions du genou Déchirure des ligaments du genou	Méniscectomie arthroscopique du genou	80.6 + 80.26	55	1,40
Z47.0	Status post ostéosynthèse du tibia	AMO du tibia	78.67	19	1,26
T84.-	Luxation de prothèse de hanche	Réduction fermée de luxation de la hanche	79.75	0	0
Z47.0	Status post ostéosynthèse du fémur	AMO du fémur	78.65	1	3,00
T84.-	Luxation et descellement de prothèse de hanche	Révision et changement de prothèse de hanche	81.53	8	13,50
M22.— S82.— S83.--	Lésions de la rotule Fracture de la jambe Déchirure des ligaments	Arthroscopie diagnostique du genou	80.26 (seul)	11	1,27
M20.1	Hallux valgus	Cure de hallux valgus	77.51	24	4,92
S71.--	Fracture pertrochantérienne	Réduction fermée et ostéosynthèse du trochanter	79.15	0	0
S72.0-	Fracture du col du fémur	Arthroplastie céphalique de la hanche	81.52	8	12,25
T84.-	Luxation et descellement de prothèse du genou	Révision et changement de prothèse du genou	81.55	2	10,00

Etablissement : Hôpital 6 (année 2000)

MEMBRE SUPERIEUR :

<i>Code</i>	<i>Diagnostic</i>	<i>Opération</i>	<i>COP</i>	<i>NB</i>	<i>DMS</i>
Z47.0	Status post ostéosynthèse de l'épaule	AMO du membre supérieur	78.62	6	1,67
M75.-	Syndrome de la coiffe de rotateurs	Acromioplastie	77.31	12	6,33
M19.— M24.--	Arthrose de l'épaule Lésions de l'épaule	Arthroscopie de l'épaule	80.21	0	0
M19.01 S42.-	Arthrose de l'épaule Fracture de l'épaule	Prothèse céphalique de l'épaule	81.81	0	0
G56.0	Syndrome du canal carpien	Libération du canal carpien	04.43	88	1,10
M19.01 S42.-	Arthrose de l'épaule Fracture de l'épaule	Prothèse totale de l'épaule	81.80	1	12,00

TETE ET TRONC :

<i>Code</i>	<i>Diagnostic</i>	<i>Opération</i>	<i>COP</i>	<i>NB</i>	<i>DMS</i>
M41.--	Scoliose	Spondylodèse	81.07 81.08 81.05 81.06	0	0

MEMBRE INFERIEUR :

<i>Code</i>	<i>Diagnostic</i>	<i>Opération</i>	<i>COP</i>	<i>NB</i>	<i>DMS</i>
M17.-	Coxarthrose	Arthroplastie totale de la hanche	81.51	80	11,65
M17.-	Gonarthrose	Arthroplastie totale/partielle genou	81.54	22	12,95
M23.— S83.--	Lésions du genou Déchirure des ligaments	Plastie des ligaments du genou	81.45	11	5,73
M23.— S83.--	Lésions du genou Déchirure des ligaments du genou	Méniscectomie arthroscopique du genou	80.6 + 80.26	45	1,96
Z47.0	Status post ostéosynthèse du tibia	AMO du tibia	78.67	43	3,47
T84.-	Luxation de prothèse de hanche	Réduction fermée de luxation de la hanche	79.75	1	3,00
Z47.0	Status post ostéosynthèse du fémur	AMO du fémur	78.65	8	5,25
T84.-	Luxation et descellement de prothèse de hanche	Révision et changement de prothèse de hanche	81.53	7	10,86
M22.— S82.— S83.--	Lésions de la rotule Fracture de la jambe Déchirure des ligaments	Arthroscopie diagnostique du genou	80.26 (seul)	12	1,92
M20.1	Hallux valgus	Cure de hallux valgus	77.51	2	3,50
S71.--	Fracture pertrochantérienne	Réduction fermée et ostéosynthèse du trochanter	79.15	0	0
S72.0-	Fracture du col du fémur	Arthroplastie céphalique de la hanche	81.52	8	10,63
T84.-	Luxation et descellement de prothèse du genou	Révision et changement de prothèse du genou	81.55	0	0

Etablissement : Hôpital 7 (année 2000)

MEMBRE SUPERIEUR :

<i>Code</i>	<i>Diagnostic</i>	<i>Opération</i>	<i>COP</i>	<i>NB</i>	<i>DMS</i>
Z47.0	Status post ostéosynthèse de l'épaule	AMO du membre supérieur	78.62	2	2,50
M75.-	Syndrome de la coiffe de rotateurs	Acromioplastie	77.31	0	0
M19.— M24.--	Arthrose de l'épaule Lésions de l'épaule	Arthroscopie de l'épaule	80.21	2	12,50
M19.01 S42.-	Arthrose de l'épaule Fracture de l'épaule	Prothèse céphalique de l'épaule	81.81	0	0
G56.0	Syndrome du canal carpien	Libération du canal carpien	04.43	1	3,00
M19.01 S42.-	Arthrose de l'épaule Fracture de l'épaule	Prothèse totale de l'épaule	81.80	1	11,00

TETE ET TRONC :

<i>Code</i>	<i>Diagnostic</i>	<i>Opération</i>	<i>COP</i>	<i>NB</i>	<i>DMS</i>
M41.--	Scoliose	Spondylodèse	81.07 81.08 81.05 81.06	0	0

MEMBRE INFERIEUR :

<i>Code</i>	<i>Diagnostic</i>	<i>Opération</i>	<i>COP</i>	<i>NB</i>	<i>DMS</i>
M17.-	Coxarthrose	Arthroplastie totale de la hanche	81.51	40	10,43
M17.-	Gonarthrose	Arthroplastie totale/partielle genou	81.54	22	12,09
M23.— S83.--	Lésions du genou Déchirure des ligaments	Plastie des ligaments du genou	81.45	5	6,00
M23.— S83.--	Lésions du genou Déchirure des ligaments du genou	Méniscectomie arthroscopique du genou	80.6 + 80.26	0	0
Z47.0	Status post ostéosynthèse du tibia	AMO du tibia	78.67	18	3,22
T84.-	Luxation de prothèse de hanche	Réduction fermée de luxation de la hanche	79.75	3	13,00
Z47.0	Status post ostéosynthèse du fémur	AMO du fémur	78.65	9	3,89
T84.-	Luxation et descellement de prothèse de hanche	Révision et changement de prothèse de hanche	81.53	6	19,17
M22.— S82.— S83.--	Lésions de la rotule Fracture de la jambe Déchirure des ligaments	Arthroscopie diagnostique du genou	80.26 (seul)	0	0
M20.1	Hallux valgus	Cure de hallux valgus	77.51	15	3,00
S71.--	Fracture pertrochantérienne	Réduction fermée et ostéosynthèse du trochanter	79.15	0	0
S72.0-	Fracture du col du fémur	Arthroplastie céphalique de la hanche	81.52	27	13,81
T84.-	Luxation et descellement de prothèse du genou	Révision et changement de prothèse du genou	81.55	1	9,00

Etablissement : Hôpital 8 (année 2000)

MEMBRE SUPERIEUR :

<i>Code</i>	<i>Diagnostic</i>	<i>Opération</i>	<i>COP</i>	<i>NB</i>	<i>DMS</i>
Z47.0	Status post ostéosynthèse de l'épaule	AMO du membre supérieur	78.62	1	3,00
M75.-	Syndrome de la coiffe de rotateurs	Acromioplastie	77.31	0	0
M19.— M24.--	Arthrose de l'épaule Lésions de l'épaule	Arthroscopie de l'épaule	80.21	0	0
M19.01 S42.-	Arthrose de l'épaule Fracture de l'épaule	Prothèse céphalique de l'épaule	81.81	0	0
G56.0	Syndrome du canal carpien	Libération du canal carpien	04.43	1	1,00
M19.01 S42.-	Arthrose de l'épaule Fracture de l'épaule	Prothèse totale de l'épaule	81.80	0	0

TETE ET TRONC :

<i>Code</i>	<i>Diagnostic</i>	<i>Opération</i>	<i>COP</i>	<i>NB</i>	<i>DMS</i>
M41.--	Scoliose	Spondylodèse	81.07 81.08 81.05 81.06	0	0

MEMBRE INFERIEUR :

<i>Code</i>	<i>Diagnostic</i>	<i>Opération</i>	<i>COP</i>	<i>NB</i>	<i>DMS</i>
M17.-	Coxarthrose	Arthroplastie totale de la hanche	81.51	24	11,63
M17.-	Gonarthrose	Arthroplastie totale/partielle genou	81.54	19	12,16
M23.— S83.--	Lésions du genou Déchirure des ligaments	Plastie des ligaments du genou	81.45	8	6,00
M23.— S83.--	Lésions du genou Déchirure des ligaments du genou	Méniscectomie arthroscopique du genou	80.6 + 80.26	0	0
Z47.0	Status post ostéosynthèse du tibia	AMO du tibia	78.67	2	1,50
T84.-	Luxation de prothèse de hanche	Réduction fermée de luxation de la hanche	79.75	0	0
Z47.0	Status post ostéosynthèse du fémur	AMO du fémur	78.65	1	4,00
T84.-	Luxation et descellement de prothèse de hanche	Révision et changement de prothèse de hanche	81.53	0	0
M22.— S82.— S83.--	Lésions de la rotule Fracture de la jambe Déchirure des ligaments	Arthroscopie diagnostique du genou	80.26 (seul)	2	1,50
M20.1	Hallux valgus	Cure de hallux valgus	77.51	11	3,64
S71.--	Fracture pertrochantérienne	Réduction fermée et ostéosynthèse du trochanter	79.15	0	0
S72.0-	Fracture du col du fémur	Arthroplastie céphalique de la hanche	81.52	3	9,67
T84.-	Luxation et descellement de prothèse du genou	Révision et changement de prothèse du genou	81.55	0	0

Etablissement : Hôpital 9 (année 2000)

MEMBRE SUPERIEUR :

<i>Code</i>	<i>Diagnostic</i>	<i>Opération</i>	<i>COP</i>	<i>NB</i>	<i>DMS</i>
Z47.0	Status post ostéosynthèse de l'épaule	AMO du membre supérieur	78.62	0	0
M75.-	Syndrome de la coiffe de rotateurs	Acromioplastie	77.31	0	0
M19.— M24.--	Arthrose de l'épaule Lésions de l'épaule	Arthroscopie de l'épaule	80.21	0	0
M19.01 S42.-	Arthrose de l'épaule Fracture de l'épaule	Prothèse céphalique de l'épaule	81.81	0	0
G56.0	Syndrome du canal carpien	Libération du canal carpien	04.43	6	1,00
M19.01 S42.-	Arthrose de l'épaule Fracture de l'épaule	Prothèse totale de l'épaule	81.80	0	0

TETE ET TRONC :

<i>Code</i>	<i>Diagnostic</i>	<i>Opération</i>	<i>COP</i>	<i>NB</i>	<i>DMS</i>
M41.--	Scoliose	Spondylodèse	81.07 81.08 81.05 81.06	0	0

MEMBRE INFERIEUR :

<i>Code</i>	<i>Diagnostic</i>	<i>Opération</i>	<i>COP</i>	<i>NB</i>	<i>DMS</i>
M17.-	Coxarthrose	Arthroplastie totale de la hanche	81.51	5	20,80
M17.-	Gonarthrose	Arthroplastie totale/partielle genou	81.54	5	16,80
M23.— S83.--	Lésions du genou Déchirure des ligaments	Plastie des ligaments du genou	81.45	0	0
M23.— S83.--	Lésions du genou Déchirure des ligaments du genou	Ménissectomie arthroscopique du genou	80.6 + 80.26	3	2,33
Z47.0	Status post ostéosynthèse du tibia	AMO du tibia	78.67	0	0
T84.-	Luxation de prothèse de hanche	Réduction fermée de luxation de la hanche	79.75	0	0
Z47.0	Status post ostéosynthèse du fémur	AMO du fémur	78.65	0	0
T84.-	Luxation et descellement de prothèse de hanche	Révision et changement de prothèse de hanche	81.53	0	0
M22.— S82.— S83.--	Lésions de la rotule Fracture de la jambe Déchirure des ligaments	Arthroscopie diagnostique du genou	80.26 (seul)	0	0
M20.1	Hallux valgus	Cure de hallux valgus	77.51	1	4,00
S71.--	Fracture pertrochantérienne	Réduction fermée et ostéosynthèse du trochanter	79.15	0	0
S72.0-	Fracture du col du fémur	Arthroplastie céphalique de la hanche	81.52	0	0
T84.-	Luxation et descellement de prothèse du genou	Révision et changement de prothèse du genou	81.55	0	0

Etablissement : Hôpital 10 (année 2000)

MEMBRE SUPERIEUR :

<i>Code</i>	<i>Diagnostic</i>	<i>Opération</i>	<i>COP</i>	<i>NB</i>	<i>DMS</i>
Z47.0	Status post ostéosynthèse de l'épaule	AMO du membre supérieur	78.62	0	0
M75.-	Syndrome de la coiffe de rotateurs	Acromioplastie	77.31	0	0
M19.— M24.--	Arthrose de l'épaule Lésions de l'épaule	Arthroscopie de l'épaule	80.21	0	0
M19.01 S42.-	Arthrose de l'épaule Fracture de l'épaule	Prothèse céphalique de l'épaule	81.81	0	0
G56.0	Syndrome du canal carpien	Libération du canal carpien	04.43	1	1,00
M19.01 S42.-	Arthrose de l'épaule Fracture de l'épaule	Prothèse totale de l'épaule	81.80	0	0

TETE ET TRONC :

<i>Code</i>	<i>Diagnostic</i>	<i>Opération</i>	<i>COP</i>	<i>NB</i>	<i>DMS</i>
M41.--	Scoliose	Spondylodèse	81.07 81.08 81.05 81.06	0	0

MEMBRE INFERIEUR :

<i>Code</i>	<i>Diagnostic</i>	<i>Opération</i>	<i>COP</i>	<i>NB</i>	<i>DMS</i>
M17.-	Coxarthrose	Arthroplastie totale de la hanche	81.51	10	10,30
M17.-	Gonarthrose	Arthroplastie totale/partielle genou	81.54	2	11,50
M23.— S83.--	Lésions du genou Déchirure des ligaments	Plastie des ligaments du genou	81.45	0	0
M23.— S83.--	Lésions du genou Déchirure des ligaments du genou	Ménissectomie arthroscopique du genou	80.6 + 80.26	0	0
Z47.0	Status post ostéosynthèse du tibia	AMO du tibia	78.67	3	2,00
T84.-	Luxation de prothèse de hanche	Réduction fermée de luxation de la hanche	79.75	0	0
Z47.0	Status post ostéosynthèse du fémur	AMO du fémur	78.65	0	0
T84.-	Luxation et descellement de prothèse de hanche	Révision et changement de prothèse de hanche	81.53	0	0
M22.— S82.— S83.--	Lésions de la rotule Fracture de la jambe Déchirure des ligaments	Arthroscopie diagnostique du genou	80.26 (seul)	0	0
M20.1	Hallux valgus	Cure de hallux valgus	77.51	1	5,00
S71.--	Fracture pertrochantérienne	Réduction fermée et ostéosynthèse du trochanter	79.15	0	0
S72.0-	Fracture du col du fémur	Arthroplastie céphalique de la hanche	81.52	4	10,75
T84.-	Luxation et descellement de prothèse du genou	Révision et changement de prothèse du genou	81.55	0	0

Etablissement : Hôpital 11 (année 2000)

MEMBRE SUPERIEUR :

<i>Code</i>	<i>Diagnostic</i>	<i>Opération</i>	<i>COP</i>	<i>NB</i>	<i>DMS</i>
Z47.0	Status post ostéosynthèse de l'épaule	AMO du membre supérieur	78.62	7	4,50
M75.-	Syndrome de la coiffe de rotateurs	Acromioplastie	77.31	19	3,76
M19.— M24.--	Arthrose de l'épaule Lésions de l'épaule	Arthroscopie de l'épaule	80.21	17	2,90
M19.01 S42.-	Arthrose de l'épaule Fracture de l'épaule	Prothèse céphalique de l'épaule	81.81	14	11,93
G56.0	Syndrome du canal carpien	Libération du canal carpien	04.43	10	16,07
M19.01 S42.-	Arthrose de l'épaule Fracture de l'épaule	Prothèse totale de l'épaule	81.80	11	7,36

TETE ET TRONC :

<i>Code</i>	<i>Diagnostic</i>	<i>Opération</i>	<i>COP</i>	<i>NB</i>	<i>DMS</i>
M41.--	Scoliose	Spondylodèse	81.07 81.08 81.05 81.06	16	16,90

MEMBRE INFERIEUR :

<i>Code</i>	<i>Diagnostic</i>	<i>Opération</i>	<i>COP</i>	<i>NB</i>	<i>DMS</i>
M17.-	Coxarthrose	Arthroplastie totale de la hanche	81.51	270	13,26
M17.-	Gonarthrose	Arthroplastie totale/partielle genou	81.54	149	15,00
M23.— S83.--	Lésions du genou Déchirure des ligaments	Plastie des ligaments du genou	81.45	98	3,99
M23.— S83.--	Lésions du genou Déchirure des ligaments du genou	Méniscectomie arthroscopique du genou	80.6 + 80.26	89	1,79
Z47.0	Status post ostéosynthèse du tibia	AMO du tibia	78.67	61	3,70
T84.-	Luxation de prothèse de hanche	Réduction fermée de luxation de la hanche	79.75	38	7,90
Z47.0	Status post ostéosynthèse du fémur	AMO du fémur	78.65	43	8,42
T84.-	Luxation et descellement de prothèse de hanche	Révision et changement de prothèse de hanche	81.53	37	22,18
M22.— S82.— S83.--	Lésions de la rotule Fracture de la jambe Déchirure des ligaments	Arthroscopie diagnostique du genou	80.26 (seul)	15	0,86
M20.1	Hallux valgus	Cure de hallux valgus	77.51	32	3,32
S71.--	Fracture pertrochantérienne	Réduction fermée et ostéosynthèse du trochanter	79.15	37	10,70
S72.0-	Fracture du col du fémur	Arthroplastie céphalique de la hanche	81.52	16	13,18
T84.-	Luxation et descellement de prothèse du genou	Révision et changement de prothèse du genou	81.55	15	17,52

Etablissement : Hôpital 12 (année 2000)

MEMBRE SUPERIEUR :

<i>Code</i>	<i>Diagnostic</i>	<i>Opération</i>	<i>COP</i>	<i>NB</i>	<i>DMS</i>
Z47.0	Status post ostéosynthèse de l'épaule	AMO du membre supérieur	78.62	2	1,5
M75.-	Syndrome de la coiffe de rotateurs	Acromioplastie	77.31	2	3,0
M19.— M24.--	Arthrose de l'épaule Lésions de l'épaule	Arthroscopie de l'épaule	80.21	7	5,3
M19.01 S42.-	Arthrose de l'épaule Fracture de l'épaule	Prothèse céphalique de l'épaule	81.81	2	13,0
G56.0	Syndrome du canal carpien	Libération du canal carpien	04.43	882	1,1
M19.01 S42.-	Arthrose de l'épaule Fracture de l'épaule	Prothèse totale de l'épaule	81.80	1	16,0

TETE ET TRONC :

<i>Code</i>	<i>Diagnostic</i>	<i>Opération</i>	<i>COP</i>	<i>NB</i>	<i>DMS</i>
M41.--	Scoliose	Spondylodèse	81.07 81.08 81.05 81.06	0	0,0

MEMBRE INFERIEUR :

<i>Code</i>	<i>Diagnostic</i>	<i>Opération</i>	<i>COP</i>	<i>NB</i>	<i>DMS</i>
M17.-	Coxarthrose	Arthroplastie totale de la hanche	81.51	177	16,1
M17.-	Gonarthrose	Arthroplastie totale/partielle genou	81.54	102	16,2
M23.— S83.--	Lésions du genou Déchirure des ligaments	Plastie des ligaments du genou	81.45	190	4,7
M23.— S83.--	Lésions du genou Déchirure des ligaments du genou	Méniscectomie arthroscopique du genou	80.6 + 80.26	248	1,8
Z47.0	Status post ostéosynthèse du tibia	AMO du tibia	78.67	27	2,9
T84.-	Luxation de prothèse de hanche	Réduction fermée de luxation de la hanche	79.75	6	9,2
Z47.0	Status post ostéosynthèse du fémur	AMO du fémur	78.65	8	5,0
T84.-	Luxation et descellement de prothèse de hanche	Révision et changement de prothèse de hanche	81.53	8	16,4
M22.— S82.— S83.--	Lésions de la rotule Fracture de la jambe Déchirure des ligaments	Arthroscopie diagnostique du genou	80.26 (seul)	58	3,1
M20.1	Hallux valgus	Cure de hallux valgus	77.51	89	3,9
S71.--	Fracture pertrochantérienne	Réduction fermée et ostéosynthèse du trochanter	79.15	0	0,0
S72.0-	Fracture du col du fémur	Arthroplastie céphalique de la hanche	81.52	2	5,5
T84.-	Luxation et descellement de prothèse du genou	Révision et changement de prothèse du genou	81.55	2	13,5