



SwissDRG-PAM élargie selon la version 9.0

Etat: 24.07.2019

Table des matières

A: Mise à jour et extensions de la structure SwissDRG-PAM selon la version 9.0	3
Passage de la version 8.0 à la version 9.0	3
Classement des DRG selon la version 9.0.....	3
B: Adaptations méthodiques, données 2017	5
Délimitation des cas	5
Délimitation des coûts.....	7
Calcul	8
C: Relations d'évaluation SwissDRG-PAM selon V9.0	9

A: Mise à jour et extensions de la structure SwissDRG-PAM selon la version 9.0

Passage de la version 8.0 à la version 9.0

Pour permettre une réévaluation des forfaits ambulatoires sur la base des données 2017 pour la version 9.0, le classement des DRG entrepris dans l'«Etude de faisabilité forfaits ambulatoires» (cf. chapitre 2.2) a été adapté. Les modifications entreprises pour la version 9.0 par rapport à la version 8.0 utilisée dans l'étude de faisabilité sont exposées ci-dessous.

- Le DRG G09H est désormais utilisé pour le calcul des hernies inguinales. Suite au développement au sein du DRG de base G09 «Interventions pour hernies» dans la version 9.0 pour revaloriser les hernies incisionnelles et aux trois DRG qui sont ainsi venus s'ajouter, il y a eu un déplacement des cas du code G09E vers le code G09H. La condition «un jour d'hospitalisation» pour le nouveau DRG G09H correspond à la condition pour le DRG G09E version 8.0.
- Le DRG N09Z est désormais utilisé pour le calcul des interventions au niveau du col utérin ainsi que les hystéroscopies. Les DRG N09Z et N10Z ont été fusionnés en raison de coûts de cas et de cas de figure similaires. Les interventions au niveau du col utérin ainsi que les hystérectomies sont par conséquent regroupées dans un DRG commun, le N09Z. Pour cette raison, tous les cas de ces deux forfaits par cas se retrouvent désormais dans le DRG N09Z.
- Avec la version 9.0, les cas pertinents pour le calcul sont désormais dans le DRG I18C. Un nouveau split pour les cas à un jour d'hospitalisation a été introduit dans le DRG de base I18.
- Seul le DRG de base D13 est désormais utilisé pour le calcul des opérations sur des amygdales et des végétations adénoïdes. Dans la version 9.0, les tonsillectomies et les excisions de végétations adénoïdes sont regroupées dans le DRG de base D13.
- Le DRG B86Z est désormais utilisé pour le calcul des angiographies, car il a été implémenté dans la partition médicale de la MDC 05 en tant que DRG à un jour d'hospitalisation. Les cas pertinents d'angiocardiographie ne sont désormais plus représentés dans le DRG F75D, mais se retrouvent directement dans le DRG B86Z.
- Dans le DRG N25Z, le code CHOP 68.16 «Biopsie fermée de l'utérus» n'est plus pertinent pour le groupage. Pour cette raison, c'est le groupage selon la version 8.0 avec les données de 2017 qui est utilisé pour le calcul. Seuls les cas qui présentent exclusivement une fois le code désigné sont utilisés pour le calcul.

Classement des DRG selon la version 9.0

La liste de la SwissDRG-PAM publiée sur le site (OPAS du DFI) a par ailleurs été complétée de forfaits ambulatoires possibles. Cet ajout avait pour fondement des listes provenant de différents cantons et énumérant des examens et traitements à réaliser en ambulatoire, ainsi que d'autres procédures qui, selon SwissDRG SA, présentent un potentiel en ambulatoire.

Il en résulte, comme pour le tableau du chapitre 2.2 dans l'étude, un classement des DRG pour la version 9.0:

Groupe	Dénomination	DRG V9.0
A1	Opérations unilatérales des veines variqueuses des membres inférieurs	Veines variqueuses F39C
B1	Interventions pour hémorroïdes	Hémorroïdes G26A (<16 ans)
B2		G26B (>15 ans)
C1	Opérations unilatérales des hernies	Hernies G09H
D1	Examens/interventions au niveau du col utérin ou de l'utérus	Col utérin et hystéroscopie N09Z
D2		Curetage O40Z
D3		Biopsie du col utérin N25Z *
E1	Arthroscopies du genou, y compris opérations du ménisque	Arthroscopies, genou I18C
F1	Opérations sur des amygdales et des végétations adénoïdes	Amygdales et végétations adénoïdes D13A (<16 ans)
F2		D13B (>15 ans)
G1	Cataracte	Extraction intra-/extracapsulaire C08A (des deux côtés)
G2		C08B (d'un côté)
G3		Autre extraction C20Z
H1	Cathétérisme cardiaque / Angiocardiographie	Cathétérisme cardiaque / Angiocardiographie sans la veine cave F49F
H2		Angiographie de la veine cave F86Z
I1	Chirurgie du pied et de la main	Décompression lors de syndrome du tunnel carpien ou du tunnel tarsien B05Z
I2		Chirurgie de la main I32D
I3		Chirurgie du pied I20H
J1	Lithotripsie par onde de choc extracorporelle (LOCE)	Lithotripsie par onde de choc L70A (<16 ans)
J2		extracorporelle L70B (>15 ans)
K1	Stimulateur cardiaque	Stimulateur cardiaque avec une stimulation simple chambre/enregistreur d'événements F12F
K2		Stimulateur cardiaque avec une stimulation double chambre F12E
K3		Stimulateur cardiaque à resynchronisation (CRT-P) F12C
K4		Enlèvement d'enregistreur d'événements F18B
L1	Ablations de matériel d'ostéosynthèse	Ablations de matériel d'ostéosynthèse I23A (<12 ans)
L2		I23C (>11 ans)
M1	Syndrome d'apnées du sommeil ou polysomnographie cardiorespiratoire	Syndrome d'apnées du sommeil ou polysomnographie cardiorespiratoire E63A (<16 ans)
M2		E63B (>15 ans)
N1	Photophérèse et aphérèse	Photophérèse et aphérèse A91Z
O1	Radiothérapie	Radiothérapie D20Z/H16Z/N16Z
P1	Angioplastie ou athérectomie	Angioplastie ou athérectomie d'autre(s) vaisseau(x) non coronaire(s) F59G
Q1	Biopsie du sein, ouverte	Biopsie du sein, ouverte J25Z
R1	Circoncision	Circoncision M05Z

B: Adaptations méthodiques, données 2017

La méthode de calcul de la SwissDRG-PAM selon la version 9.0 est basée sur la méthode utilisée dans l'étude de faisabilité¹. Cette méthode a été révisée et complétée en raison du format de coûts plus fortement différencié à partir des données 2017.

Délimitation des cas

Le calcul se fait à partir des données de l'année 2017. Les cas de l'année 2017 qui ont aussi servi au développement de la version SwissDRG 9.0 ont été utilisés comme base. Pour cet ensemble, SwissDRG SA a pu procéder aux étapes de correction nécessaires (suppression des coûts de formation et de recherche, coûts supplémentaires pour les cas en division privée ou semi-privée, coûts des rémunérations supplémentaires). La plausibilité de ces cas a aussi été contrôlée avec succès; ils peuvent donc être désignés dans l'ensemble comme des cas plausibles.

L'ensemble des cas plausibles, groupés selon la version 9.0, sert de base. En raison de modifications dans la logique du Groupeur, le groupage selon la version 8.0 est utilisé pour la sélection des cas du DRG N25Z. Comme c'est également le cas dans l'étude de faisabilité, les délimitations suivantes sont mises en place:

- Uniquement les cas de DRG à calculer
- Uniquement les cas avec une durée de séjour d'un jour
- Sans cas transféré ou décédé
- Sans cas avec des coûts pour unité de soins intensifs et intermédiaires (l'élément de coûts v21 «Unités de soins intensifs (SI) et Intermediate Care (IC)» est divisée dans le nouveau format en v230 «Soins intensifs (SI), coûts indirects sans CUI» et v240 «Centres d'Intermediate Care reconnus (IMCU), coûts indirects sans CUI»)
- Sans cas avec des coûts pour des rémunérations supplémentaires

En plus de ces limitations, les limitations de cas suivantes sont mises en œuvre pour la version 9.0 de la SwissDRG-PAM:

- Sans cas comprenant des coûts de salle d'accouchement saisis (v270 «Salle d'accouchement, coûts indirects sans CUI»)
- Sans cas admis en tant qu'urgence.

Il reste alors 35'948 cas pour le calcul, répartis comme suit entre les DRG:

¹ http://www.swissdrg.org/download_file/view/2147, consulté le 24.07.2019

DRG		Cas utilisés pour le calcul des forfaits SwissDRG-PAM
A1	F39C	1311
B1	G26A	112
B2	G26B	1185
C1	G09H	4743
D1	N09Z	2896
D2	O40Z	820
D3	N25Z	68
E1	I18C	6752
F1	D13A	1436
F2	D13B	320
G1	C08A	42
G2	C08B	493
G3	C20Z	202
H1	F49F	3690
H2	F86Z	558
I1	B05Z	192
I2	I32D	2235
I3	I20H	1309
J1	L70A	87
J2	L70B	1823
K1	F12F	95
K2	F12E	300
K3	F12C	32
K4	F18B	39
L1	I23A	32
L2	I23C	3597
M1	E63A	22
M2	E63B	374
N1	A91Z	459
O1	D20Z/H16Z/N16Z	30
P1	F59G	308
Q1	J25Z	145
R1	M05Z	241
	Total	35'948

Délimitation des coûts

Dans le relevé 2018 des données de coûts 2017, seul le format de coût le plus récent et différencié a été admis. Les éléments de coûts et le plan comptable H+ correspondant peuvent être consultés dans la documentation sur le relevé 2018².

En configuration stationnaire, le total des coûts par cas résulte de la somme des différentes composantes de coûts. Si ces coûts contiennent des frais dédiés à la formation ou à la recherche universitaire, ces derniers sont déduits. Les frais supplémentaires des cas en division privée ou semi-privée sont aussi décomptés lors de la correction des données. Enfin, les coûts d'éventuelles rémunérations supplémentaires sont eux aussi déduits des coûts totaux et les coûts d'utilisation des immobilisations ajoutés. Il en résulte des coûts totaux corrigés.

Cependant, les prestations du domaine stationnaire génèrent des coûts qui ne concernent pas le domaine ambulatoire. Les coûts des éléments de coûts suivants ont été utilisés pour calculer les tarifs ambulatoires:

Coûts directs		Plan comptable H+
v101	Médicaments	400
v103	Matériel médical	401
v104	Implants	401
v105	Prestations médicales, diagnostiques et thérapeutiques de tiers (honoraires médicaux excl.)	405
v106	Honoraires consultation (non assujettis à l'assurance sociale)	405
v107	Honoraires consultation, médecins hospitaliers (assujettis à l'assurance sociale)	380
v108	Honoraires consultation, médecins libéraux (assujettis à l'assurance sociale)	381
Coûts indirects		Centre de charges obligatoire REKOLE®
v210	Salles d'opération, coûts indirects sans CUI	(20)
v211	Salles d'opération, CUI	(20)
v212	Corps médical de la salle d'opération - activités 6a, coûts indirects sans CUI	(31)
v213	Corps médical de la salle d'opération - activités 6a, CUI	(31)
v220	Anesthésie, coûts indirects sans CUI	(23)
v221	Anesthésie, CUI	(23)
v260	Procédé d'imagerie médicale, coûts indirects sans CUI	(26)
v261	Procédé d'imagerie médicale, CUI	(26)
v280	Médecine nucléaire et radio-oncologie, coûts indirects sans CUI	(28)

² https://www.swissdr.org/download_file/view/1766, consulté le 24.07.2019

v281	Médecine nucléaire et radio-oncologie, CUI	(28)
v290	Laboratoire, coûts indirects sans CUI	(29)
v291	Laboratoire, CUI	(29)
v360	Diagnostic médical et thérapeutique, coûts indirects sans CUI	(36)
v361	Diagnostic médical et thérapeutique, CUI	(36)
v362	Corps médical du diagnostic médical et thérapeutique - activités 6b ₅ , coûts indirects hors CUI	(31)
v363	Corps médical du diagnostic médical et thérapeutique - activités 6b ₅ , CUI	(31)
v420	Pathologie, coûts indirects sans CUI	(45)
v421	Pathologie, CUI	(45)

Les coûts totaux ambulatoires par cas i sont calculés comme suit, en additionnant les composantes de coûts mentionnées ci-dessus, en soustrayant les frais d'honoraires médicaux estimés comme supplémentaires pour les patients des divisions privée et semi-privée (\widehat{hon}_i) et en soustrayant les coûts de recherche et formation universitaire (RFU_i) (déductions suivant la méthode de calcul SwissDRG):

$$Coûts_i = v101_i + \dots + v421_i - \widehat{hon}_i - RFU_i$$

Les coûts estimés des honoraires médicaux supplémentaires sont déterminés de la même façon que lors de la correction des données pour la structure tarifaire SwissDRG.

Les coûts d'utilisation des immobilisations sont présentés de manière différenciée dans les données 2017. Par rapport à la méthode présentée dans l'étude de faisabilité (données de 2016), il n'est ainsi plus nécessaire de procéder à une évaluation des coûts d'utilisation des immobilisations.

Calcul

Le calcul effectif peut se faire après délimitation des cas et des coûts et regroupement des cas selon la version SwissDRG 9.0. Les cost-weights des forfaits ambulatoires sont calculés comme on le ferait pour le cas des DRG avec une durée de séjour explicite d'une journée:

$$CW_j = \frac{mCT_j}{BG_{9,0}}$$

mCT_j correspondant au coût moyen du cas (CUI compris) des DRG j , et $BG_{9,0}$ indiquant la valeur de référence qui correspond à CHF 10'428 pour la version 9.0.

C: Relations d'évaluation SwissDRG-PAM selon V9.0

Les forfaits ambulatoires sont présentés en colonne 4 (cost-weight SwissDRG-PAM selon la version 9.0).

		DRG	Cost-weight
A1	Veines variqueuses	F39C	0.387
B1	Hémorroïdes (<16 ans)	G26A	0.3
B2	Hémorroïdes (>15 ans)	G26B	0.24
C1	Hernies	G09H	0.37
D1	Col utérin et hystéroscopie	N09Z	0.247
D2	Utérus: curetage	O40Z	0.169
D3	Biopsie du col utérin	N25Z	0.298
E1	Arthroscopies, genou	I18C	0.279
F1	Amygdales et végétations adénoïdes (<16 ans)	D13A	0.24
F2	Amygdales et végétations adénoïdes (>15 ans)	D13B	0.211
G1	Cataracte: extraction intra-/extracapsulaire (des deux côtés)	C08A	0.432
G2	Cataracte: extraction intra-/extracapsulaire (d'un côté)	C08B	0.254
G3	Cataracte: autre extraction	C20Z	0.41
H1	Cathétérisme cardiaque / Angiocardiographie sans la veine cave	F49F	0.291
H2	Angiographie de la veine cave	F86Z	0.144
I1	Décompression lors de syndrome du tunnel carpien ou du tunnel tarsien	B05Z	0.19
I2	Chirurgie de la main	I32D	0.394
I3	Chirurgie du pied	I20H	0.314
J1	Lithotripsie par onde de choc extracorporelle (<16 ans)	L70A	0.212
J2	Lithotripsie par onde de choc extracorporelle (>15 ans)	L70B	0.166
K1	Stimulateur cardiaque avec une stimulation simple chambre/enregistreur d'événements	F12F	0.972
K2	Stimulateur cardiaque avec une stimulation double chambre	F12E	1.212
K3	Stimulateur cardiaque à resynchronisation (CRT-P)	F12C	1.888
K4	Stimulateur cardiaque: enlèvement d'enregistreur d'événements	F18B	0.457
L1	Ablations de matériel d'ostéosynthèse (<12 ans)	I23A	0.392
L2	Ablations de matériel d'ostéosynthèse (>11 ans)	I23C	0.279
M1	Syndrome d'apnées du sommeil ou polysomnographie cardiorespiratoire (<16 ans)	E63A	0.079
M2	Syndrome d'apnées du sommeil ou polysomnographie cardiorespiratoire (>15 ans)	E63B	0.065
N1	Photophérèse et aphérèse	A91Z	0.318
O1	Radiothérapie	D20Z/H16Z/N16Z	0.162
P1	Angioplastie ou athérectomie d'autre(s) vaisseau(x) non coronaire(s)	F59G	0.444
Q1	Biopsie du sein, ouverte	J25Z	0.343
R1	Circoncision	M05Z	0.243