

Le challenge rêvé des établissements de santé

Alléger les tâches administratives et garantir la juste valorisation de son activité

Si ce n'est a priori plus un secret pour personne (hormis le grand public), il paraît important de le rappeler : le codage médical se trouve au cœur du financement des établissements de soins. Plus encore, il représente sinon le nerf de la guerre du moins le dénominateur commun permettant tant la justesse que la précision de la facturation des services de santé, ainsi que la stabilité financière des centres hospitaliers publics et privés. En ce sens, c'est un outil administratif essentiel contribuant à l'équilibre de l'ensemble du système de santé de notre pays. Oui, mais comment maintenir cet équilibre dans un secteur soumis par définition aux changements constants et parfois imprévisibles ?

Pour rappel

Toutes les hospitalisations sont saisies dans le cadre de la statistique médicale des hôpitaux. Ce relevé, effectué par tous les hôpitaux et cliniques, porte sur les données administratives, les informations sociodémographiques des patients, ainsi que les diagnostics et traitements. Pour saisir ces informations, deux classifications médicales sont utilisées :

- la CIM-10-GM pour les diagnostics,
- la classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP) pour les traitements.

Le codage des diagnostics et traitements est soumis à des directives précises.

Source : OFS – <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/19087988>

Assurer une facturation précise

Coder juste permet à un établissement d'éviter les pertes financières, les litiges et d'être payé pour l'intégralité des soins prodigués (et non une partie). Lorsque le codage est imprécis, des soins non facturés représentent un manque de revenus, ce qui pour une clinique privée entraîne un risque de pertes financières indirectes et pour un hôpital public, des démarches auprès du canton afin que les dettes soient épongées – ce qui veut dire que le règlement incombe finalement à l'État. Perçu souvent à tort comme une pratique qui augmente les coûts, le codage ne permet-il pas au contraire aux autorités de mieux cerner ce qui se passe dans les établissements en garantissant une transparence totale et par conséquent, un meilleur pilotage de l'ensemble de notre système de santé ?

Revenir aux fondamentaux : les patients d'abord

Que ce soit en pré-hospitalisation ou en post-hospitalisation, de nombreuses tâches administratives pèsent au quotidien sur le fonctionnement des hôpitaux et des cliniques, les éloignant de leur cœur de métier : les soins apportés aux patients. Alors que les compagnies d'assurance tendent à contester désormais de manière fréquente les factures émises par les établissements de soins avec pour objectif de réduire les montants qui sont remboursés à ces derniers, on constate que des millions de francs se perdent entre la chambre du patient et la salle d'opération. Et ce, du fait d'imprécisions dans la documentation complexe requise pour le codage médical.

De plus en plus – et la tendance n'est pas prête à s'inverser – les médecins doivent justifier chacun de leurs actes, même les plus « anodins ».

Distincte de ce qui relève de la responsabilité de l'établissement, cette charge administrative s'additionne à celle engendrée par l'hôpital ou la clinique qui doivent également récupérer et traiter les données afin de coder de manière juste et précise – et non pas « juste » coder. En passe de devenir tentaculaire, ce double phénomène entraîne une série d'actes non facturés et de coûts cachés qui, au moment par exemple du bouclage annuel des comptes (souvent en début d'année civile), viennent péjorer la performance financière des établissements.

Le codage a changé

Depuis plusieurs années, on assiste en effet à l'intensification et à la complexification des réglementations autour de la codification des actes médicaux et procédures opératoires qui composent la Classification internationale des Diagnostics et des Maladies (CIM) et la Classification suisse des interventions chirurgicales de l'OFS (CHOP). Toutes deux servent de base au système de tarification SwissDRG qui est la structure tarifaire pour les soins somatiques aigus, soit les forfaits par cas déterminés à partir des diagnostics et traitements associés. On le constate, cette tarification est devenue la référence absolue en matière de remboursement des prestations hospitalières, couvrant désormais l'ensemble de l'activité stationnaire somatique. Les autres domaines stationnaires (réadaptation et psychiatrie) ont quant à eux leur système de forfaits : ST-Reha et Tarpsy. Actuellement discuté et soumis à nouveau au Conseil fédéral pour validation (en vue d'une introduction prévue au mieux au 1^{er} janvier 2025), le futur système tarifaire ambulatoire se base également pour partie sur un codage par CIM et CHOP. Rappelons que pour pouvoir être codé, chaque diagnostic doit être indiqué et documenté par le médecin.

Des statistiques qui en disent long

Les DRG pèsent entre

60 et 80%

du chiffre d'affaires des établissements de soins

100%

Taux de dépendance des DRG vis-à-vis du codage

Maintenir une classification à jour : mission impossible ?

Le saviez-vous ? Les DRG ne cessent de se complexifier. On compte aujourd'hui environ 1'000 groupes de diagnostics. Au fur et à mesure que les classifications des maladies et des situations cliniques évoluent, les codes se transforment : certains sont développés ou revus alors que d'autres disparaissent ou deviennent obsolètes. Vous l'aurez compris : face au développement endémique de la Big Data, le codage médical ne saurait s'improviser. Bien au contraire, il exige par nature de se professionnaliser (expertise métier), de se perfectionner et de se former en permanence (formation continue), sans oublier la nécessité absolue de s'appuyer sur un équipement informatique à la pointe de la technologie, en ayant également recours à l'Intelligence Artificielle.

L'externalisation du codage médical : une solution ?

Pour autant, une grande majorité de directions des hôpitaux et cliniques n'accordent encore que peu d'importance, voire d'intérêt, au métier de codeur et ne consacrent pas les moyens nécessaires à son développement et perfectionnement. Au sein des établissements de santé, on observe des manques au niveau à la fois structurel et conjoncturel.

En termes de recrutement

- équipes de codage souvent réduites au strict minimum
- le codage est un métier peu connu, pour ne pas dire méconnu
- formation de base et initiale souvent insuffisante
- difficulté d'assurer la formation continue au sein de petites équipes

En termes de moyens

- équipement informatique onéreux
- outils utilisés peu performants et peu adaptés
- mises à jour trop rares, voire impossibles
- inexistence de contrôle qualité et d'indicateurs

Peut-on reprocher cet état de fait aux établissements ? Non, évidemment ! Car les chiffres sont éloquentes : le ratio équipe codage – personnel hospitalier est généralement de 3 pour 1'000. Outre la bonne compréhension des enjeux par la direction, mettre en œuvre les moyens nécessaires au développement et perfectionnement de ces équipes se révèle mission impossible pour un hôpital ou une clinique dont le métier n'est pas le codage. En outre, les formations continues sont rares en Suisse, quasi inexistantes en Suisse romande et les modules de codage, bien que performants, évoluent lentement. Ils demeurent surtout des pièces rapportées dans un ERP axé naturellement autour des patients et de leur prise en charge.

« Un codage au plus près des actes réalisés permet une rémunération de l'hôpital en adéquation avec les soins fournis et évite une perte financière. »

https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/pluriprofessionnels_de_sante/brochureswissdrg.pdf

Dans ce contexte, externaliser le codage médical – et tout ou partie du processus qui en fait partie – peut représenter une solution non seulement pertinente mais particulièrement rentable pour les hôpitaux et cliniques, tout en les déchargeant de tâches administratives aussi chronophages que contraignantes. À la clé : la valorisation de leur cœur de métier et une meilleure prise en charge de la relation avec les patients de bout en bout. Parce que oui : prendre soin des patients doit rester la véritable raison d'être des centres hospitaliers.



Utilisation de l'illustration par Swisscoding Group et ses filiales avec l'autorisation du dessinateur Christophe Bertschy.

Avec Swisscoding

Valorisez la santé en tant qu'écosystème au service du bien-être de vos patients

Vous avez décidé d'améliorer la qualité de la facturation dans votre établissement, d'alléger les charges administratives qui pèsent sur son fonctionnement et avez par conséquent besoin d'un partenaire fiable et reconnu ? Avec 65'000 cas codés chaque année et un volume de CHF 550.- millions facturés par an pour près de 50 clients basés en Suisse romande et alémanique, Swisscoding vous propose un accompagnement à la carte. Le but ? Vous permettre de mieux facturer, de minimiser les coûts administratifs et de vous consacrer à votre cœur de métier.

Pour y voir plus clair

Pour un chiffre d'affaires stationnaire de

CHF 300 Millions

Un codage incomplet à hauteur de

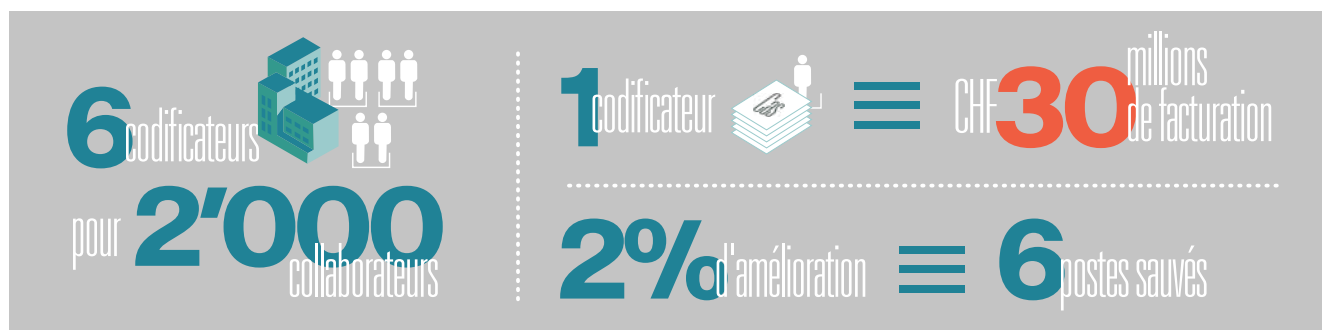
1% = CHF 3 Millions

de revenus manqués

Et si passer par un prestataire externe était, non pas un risque, mais la solution ?

Ce n'est un secret pour personne, externaliser un processus stratégique comme le codage médical reviendrait pour beaucoup à « vendre son âme au diable » comme dit l'expression consacrée. Il n'est pas question de jugement de valeur ici, mais bien de peser le pour et le contre du fait de passer par un prestataire pour tout ou partie du codage médical et de tous les processus administratifs afférents.

Bien que convaincues de la valeur ajoutée que nous pouvons leur apporter, certaines institutions en particulier publiques hésitent à sous-traiter, ce qui est parfaitement compréhensible. Deux raisons majeures à cette réticence : d'une part la complexité des prises de décisions dans ce type d'organisations et d'autre part, parce que la bascule de prestations du public vers le privé reste sinon problématique, du moins délicate dans le domaine de la santé.



Ce qui se passe en règle générale aujourd'hui et représente un levier d'amélioration pour demain.

Faites confiance au leader du marché

Créé en 2017, notre groupe s'attache à couvrir l'ensemble du processus, du pré-codage jusqu'à la gestion de la qualité après facturation, soit :

- le pré-codage
- la documentation et le secrétariat médical
- le codage médical
- la facturation
- le suivi continu (contrôle qualité)

Grâce à une meilleure documentation, le codage s'avère plus précis, les interventions sont mieux identifiées et la facturation plus juste.

Une plateforme unique sur le marché

Afin d'assurer des prestations de haut niveau sur toute la chaîne de valeur, nos équipes travaillent avec des outils de pointe, en particulier notre plateforme informatique CASC® – Computer Aided Swisscoding – qui permet d'améliorer tant la vitesse que la qualité du codage.

Une plateforme unique sur le marché

CASC® – Computer Aided Swisscoding

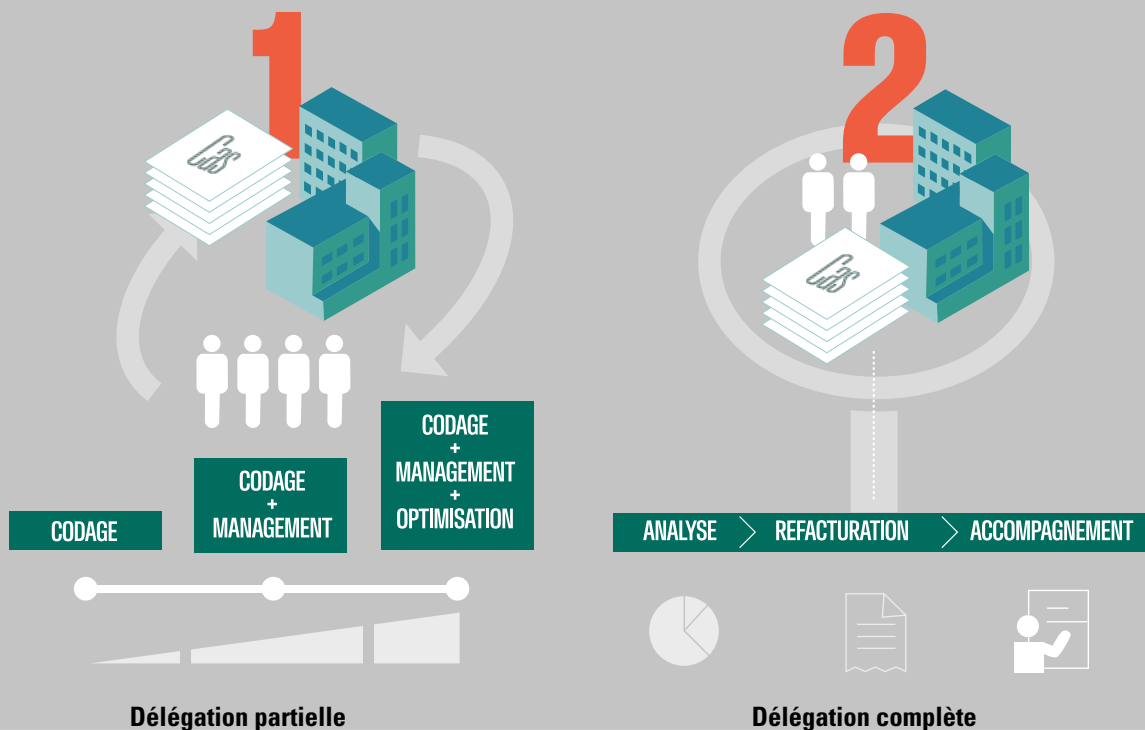
(Plateforme Azure certifiée ISO 27001 / env. 150'000 séjours patients suivis au quotidien avec facturation > CHF 1,4 mds.)



La différence qui crée la préférence

Certifié ISO 27001, Swisscoding s'affirme aujourd'hui comme le plus grand prestataire de codage médical en Suisse. Multilingues (nous codons en Français et en Allemand) et multi-établissements, notre entreprise parle pour ainsi dire le codage couramment. Notre force de frappe ne repose pas seulement sur les compétences de nos codeurs mais sur **les résultats** qu'ils obtiennent. Intervenant dans des établissements de santé de toutes tailles, issus du secteur public et du secteur privé, Swisscoding traite une grande quantité de Data et croise les expériences, ce qui nous assure une véritable « **culture du codage** ». Celle-ci nous permet non seulement d'utiliser des comparables, mais aussi de faire évoluer tant les performances de nos équipes que celles de nos processus, de nos méthodes et de nos outils.

Notre offre « à la carte » : 2 types de prestations adaptées à vos besoins



Ensemble, réinventons le codage médical

En médecine et en chirurgie, l'essentiel est de toujours progresser. Il en est de même dans le domaine du codage. Pour facturer de manière exhaustive, nous nous efforçons d'améliorer le processus de codage de manière constante avec et pour les clients qui nous font confiance. Complexe, il s'agit certes d'un challenge, mais extrêmement prometteur.

Pour le mener à bien, nous avons défini quatre grands principes qui permettent de transformer le codage en centre de profits (versus de coûts) :

1. Précision

Affiner la précision dans les codes, grâce notamment à l'expérience de nos codeurs (qui maîtrisent le sujet depuis de longues années), la formation et le contrôle continu.

2. Documentation

Pallier le manque de documentation des établissements grâce à nos outils de contrôle (Queen), et surtout grâce à nos équipes de gestion qui, en appliquant les standards que nous avons définis au sein de Swisscoding, garantissent la remise d'une documentation complète et disponible, précisant le suivi de chaque dossier depuis l'entrée jusqu'à la sortie du patient.

3. Outils

Proposer une méthode de travail éprouvée et une boîte à outils facile à utiliser.

4. Moins de tâches administratives, plus de temps pour tout le reste

Améliorer à tous les niveaux le travail de chaque personne impliquée dans un seul but : soutenir, coacher et accompagner les professionnels de terrain dont le métier consiste d'abord à prendre soin des patients.

Un cercle vertueux

À ces quatre principes, nous ajouterons une ferme volonté :

- d'améliorer la précision du codage dans chaque établissement. Ne perdant jamais de vue cet objectif, nous réalisons pour nos clients, mais aussi pour plusieurs hôpitaux et cliniques qui ne le sont pas encore, une revue historique, soit l'analyse des cas codés sur une année. Comme nos concurrents, nous corrigeons les erreurs et facturons une fraction du montant du delta observé une fois que les factures dues à l'établissement ont été réglées. Mais là où la démarche de Swisscoding va plus loin, c'est que nous donnons systématiquement aux établissements un retour et un rapport à l'issue de cette revue, dans une démarche d'amélioration continue du codage ;
- d'attirer de nouveaux codificateurs, de les fidéliser et de les former grâce en particulier aux formations continues et spécialisées de la Swisscoding Academy mise en place en 2020 ;
- d'utiliser et développer des équipements et outils informatiques à la pointe de l'innovation, y compris l'Intelligence Artificielle couramment désignée chez Swisscoding sous le terme « d'intelligence augmentée », que nous trouvons beaucoup plus juste.

Le soin que nous apportons à votre codage vous permet de rester aux petits soins pour vos patients



Sans oublier une stratégie globale de [partage des ressources](#) et de [mutualisation des compétences](#). En somme, travailler ensemble en bonne intelligence et avec enthousiasme !

Coder juste

Un vrai métier, des compétences ciblées, une réelle valeur ajoutée

Aujourd’hui en Suisse, faute de temps, de ressources et de moyens humains et matériels, de nombreux établissements de santé ne facturent pas – ou de manière imprécise – la totalité des actes médicaux et opératoires à hauteur des soins qui sont réellement prodigués. Or les charges, qu’il faut honorer, restent lourdes et les salaires doivent être payés chaque fin de mois. Dans ce contexte, comment faire la différence entre un codage de qualité précis et complet, et un codage approximatif ? Retour sur des exemples concrets.

La preuve par l'exemple : de l'intérêt de relever et de décrire correctement les cas

	Nombre de cas		CW de base moyen		Total nombre de cas	Total CW de base moyen	9'639 CHF différence de CW de base	CHF facturé par NON SC	CHF si XXX code avec CW de Swisscoding	225'646 CHF différence (= facturation manquée)	656 CHF différence par cas
	XXX	SC	XXX	SC			SC - XXX				
Spéc A	201	845	1,34	1,41	1'046	1,39	0,07	2'593'190 CHF	2'725'821 CHF	132'631 CHF	
Spéc B	68	203	1,24	1,38	271	1,34	0,14	810'621 CHF	901'311 CHF	90'690 CHF	
Spéc C	59	164	0,74	0,73	223	0,73	-0,02	422'150 CHF	412'811 CHF	-9'339 CHF	
Spéc D	9	19	0,53	0,49	28	0,50	-0,04	45'843 CGF	42'554 CGF	-3'289 CGF	
Spéc E	4	22	0,78	0,95	26	0,93	0,18	29'919 CHF	36'791 CHF	6'872 CHF	
Spéc F	1	3	0,95	1,15	4	1,10	0,20	9'196 CHF	11'117 CHF	1'921 CHF	
Spéc G	1	1	1,15	1,64	2	1,39	0,49	11'085 CHF	15'798 CHF	4'713 CHF	
Spéc H	1	22	0,73	0,88	23	0,87	0,15	7'027 CHF	8'473 CHF	1'446 CHF	
Grand Total	344	1'279	1,18	1,28	1'623	1,26	0,10				

Une analyse comparative des niveaux de facturation permet d'identifier des écarts importants.

Comment lire ce tableau ?

- Le manque de facturation de CHF 225'000 sur le total de cas (344) équivaut à un « coût » d'opportunité par manque de facturation de CHF 656 par cas
- L'établissement a certes réalisé une économie de CHF 5 par cas sur les frais directs de codage
- mais perdu en moyenne des centaines de francs de facturation par cas, et plus précisément CHF 656.- par cas

Rappel du contexte

Sur un périmètre comparable, nous avons eu l'occasion de mettre en regard notre codage et celui réalisé par une autre entité. Pour le même type de cas, on constate que les compétences, les outils et le suivi assurés par nos équipes ont permis de valoriser correctement l'activité (contrairement à l'autre prestataire). Rappelons que pour ce client, nos résultats d'audit externe atteignent 99% de cas justes.

Faire la différence entre juste coder et coder juste

Au cœur du processus, il est important sinon essentiel de replacer l'humain. Sans les femmes et les hommes qui font le codage, celui-ci demeure un outil administratif, une feuille de calculs énigmatique, une coquille vide en somme à qui il faut pourtant donner du corps et du relief : une exactitude, une précision, une justesse qui se doivent d'aller bien au-delà de la « simple » dénomination d'une nomenclature.

La nécessaire collaboration entre les médecins, les soignants, les secrétariats et les services

En ayant accès aux mêmes informations, on se rend compte que ni les compétences, ni les outils ne sont les mêmes. Dans les hôpitaux et les cliniques, on constate que la plupart du temps – particulièrement dans les structures de taille moyenne – les personnes qui sont amenées à coder ne sont pas « que » des spécialistes du codage mais effectuent mille autres tâches administratives : ouvrir et reprendre les dossiers à de nombreuses reprises pour déterminer s'ils sont

prêts ou pas, relancer les responsables de la documentation, mettre en place des systèmes de suivi (souvent matériels et non digitaux) de prestations... Or pour que le codage soit juste, il est impératif d'agir en amont à la fois sur la documentation clinique, qui doit être la plus complète et la plus soignée possible et sur le timing. Dans quel but ? Réfléter l'activité réelle de l'établissement à un temps T ce qui, vous en conviendrez, a un impact direct sur la facturation de celui-ci et donc ses revenus.

Tout ce que le codage implique : exigences et complexité du processus de codage du client

1. Visibilité sur les volumes à venir et délais de codage

- Information structurée sur l'état de la documentation en cours
- Données structurées sur le volume des sorties et besoin de documentation par patient

2. Qualité de la documentation

- Documentation structurée selon guidelines et avec précisions nécessaires
- Accès facile à la documentation

3. Réactivité

- Nécessité de pouvoir prendre en charge un volume variable dans des délais courts

4. Défis informatiques

- Temps de connexion et nombre de logiciels
- Disponibilité et accessibilité

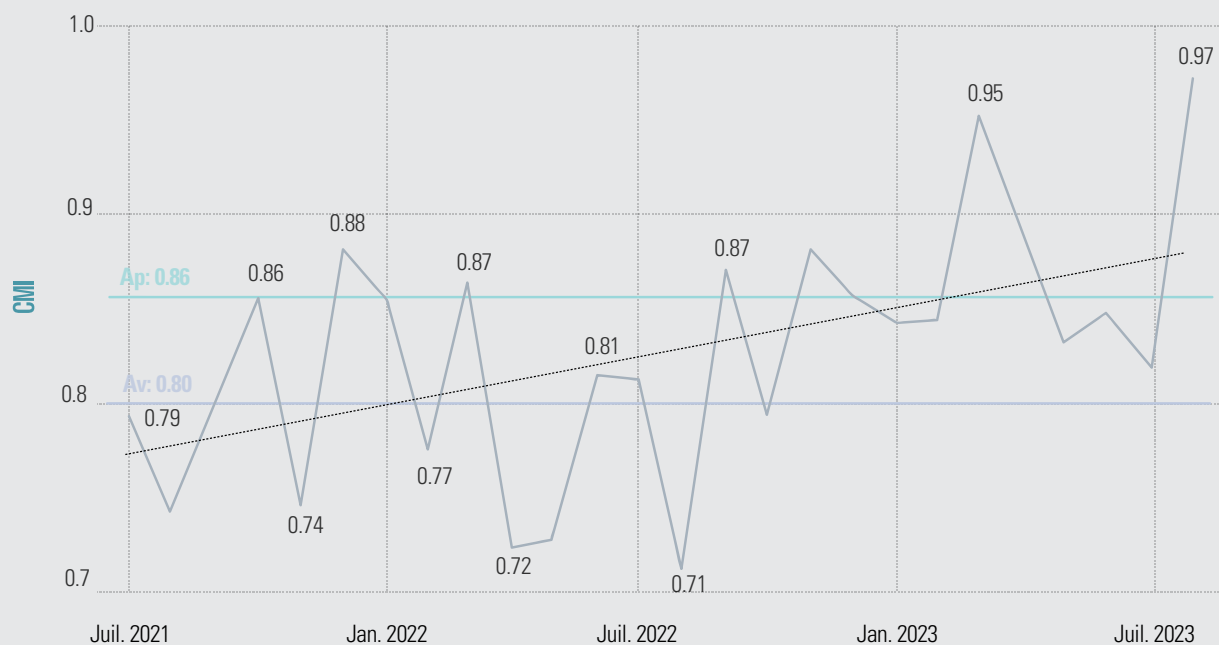
5. Administration

- Temps nécessaire pour la coordination (qualité et fiabilité des échanges)

Comment améliorer le Case-Mix Index (CMI) ? En améliorant la qualité du codage !

Cela paraît simple comme bonjour, et pourtant. L'exemple que nous vous proposons de découvrir ci-dessous permet de constater l'impact sur le CMI qu'a eue en une année la reprise par nos équipes du processus complet de codage dans une clinique spécialisée. Pour rappel, le CMI est l'indicateur qui permet de mesurer la performance du codage.

Évolution du CMI selon date de validation



Augmentation significative de l'indicateur CMI (après suppression des facteurs externes liés à des changements d'activité).

Qu'implique la reprise du processus complet ?

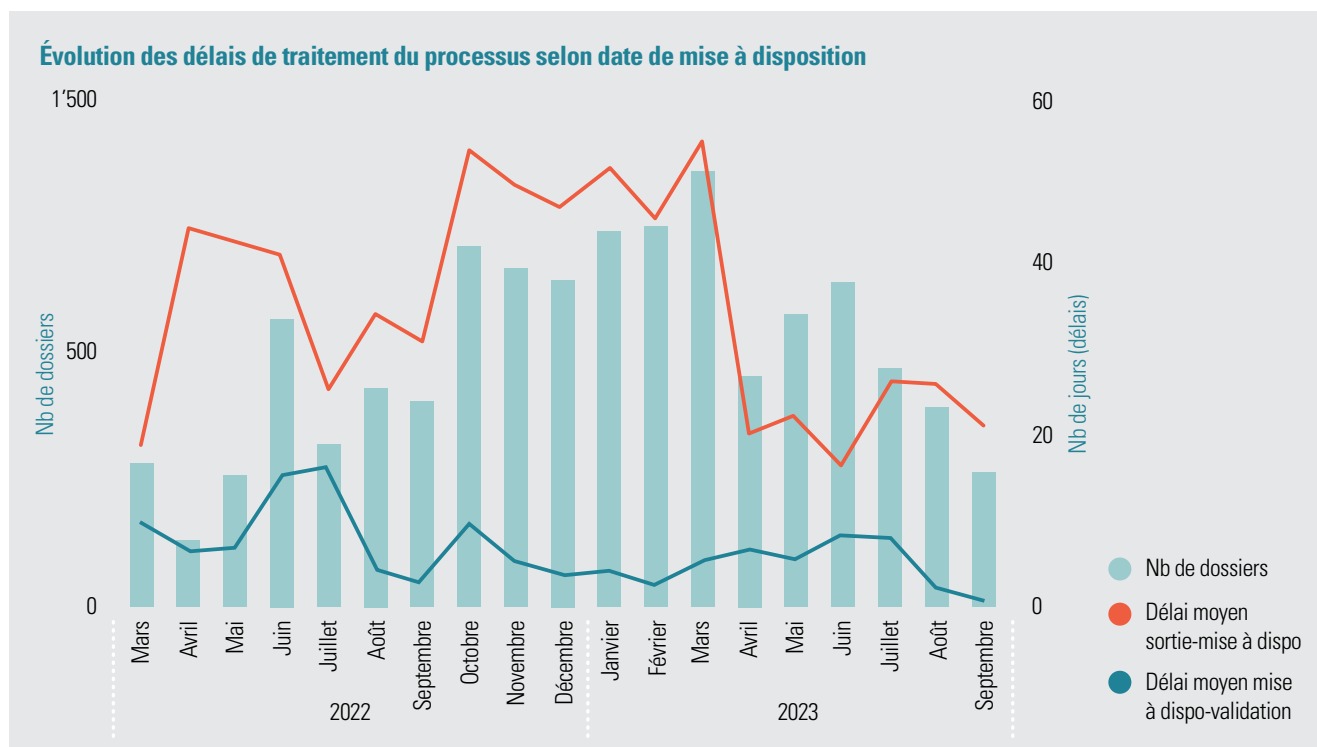
- La gestion de la documentation clinique
- Le codage
- Le medizincontrolling*

Sans oublier la nécessité de documenter précisément chaque acte qui ne peut pas être interprété ni déduit par les codeurs. Soit un travail de longue haleine qui demande d'être en contact permanent et soutenu avec les personnes à l'origine de ladite documentation : médecins, soignants, secrétaires, services administratifs...

* Adéquation du résultat du codage par rapport à l'activité réalisée.

Une question de précision et de timing

Lorsque le codage n'est pas réalisé de manière exhaustive, on assiste à un effet domino (ou ricochet), à savoir que cette imprécision déclenche une série de conséquences à la chaîne : un premier effet sur l'activité réelle et les ressources de l'établissement, un deuxième effet sur le délai entre la date réelle de la sortie du patient et la date de la facturation effective. D'où le prolongement du délai d'encaissement (qui devrait normalement se situer entre 30 et 60 jours) et pour finir, un trou dans la trésorerie. Nos équipes se sont donc attachées à raccourcir le délai entre la sortie du patient et la validation du codage avec un temps de réactivité deux fois plus court que ce que l'établissement aurait été à même de faire en interne.



Grâce à la reprise complète du processus, nous avons pu rattraper le retard accumulé et permis à notre client de réduire le délai de + de 50% entre la sortie du patient et la validation du codage.

Évolution technologique

Un dernier mot concernant l'Intelligence Artificielle. Sur le sujet, Swisscoding a une posture très claire : loin de minimiser tant l'importance que l'influence de celle-ci, il s'agit avant tout de replacer l'humain au cœur du processus. L'intelligence augmentée est une machine qui a besoin de l'homme pour être orchestrée, maîtrisée, voire « contrôlée ». À ce titre, elle reste et restera un outil de pointe destiné à améliorer tant l'efficacité que la qualité du codage mais ne saurait prendre la place du codeur médical. Notre volonté ? Assurer l'équilibre le plus adapté entre la machine et l'humain – pour nos clients et pour nos collaborateurs. Notre ambition ? Prendre appui sur ces formidables avancées technologiques afin d'une part de garantir un codage juste et d'autre part, de pérenniser un métier de niche attractif pour les futures générations de codeurs. En effet, le codage médical reste une compétence rare mais essentielle pour le processus de facturation des hôpitaux en Suisse.

En conclusion

Depuis la création de Swisscoding en 2017, nous avons assisté en Suisse comme partout dans le monde à une évolution du codage et une valorisation du métier de codificateur qui restent plus que jamais d'actualité. En contribuant activement à cette évolution et en se fixant des objectifs ambitieux – comme anticiper les changements à venir – nos équipes se mobilisent chaque jour pour répondre aux besoins des cliniques, des hôpitaux et de leurs collaborateurs afin d'atteindre un codage irréprochable, une meilleure facturation et participer ainsi à faire grandir tant la qualité que la fiabilité du système de santé de notre pays.