

SwissDRG – L'essentiel en bref

L'introduction de forfaits par cas (SwissDRG) pour les patients hospitalisés dans les hôpitaux suisses de soins aigus suscite un intérêt grandissant pour des informations de base concernant ce nouveau système de rémunération, avant tout chez les médecins qui se sont peu préoccupés de SwissDRG jusqu'à présent. De ce fait, le présent article informe sur les différents aspects de cette structure tarifaire.

Bettina Holzer

Dr, domaine Tarifs et économie de la santé pour les médecins hospitaliers

Qu'est-ce que SwissDRG?

SwissDRG est un système de forfaits par cas qui attribue un cas hospitalier global en fonction de certains critères comme les diagnostics, les traitements, etc., à un groupe de cas et qui l'indemnise au moyen d'un forfait. Le système SwissDRG comprend au total environ 1000 groupes de cas. Chaque groupe ou DRG (*Diagnosis Related Group*) réunit des cas de traitement homogènes sur le plan médical et économique. La gestion de la structure tarifaire SwissDRG, uniforme sur tout le territoire suisse et développée sur la base du système DRG allemand, est assumée par la société SwissDRG SA. Les actionnaires de cette société d'utilité publique sont la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), les hôpitaux de Suisse (H+), les assureurs-maladie suisses (santésuisse), la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM) et la Fédération des médecins suisses (FMH).

tenant compte des propositions déposées chaque année par les partenaires de SwissDRG SA. La qualité du codage des cas de traitements hospitaliers est vérifiée dans toute la Suisse par le biais de la révision qui doit être effectuée dans chaque hôpital [2].

Un logiciel de groupement, nommé «groupeur», génère un DRG au moyen d'un algorithme spécial et l'attribue à une catégorie majeure de diagnostics (*Major Diagnostic Category* ou MDC). Le diagnostic principal, à savoir l'affection qui est déterminée comme diagnostic à la fin de l'hospitalisation et qui a été la raison principale du traitement et des examens, est décisif pour la classification. D'autres facteurs comme les diagnostics supplémentaires, les procédures, le sexe, l'âge, le mode d'admission et de sortie, la durée du séjour, les jours de congé, le poids à la naissance et la prise de poids durant la 1^{re} année pour les nourrissons, la durée de la respiration artificielle, les

Pour que la rémunération soit conforme aux prestations, les cas médicaux doivent être documentés avec soin.

Comment un DRG est-il déterminé?

L'attribution à un groupe de cas, c'est-à-dire à un DRG, a lieu à la sortie d'hôpital. Les diagnostics et procédures qui ont généré des coûts sont prélevés dans le dossier des patients et saisis dans un programme informatique avec les données administratives du cas. Pour que la rémunération soit conforme aux prestations, les cas médicaux et les prestations fournies doivent être documentés avec soin. La classification ICD-10 GM permet de fixer le diagnostic d'un cas hospitalier; la Classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP) sert à déterminer les mesures diagnostiques et thérapeutiques. En outre, il est nécessaire d'appliquer le Manuel de codage et les directives appropriées pour effectuer un codage correct. Ces outils sont gérés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) [1] qui les développe constamment en

mesures de médecine intensive, entre autres, exercent également une influence sur l'attribution à un DRG. Le Manuel de définition SwissDRG décrit le mode de fonctionnement et la logique d'attribution de ce logiciel [3].

Exemple d'un DRG

Une patiente âgée de 70 ans bénéficie pendant 10 jours à l'hôpital d'un traitement conservateur pour une fracture de côte. Elle reçoit, outre des médicaments, une formation ad hoc pour un diabète sucré diagnostiqué récemment. Les médicaments pour sa maladie coronaire connue sont réadaptés.

Le «groupeur» attribue ce cas de traitement au DRG médical E66B. Ce DRG fait partie de la catégorie ma-

Correspondance:
Dr Bettina Holzer
FMH
Froburgstrasse 15
CH-4600 Olten
Tél. 031 359 11 11
Fax 031 359 11 12
tarife.spital[at]fmh.ch

Tableau 1

Extrait du catalogue des forfaits par cas SwissDRG 1.0, abréviations voir le glossaire.

MDC 04 Maladies et troubles des organes respiratoires

DRG	Partition	Désignation	Cost-weight	Durée moyenne de séjour	Borne inférieure de durée de séjour		Borne supérieure de durée de séjour	
					Premier jour avec réduction	Cost-weight/jour	Premier jour avec supplément	Cost-weight/jour
E66B	M	Traumatisme thoracique sévère sans diagnostic de complication	0,624	5,9	1	0,373	15	0,074

jeu de diagnostics MDC 04 «Maladies et troubles des organes respiratoires». Il existe au total 23 catégories majeures de diagnostics, classées dans l'ordre alphabétique, ainsi que des catégories pour cas spéciaux, lesquelles sont classées d'après le système organique ou la cause de la maladie. A l'intérieur des MDC, les DRG sont attribués à une partition médicale (M), opératoire (O) ou «autre» (A) en fonction de la procédure thérapeutique.

Le DRG lui-même consiste en quatre signes alphanumériques, dans notre exemple E66B. Ces signes renseignent sur le MDC (E), sur le DRG de base (66) et sur la présence de DRG à l'intérieur du DRG de base (B). Lorsqu'un DRG de base est composé de plusieurs DRG, ceux-ci se distinguent par les ressources qu'ils impliquent en raison, par exemple, d'interventions / de diagnostics compliqués ou de l'âge, du motif de sortie d'hôpital et/ou d'autres facteurs. Dans ce contexte, le classement est effectué de manière générale dans l'ordre décroissant des ressources utilisées, c'est-à-dire qu'A constitue le niveau le plus élevé, B celui qui lui est immédiatement inférieur, etc. Les DRG sans sous-classement selon les ressources utilisées sont désignés par un «Z».

Paramètres dans le système DRG

Dans le Catalogue des forfaits par cas SwissDRG [4], tous les DRG sont présentés avec leurs paramètres de facturation les plus importants, comme le poids rela-



Pour que les prestations cliniques soient reproduites correctement dans le système SwissDRG, il est indispensable que l'hôpital saisisse bien les coûts et les prestations.

tif de coûts (CW), la durée du séjour hospitalier, les suppléments et déductions, etc.

Le poids relatif de coûts attribué à un DRG indique les coûts moyens du traitement hospitalier. Les poids relatifs de coûts sont recalculés chaque année dans le cadre du réexamen du système et ils peuvent donc changer d'année en année. Le degré de gravité moyen d'un cas est indiqué avec le poids relatif de coûts 1,0. Un écart vers le bas ou vers le haut indique un degré de gravité moindre ou supérieur par rapport au cas moyen. Dans notre exemple, le poids relatif de coûts est de 0,624; il caractérise donc un cas moins lourd sur le plan économique.

La durée d'hospitalisation est également calculée pour chaque DRG. Les cas dont la durée d'hospitalisation se situe entre les limites inférieure et supérieure de durée de séjour (LIDS resp. LSDS) sont considérés comme normaux (*inliers*), dans l'exemple ci-dessus cette durée va de 2 à 14 jours. Les patients dont l'hospitalisation est inférieure à la durée minimale sont des patients «*low-outliers*» et ceux dont l'hospitalisation est supérieure à la durée maximale sont des «*high-outliers*». La durée moyenne d'hospitalisation est le temps moyen durant lequel tous les cas de ce DRG séjournent à l'hôpital, dans notre exemple 5,9 jours.

Le degré de gravité global de tous les cas de traitement facturés d'un hôpital ou d'une division hospitalière se nomme *case mix* (CM); il représente la somme des poids relatifs de coûts de tous les cas. Le *case mix* divisé par le nombre de cas donne l'indice *case mix* (CMI), c'est-à-dire le degré moyen de gravité d'un hôpital ou d'une division.

Du forfait par cas à la facturation

Un cas hospitalier est facturé selon des règles déterminées [5]. Celles-ci définissent aussi les exceptions comme le regroupement de cas lors de transfert et de réadmission. Le poids relatif de coûts et le prix de base (*baserate* ou BR) sont déterminants pour le montant de la facture d'un cas hospitalier. Le prix de base est le montant fixé par les partenaires tarifaires (fournisseurs de prestations et assureurs-maladie) pour un cas de traitement avec un poids relatif de coûts de 1,0. La rémunération du cas de traitement résulte de la multiplication du poids relatif de coûts par le prix de base.

Si les partenaires tarifaires s'entendent par exemple sur un prix de base de 10000 CHF, la rémunération sera de 6240 CHF ($0,624 \times 10000 \text{ CHF} = 6240 \text{ CHF}$) dans notre exemple.

La saisie des données constitue la base de la structure tarifaire

Pour que les prestations cliniques soient reproduites correctement dans le système SwissDRG, il est indispensable que l'hôpital saisisse bien les coûts et les prestations. La structure tarifaire SwissDRG est remaniée chaque année en tenant compte des données que les hôpitaux doivent livrer à la société SwissDRG SA. Ces dernières années, les poids relatifs de coûts ont été calculés sur la base des données des coûts par cas d'hôpitaux sélectionnés (nommés hôpitaux de réseau); depuis 2012, tous les hôpitaux fournissent leurs données à la société SwissDRG SA. Les prestations sont saisies selon les directives de la statistique médicale de l'OFS. Pour la saisie des coûts par cas, qui doivent refléter l'utilisation effective des ressources, SwissDRG SA a recommandé REKOLE® comme standard [6]. Les médicaments, les implants et le matériel médical dont les coûts dépassent 1000 francs doivent être comptabilisés en tant que coûts individuels sur le cas clinique. On vise ainsi une plus juste répartition, respectivement une réduction de l'insuffisance de rémunération des cas dispendieux comme de la surévaluation des cas moins exigeants.

Il est donc nécessaire que les données utilisées comme base de calcul soient de bonne qualité pour que le système tarifaire soit de qualité élevée et puisse être continuellement développé. Le dépôt annuel de propositions sert à ce développement. Les sociétés de discipline médicale et les organisations faitières participent activement à ces travaux depuis le début [7].

Possibilités d'approfondir les connaissances au sujet de SwissDRG

Il devient toujours plus important de bien connaître le système SwissDRG dans le quotidien clinique. Aimeriez-vous approfondir vos connaissances au sujet de SwissDRG ou les rafraîchir? Outre les séances régulières organisées pour nos sociétés et les informations publiées dans le Bulletin des médecins suisses, la FMH offre avec H+ Formation des séminaires de formation continue pour les médecins hospitaliers sur SwissDRG, le codage ainsi que sur le thème «médecine et économie». Ces séminaires ne sont pas financés par des sponsors et ne visent aucun but lucratif. De nombreux médecins ont déjà fait usage de cette offre et élargi leur savoir en la matière. Désormais, la FMH et H+ Formation proposent les deux premiers séminaires directement à l'hôpital. Vous trouverez de plus amples informations sous www.fmh.ch → Tarifs → SwissDRG → Formation continue.

Références

- 1 www.bfs.admin.ch → Infothèque → Nomenclatures → Secrétariat de codage
- 2 www.swissdr.org → Documents tarifaires → Révision du codage
- 3 www.swissdr.org → SwissDRG System 1.0 → Manuel de définition SwissDRG 1.0
- 4 www.swissdr.org → SwissDRG System 1.0 → Catalogue des forfaits par cas SwissDRG 1.0
- 5 www.swissdr.org → Documents tarifaires → Règles d'application
- 6 www.hplus.ch → Gestion → Comptabilité des hôpitaux → Rekole® Manuel
- 7 Ingenpass P. Envoi de propositions dans le cadre de SwissDRG – Un instrument important pour le corps médical. Bull Méd Suisses. 2012;93(26):985–6. www.fmh.ch → Tarifs → SwissDRG → Actuel

Glossaire

DRG	<i>Diagnosis Related Group</i> , groupe de cas en fonction du diagnostic
MDC	<i>Major Diagnostic Category</i> , catégorie majeure de diagnostics
M	Partition médicale d'un DRG. Aucune procédure opératoire ni procédure non opératoire localement significative n'ont été effectuées.
O	Partition opératoire d'un DRG, au moins une procédure opératoire a été effectuée.
A	«Autre» partition d'un DRG, aucune procédure opératoire n'a été effectuée mais au moins une procédure non opératoire significative, par ex. endoscopie, cardiologie invasive.
DMS	Durée moyenne de séjour
LIDS	Limite inférieure de durée de séjour
LSDS	Limite supérieure de durée de séjour
CW	<i>Cost weight</i> , poids relatif de coûts – Degré de gravité économique d'un cas
CM	<i>Case mix</i> , somme de tous les poids relatifs de coûts – Degré de gravité de tous les cas
CMI	<i>Case mix Index</i> , indice de gravité des cas – Somme de tous les poids relatifs de coûts / Nombre de cas
BR	<i>Baserate</i> , prix de base fixé par les partenaires tarifaires (rémunération = poids relatif de coûts x prix de base)
ICD10 GM	<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i> , 10 ^e révision de la classification, German Modification, désignation actuellement valable: ICD 10 2010
CHOP	Classification suisse des interventions chirurgicales, désignation actuellement valable: CHOP 2012