

SwissDRG 1.0 version catalogue

Swiss Diagnosis Related Groups Version 1.0

Manuel de définition Volume 1 (DRG A01A – F98Z)

© 2011 by SwissDRG SA, Berne, Suisse

Tous droits réservés. Les manuels de définition sont protégés par les droits d'auteurs. Toute utilisation en dehors des conditions d'utilisation de SwissDRG SA sans autorisation écrite préalable est interdite.

SwissDRG 1.0, version catalogue
Manuel de définition

Contenu

1 Volume 1 (DRG A01A-F98Z)

Liste des illustrations et des tableaux	VII
Documents d'accompagnement au manuel de définition SwissDRG 1.0, version catalogue	VIII
Remarque préliminaire	IX
Liste des Abréviations	X
Introduction	1
1 Objectifs	1
2 Contexte	1
3 Classification SwissDRG 1.0 version catalogue	3
3.1 Notation des DRG	4
3.2 Détermination des niveaux de sévérités	5
4 Regroupement d'épisodes de traitement par DRG	6
4.1 Variables nécessaires au regroupement	6
4.2 Examen des caractéristiques démographiques et cliniques	6
4.3 Classement dans un MDC	6
4.4 Traitement pré-MDC	7
4.5 Partitionnement des MDC	7
4.6 Classement dans les DRG de base	8
4.7 Détermination des CCL et PCCL	8
4.8 Classement dans un DRG	8
4.9 Diverses fonctions affectant le regroupement des cas	9
4.10 DRG d'erreur et autres DRG	9
5 Indications sur l'utilisation de ce manuel de définition	10
5.1 Utilisation du manuel	10
5.2 Symboles et conventions	14
6 Particularités de la SwissDRG 1.0, version catalogue	16
6.1 Validité des classifications de diagnostics et d'interventions	16
6.2 Patients sous ventilation artificielle	16
6.3 Marquage de la latéralité	17
6.4 Interventions de type OR et NonOR	17

Pré-MDC	(DRGs A01A-B61Z)	45
MDC 01	Maladies et troubles du système nerveux (DRGs B01Z-B86Z)	117
MDC 02	Maladies et troubles de l'œil (DRGs C01Z-C66Z)	209
MDC 03	Maladies et troubles de l'oreille, du nez, de la bouche et de la gorge (DRGs D01A-D67Z)	233
MDC 04	Maladies et troubles des organes respiratoires (DRGs E01A-E77E)	279
MDC 05	Maladies et troubles de l'appareil circulatoire (DRGs F01A-F98Z)	317

2 Volume 2 (DRGs G02Z-I98Z)

MDC 06	Maladies et troubles des organes digestifs (DRGs G01Z-G77Z)	1
MDC 07	Maladies et troubles du système hépatobiliaire et du pancréas (DRGs H01Z-H64Z)	67
MDC 08	Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif (DRGs I01Z-I98Z)	93

3 Volume 3 (DRGs J01Z-P67D)

MDC 09	Maladies et troubles de la peau, du tissu sous-cutané et de la glande mammaire (DRGs J01Z-J68Z)	1
MDC 10	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (DRGs K01A-K77Z)	57
MDC 11	Maladies et troubles des organes urinaires (DRGs L02A-L73Z)	85
MDC 12	Maladies et troubles des organes génitaux masculins (DRGs M01A-M64Z)	121
MDC 13	Maladies et troubles des organes génitaux féminins (DRGs N01A-N62B)	139
MDC 14	Grossesse, naissance et suites de couches (DRGs O01A-O65B)	167
MDC 15	Nouveau-nés (DRGs P01Z-P67D)	211
	Problème grave chez le nouveau-né	279
	Plusieurs problèmes graves chez le nouveau-né	305

4 Volume 4 (DRGs Q01Z-Z66Z)

MDC 16	Affections du sang, des organes hématopoïétiques et du système immunitaire (DRGs Q01Z-Q61E)	1
MDC 17	Néoplasmes hématologiques et solides (DRGs R01A-R65B)	13
MDC 18A	VIH (DRGs S01Z-S65B)	65
MDC 18B	maladies infectieuses et parasitaire (DRGs T01A-T77Z)	83
MDC 19	Maladies et troubles psychiques (DRGs U01Z-U66B)	97
MDC 20	Usage d'alcool et de drogues et troubles psychiques induits par l'alcool et les drogues (DRGs V60A-V65Z)	111
MDC 21A	Traumatisme multiple (DRGs W01A-W61Z)	123
MDC 21B	Blessures, empoisonnements et effets toxiques dus aux drogues et médicaments (DRGs X01A-X64Z)	149
MDC 22	Brûlures (DRGs Y01Z-Y63Z)	187
MDC 23	Facteurs influant sur l'état de santé et autre mise à contribution de la santé publique (DRGs Z01Z-Z66Z)	201
Fonctions globales		215
	Procédure OR sans rapport	215
	Poids à l'admission	227
	Procédures opératoires particulières	233
	Procédures opératoires complexes	255
	Procédures de complications	263
	Dialyse	269
	Traumatisme multiple	275
	Interventions sur plusieurs localisations	289
	Traitement complexe de soins intensifs > 1104 points	301
	Traitement complexe de réhabilitation précoce gériatrique	307
	Réhabilitation précoce	313
	Traitement complexe de soins intensifs > 552 points	319
	Procédures opératoires complexes en plusieurs temps	325
	Procédures opératoires particulières en quatre temps	333
	Séjour avant transplantation	355
	Procédures de complication pré-MDC	361
	Ventilation artificielle de plus de 95 heures	371
	Ventilation artificielle de moins de 96 heures	377

5 Volume 5 Annexes

Annexe A Index codes diagnostics / MDC / DRG	1
Annexe B index codes d'interventions / MDC / DRG	153
Tableau des interventions globales	264
Aperçu des fonctions	265
Interventions sur plusieurs localisations	268
Annexe C CC, exclusions de CC, CCL et calcul de PCCL	269
Annexe D Plausibilité	312
Glossaire	363
Sources	365

Liste des illustrations et des tableaux

Volume 1 (DRG A01-F98Z)

Figure 3.1	SwissDRG 1.0, version catalogue: vue d'ensemble	3
Figure 5.1	Logigramme selon la hiérarchie des coûts	12
Figure 5.2	Logigramme avec numéros de rangs	13
Tableau 1.1	Liste des DRG de la version 1.0	18
Tableau 1.2	Groupes de la CIM et MDC correspondants	39

Volume 5 Annexes

Figure C.1	Calcul de PCCL pour les non-nouveau-nés	271
Figure C.2	Calcul de PCCL pour les nouveau-nés	272
Tableau C.1	Combinaison de valeurs de CCL pour le calcul de la PCCL de 1 à 4	273
Tableau D.1	Valeurs admissibles pour les données démographiques	312
Tableau D.2	Valeurs admissibles pour les diagnostics et interventions	313
Tableau D.3	Tableau pour la vérification de caractéristiques médicales	314
Tableau D.4	Codes d'état du groupeur (GST)	316
Tableau D.5	Diagnostic principal non admis	317
Tableau D.6.a	Conflit de l'âge – nourrisson	328
Tableau D.6.b	Conflit de l'âge – enfant en bas âge	331
Tableau D.6.c	Conflit de l'âge – enfant	332
Tableau D.6.d	Conflit de l'âge – enfants et adolescents	333
Tableau D.6.e	Conflit de l'âge – post-néonatal	335
Tableau D.6.f	Conflit de l'âge – plus âgé que nourrisson	336
Tableau D.6.g	Conflit de l'âge – puberté	338
Tableau D.6.h	Conflit de l'âge – diagnostics en âge de procréer	339
Tableau D.6.i	Conflit de l'âge – interventions en âge de procréer	343
Tableau D.6.j	Conflit de l'âge – adultes	344
Tableau D.6.k	Conflit de l'âge – adultes d'âge mûr	350
Tableau D.7.a	Conflit dû au sexe – diagnostics pour les femmes	351
Tableau D.7.b	Conflit dû au sexe – interventions pour les femmes	358
Tableau D.7.c	Conflit dû au sexe – diagnostics pour les hommes	361
Tableau D.7.d	Conflit dû au sexe – interventions pour les hommes	362

Documents d'accompagnement de SwissDRG Manuel de définition 1.0 version catalogue

Les documents accompagnants le manuel de définition sont disponibles sur le site de SwissDRG SA en téléchargement (www.swissdrg.org).

Contenu des documents :

Les documents contiennent les fichiers suivants :

- Index codes diagnostics / MDC / DRG et index codes d'interventions / MDC / DRG des annexes A et B (dossier « Index »)
- Plausibilité de l'annexe D (dossier « Plausi »)
- DRG, ADRG et MDC de la version 1.0 de SwissDRG, y c. tableau 1.1 du Volume 1 (dossier « titres DRG »)
- CC, exclusions de CC et CCL de l'annexe C (dossier « CCL »), nécessaires pour les calculs décrits dans l'annexe C (cf. « CCREADME.TXT » dans ce dossier pour des informations complémentaires)
- Dossier Readme.txt

Le contenu des fichiers est décrit dans le fichier readme.

Remarque préliminaire

Le présent manuel décrit la version 1.0 du système des forfaits par cas SwissDRG. Cette version 1.0 constitue une évolution de la version 0.3 de SwissDRG et se base sur la version de l'année 2008 des German Diagnosis Related Groups (G-DRG 2008).

Les propositions d'ordre médical, économique et scientifique apportées en Suisse par les partenaires par le biais de la procédure de demande ont été utilisées pour développer le système de façon ciblée.

Certains développements essentiels des versions 2009 et 2010 du système G-DRG ont également été pris en compte dans l'adaptation du système des forfaits par cas à la situation du système de santé helvétique.

Ce document définit la systématique des DRG qui permet la rémunération liée aux prestations sur la base de forfaits par cas valable au niveau national conformément à LAMal. Cette version 1.0 de SwissDRG entrera en vigueur en 2012 et constitue la première structure de rémunération basée sur des forfaits par cas pour les prestations somatiques aigues uniforme pour toute la Suisse.

La systématique des groupes de cas nouvellement.

La systématique de groupes de cas nouvellement développée et les cost-weights calculés forment la base du catalogue des forfaits par cas 1.0.

Liste des abréviations

ADRG	DRG de base (Adjacent Diagnosis Related Group)
CC	Complication ou comorbidité (Complication or Comorbidity)
CCL	Niveau de complication ou de comorbidité (Complication or Comorbidity Level)
CHOP	Classification suisse des interventions chirurgicales (traduction et adaptation de la classification américaine ICD-9-CM, volume 3)
DMB	Durée de ventilation mécanique
DRG	Groupe de cas lié au diagnostic (Diagnosis Related Group)
G-DRG	German Diagnosis Related Group
GST	Code d'état du groupeur
HD	Diagnostic principal
ICD-10-WHO	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10 ^e révision
ICD-10-GM	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10 ^e révision, modification allemande (German Modification)
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (Institut allemand pour le système de tarification hospitalière Sàrl)
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
MDC	Catégorie majeure de diagnostic (Major Diagnostic Category)
ND	Diagnostic secondaire (Nebendiagnose)
NonOR	non opératoire (Non-Operating Room)
OPS	Classification allemande des interventions (Operationenschlüssel)
OR	opératoire (Operating Room)
PCCL	Niveau de complexité clinique du patient (Patient Clinical Complexity Level)
Pre-MDC	Pré-MDC
SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Group
SwissDRG SA	Société anonyme SwissDRG
VD	Durée de séjour

Introduction

1 Objectifs

Les groupes de cas liés au diagnostic (DRG) représentent une méthode permettant de classer et de mesurer les épisodes de traitement hospitalier. Afin de maintenir cette méthode à jour, il faut la modifier régulièrement, de sorte que l'on puisse tenir compte de l'évolution des exigences et des besoins médicaux.

La version 1.0 de SwissDRG, version catalogue, permet le traitement de données de l'année 2009, codées avec les codes de diagnostics et d'interventions valables cette année (CIM-10-GM, version 2008, et CHOP, version 11).

Les textes qui figurent dans les tables de diagnostics et d'interventions de ce manuel sont des libellés raccourcis dérivés de ceux qui figurent dans les publications de la CIM-10 et de la CHOP. Les libellés complets et corrects se trouvent donc dans les versions officielles de ces deux classifications.

Le présent manuel décrit le système SwissDRG 1.0 et son application. Il contient également des explications détaillées de la manière dont les cas sont classés par le groupeur SwissDRG dans les MDC et les DRG.

Catégorie majeure de diagnostic (MDC) Un MDC est un ensemble de DRG associés en principe à un système anatomo-physiologique spécifique (système nerveux, respiratoire, circulatoire, digestif, etc.) ou à des maladies dont l'étiologie est similaire. La plupart des MDC sont en lien avec une spécialité médicale particulière. Les enregistrements des cas classés dans les MDC 15, 18 et 21 peuvent toutefois contenir des diagnostics principaux correspondant aussi à d'autres MDC. La présente version de SwissDRG comprend 23 MDC.

Groupes de cas liés à un diagnostic (DRG) Les DRG sont une classification de séjours hospitaliers permettant de mettre en rapport le type et le nombre de ces séjours avec la consommation de ressources qu'ils ont générée, et cela d'une manière qui soit à la fois compréhensible et cliniquement pertinente. La Version SwissDRG 1.0 contient 1052 DRGs.

Groupeur Un groupeur est un logiciel servant à classer les cas (c'est à dire les épisodes de traitement hospitalier) dans les MDC et les DRG.

2 Contexte

Les DRG se définissent comme un nombre défini de groupes basées sur les diagnostics et qui se distinguent selon leur contenu clinique et la consommation de ressources qui y sont associées. Ces DRG permettent de mesurer la performance d'un hôpital. Ils forment ainsi une base pour le financement, la budgétisation et la tarification. De plus, les DRG offrent un soutien dans le développement de stratégies pour la réglementation de l'accès aux soins et de l'égalité de traitement, de l'analyse des pratiques cliniques et du codage, ainsi que des analyses de besoin relatives aux médicaments, produits thérapeutiques et moyens auxiliaires.

Les DRG sont apparus dans les années 70 aux Etats-Unis. Leur but était de déterminer si les procédés de contrôle des coûts et de la qualité utilisés habituellement en économie d'entreprise pouvaient s'appliquer également aux hôpitaux. Initialement, l'attention se concentrait sur l'identification et l'explication des différences dans la qualité des prestations et des traitements. Le potentiel de diminution des coûts liés aux DRG a cependant très vite été reconnu. En 1983, les DRG ont été utilisés aux USA comme élément d'un système de rémunération prospectif dans un programme « medicare », ce qui a suscité une vive attention au niveau international.

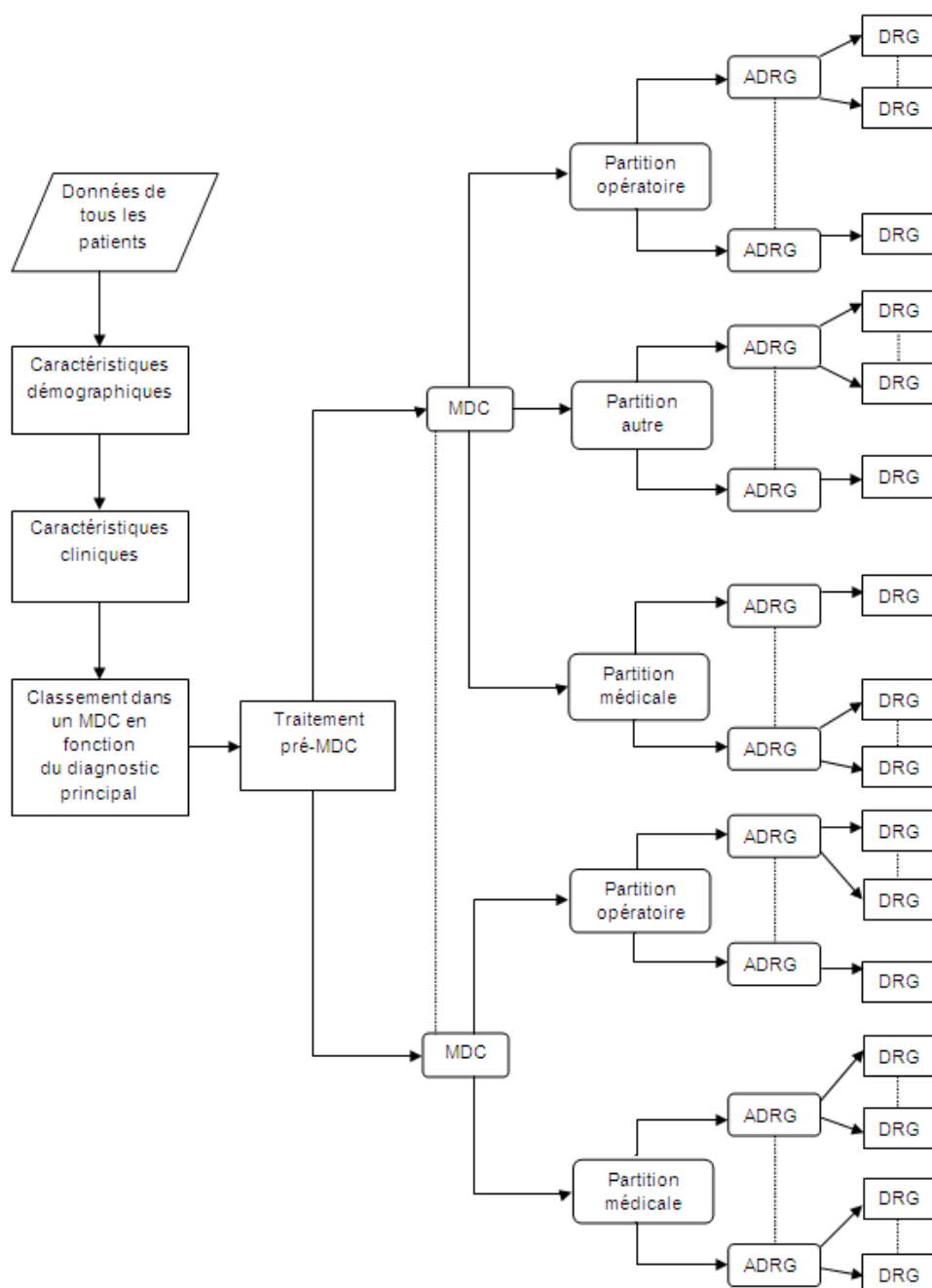
En Australie, la première version des AN-DRG (version 1.0) fut introduite en 1992 et actualisée annuellement. Ces actualisations servirent en premier lieu à prendre en compte les modifications dans les pratiques cliniques et dans le codage. La version 4.1 des AR-DRG, basée sur la CIM-10-AM constitue le point de départ de la version 1.0 du système G-DRG. Les versions suivantes de la classification G-DRG se sont caractérisées par une adaptation conséquente du système à la situation de fourniture des soins en

Allemagne.

SwissDRG SA a adapté le système G-DRG développé en Allemagne à la structure du système de santé helvétique, afin de mettre à disposition avec la version 1.0, un système complet de rémunération forfaitaire des prestations hospitalières dans le domaine somatique aigu pour toute la Suisse.

3 Classification SwissDRG 1.0, version catalogue

FIGURE 3.1 SwissDRG 1.0, version catalogue: vue d'ensemble



La figure 3.1 montre les grandes lignes du classement des cas dans les DRG du système SwissDRG. L'ordre dans lequel les critères de classement sont appliqués dépend des coûts moyens correspondant à chaque DRG (afin d'éviter un remboursement inférieur lorsque les prestations fournies sont supérieures). C'est pourquoi il peut y avoir différentes priorités de classement afférentes à des DRG rattachés à un même DRG de base (ADRG). Pour cette même raison les priorités de classement peuvent être déterminées au sein d'un MDC sans tenir compte des partitions (opératoire, médicale ou autre) de ce MDC.

3.1 Notation des DRG

Les DRG sont répartis en MDC selon une hiérarchisation des diagnostics et des traitements. Ceux-ci sont répartis en partitions opératoire, médicale et autre. (figure 3.1).

Partitions opératoire, autre et médicale. Dans les MDC, on distingue au maximum trois partitions (opératoire, autre et médicale). Le classement d'un cas dans une de ces partitions dépend essentiellement de la présence ou de l'absence d'interventions classantes OR ou NonOR. Voir paragraphe 4.5. pour de plus amples informations à ce sujet.

Les interventions OR sont des interventions classantes dans le cadre de la version 1.0 des SwissDRG.

Les interventions NonOR sont des interventions classantes au sein de quelques MDC. Par ailleurs, selon la version 1.0 de SwissDRG, une intervention définie comme NonOR peut également être réalisée dans une salle d'opération (Operating Room = OR).

La notation des DRG permet de déduire:

- (i) à quel groupe principal (habituellement un MDC) un DRG est rattaché,
- (ii) le DRG de base (et, sauf dans les MDC 05 et 08, la partition (opératoire, autre, médicale) à laquelle appartient ce DRG,
- (iii) la présence ou la nature de splits (scissions) liés à la consommation des ressources.

Chaque DRG est identifié au moyen de quatre caractères alphanumériques (p. ex. "ADD5") qui ont la signification suivante:

A renvoie au groupe principal auquel appartient le DRG;

DD indique le DRG de base au sein du MDC ainsi que la partition à laquelle le DRG de base est rattaché;

S différencie les DRG dérivés d'un DRG de base en fonction de leur consommation de ressources.

Pour le premier caractère différentes lettres de l'alphabet sont employées pour indiquer le groupe principal auquel le DRG appartient, tandis que le chiffre "9" est réservé au marquage de DRG d'erreur (DRG "poubelle") et d'autres DRG spéciaux. [Remarque: dans les MDC 18 et 21 les lettres A et B sont employées pour distinguer entre *maladies dues au VIH* (MDC 18A) et *maladies infectieuses et parasitaires* (MDC 18B) ou traumatisme multiple (MDC 21A) et *blessures, empoisonnements et effets toxiques dus aux drogues et médicaments* (MDC 21B).] Par exemple, des trois désignations B03Z, Y01Z et 960Z il ressort que le premier DRG se rapporte au système nerveux, que le deuxième se rapporte à des brûlures et que le troisième est un DRG d'erreur (DRG "poubelle").

Le deuxième et le troisième caractère de la désignation d'un DRG - donc "DD" - caractérisent le DRG de base. Les DRG qui ont une même lettre initiale et les mêmes chiffres au milieu - p. ex. B69A, B69B, B69C, B69D et B69E - se rapportent au même DRG de base.

Les DRG de base (ADRG) se composent d'un ou de plusieurs DRG qui sont essentiellement définis par la même liste de codes diagnostiques et d'intervention. Les DRG associés à un DRG de base se distinguent par les différentes consommations de ressources qui leur sont associées et sont subdivisés en fonction de critères tels que des diagnostics ou des interventions correspondant à des complications, le mode de sortie, l'âge et/ou le niveau de complexité clinique du patient (PCCL).

Sauf pour les DRG rattachés aux MDC 05 et 08, le deuxième et troisième caractère permettent de distinguer entre les DRG qui font partie d'une partition opératoire (01-39), autre (40-59) ou médicale (60-99).

Enfin, le quatrième caractère se rapporte à la consommation de ressources associée aux DRG dérivés d'un DRG de base. Différents caractères alphabétiques peuvent être utilisés à cet effet:

- A** consommation de ressources la plus élevée
- B** deuxième consommation la plus élevée de ressources
- C** troisième consommation la plus élevée de ressources
-
- Z** pas de subdivision

Les libellés des DRG sont en lien avec cette répartition au sein d'un DRG de base. Par exemple, les quatre DRG correspondant au sixième DRG de base de la partition médicale du MDC 05 *Maladies et troubles du système circulatoire* ont les libellés suivants:

- F67A** *Hypertension avec CC extrêmement sévères*
- F67B** *Hypertension avec CC sévères ou arythmie sévère et arrêt cardio-circulatoire sans CC extrêmement sévères*
- F67C** *Hypertension sans CC extrêmement sévères ou sévères, âge < 16 ans*
- F67D** *Hypertension sans CC extrêmement sévères ou sévères, âge > 15 ans*

De façon générale, tant les DRG au sein d'un DRG de base que les DRG de base au sein de la partition opératoire ou autre d'un MDC sont classés selon une hiérarchie basée sur la consommation de ressources. Cette hiérarchie apparaît clairement dans les diagrammes représentant les règles de décision utilisées pour classer les cas. En revanche, dans la partie texte de chaque chapitre consacré à un MDC les DRG figurent dans leur ordre alphanumérique, permettant ainsi de retrouver plus facilement les informations concernant un DRG donné; cet ordre alphanumérique ne reflète donc pas celui des consommations de ressources correspondant aux DRG en question.

A la fin de cette introduction figure une liste complète des DRG contenant également des informations détaillées sur les MDC et partitions y afférentes (tableau 1. 1).

3.2 Détermination des niveaux de sévérité

La présence de complications et/ou de comorbidités (CC) peut rendre plus difficile et plus cher le traitement de maladies et de troubles. C'est pourquoi dans une classification DRG il est essentiel de prendre en considération la sévérité des maladies.

Dans la version 1.0 des SwissDRG le PCCL (niveau de complexité clinique d'un patient) est calculé à l'aide d'un algorithme reposant sur des valeurs CCL (niveau de complication et de comorbidité) disponibles. La manière de déterminer les CCL et les PCCL est expliquée en détail dans l'annexe C.

4 Regroupement d'épisodes de traitement par DRG

4.1 Variables nécessaires au regroupement

Les données suivantes sont nécessaires au fonctionnement du groupeur SwissDRG: codes diagnostiques, codes d'intervention, sexe, âge, mode d'admission, mode de sortie, durée de séjour, nombre de jours de congé, poids à l'admission, statut de la durée de séjour ainsi que durée de la ventilation mécanique.

Le groupeur SwissDRG peut traiter jusqu'à 50 codes diagnostiques et jusqu'à 100 codes d'intervention par enregistrement de données. Le groupeur exécute les tâches suivantes dans l'ordre indiqué ci-après:

- vérification des caractéristiques démographiques et cliniques
- classement dans un MDC
- traitement pré-MDC
- Détermination de la partition (opératoire, autre ou médicale)
- classement dans un DRG de base
- détermination des CCL et PCCL
- classement dans le DRG

4.2 Examen des caractéristiques démographiques et cliniques

Avant le classement dans un MDC, le groupeur contrôle à l'aide des caractéristiques démographiques et cliniques du cas la validité des données employées pour le regroupement. Les caractéristiques démographiques qui sont contrôlées sont: l'âge, le sexe, le poids à l'admission, la durée du séjour, le statut de la durée du séjour, la durée de la ventilation mécanique, le mode d'admission et le mode de sortie.

L'examen de la plausibilité des caractéristiques cliniques sert à contrôler tous les codes diagnostiques (ICD-10-GM) et d'intervention (CHOP) ainsi que l'âge et le sexe. Le diagnostic principal est également contrôlé pour s'assurer qu'il est admissible en tant que diagnostic principal et qu'il ne s'agit ni d'un code de manifestation ni d'un code pour décrire une cause externe de blessure et/ou d'empoisonnement (voir les chapitres V, W, X et Y de l'ICD-10-GM).

Vous trouverez dans l'annexe D de plus amples informations sur les diagnostics admissibles ainsi que sur le contrôle de la plausibilité des caractéristiques cliniques des codes employés.

Aussi bien pour les caractéristiques démographiques que cliniques, des avertissements ("flags") sont générés lorsque le programme rencontre des informations invalides. Dans certaines circonstances - p. ex. en cas d'indications erronées concernant l'âge, de diagnostic principal non admis ou de diagnostic principal incompatible avec le sexe de la personne - le cas est marqué comme échec ("fatal flag") et classé dans l'un des trois DRG d'erreur 960Z, 961Z et 963Z.

4.3 Classement dans un MDC

La deuxième fonction du groupeur consiste à classer chaque cas dans un MDC. Bien que ce classement soit réalisé de façon générale en fonction du code diagnostique principal, il existe des exceptions lors desquelles le classement d'un cas dans un MDC est modifié pendant le traitement pré-MDC.

Par ailleurs il n'existe pas toujours une relation entre les blocs des codes diagnostiques de l'ICD-10-GM et les tables de codes diagnostiques qui servent au classement dans un MDC. Par exemple les codes diagnostiques du bloc D10-D36 *Néoforations bénignes* sont répartis entre 15 MDC différents (voir tableau 1.2).

Si un cas ne peut être classé dans aucun MDC spécifique, le numéro de MDC 00 lui est attribué et il est classé dans le DRG 960Z *impossible à grouper*. [Remarque: tous les cas du DRG 960Z ne sont pas forcément dans le MDC 00. Ainsi, des cas classés dans le MDC 12, 13 ou 14 en raison de leur diagnostic principal peuvent éventuellement être reclassés dans le DRG 960Z en présence de caractéristiques médicales présentant un « fatal flag » tout en conservant néanmoins leur rattachement au MDC initial.]

4.4 Traitement pré-MDC

Le traitement pré-MDC a deux fonctions. Premièrement, l'identification des cas à classer dans des DRG associés à des coûts importants et appartenant à la catégorie "pré-MDC". Deuxièmement, la modification du classement des cas lorsque le MDC n'est pas déterminé exclusivement en fonction du diagnostic principal. Il s'agit des MDC 15 *Nouveaux-nés*, MDC 18A *VIH* et MDC 21 A *traumatisme multiple*.

Chaque enregistrement de données est contrôlé, par exemple, selon les questions mentionnées ci-dessous. Si la réponse est "oui", le groupeur classe le cas dans un DRG de la catégorie pré-MDC ou modifie le MDC auquel il a été initialement rattaché:

- Durant le séjour en question une transplantation du foie, d'un poumon, de la moelle épinière, du pancréas, du rein, de l'intestin ou du cœur a-t-elle été réalisée ou bien des cellules souches ont-elles été transfusées ?
- Y a-t-il eu un séjour d'évaluation avant la transplantation d'organe ?
- Une respiration artificielle de longue durée a-t-elle été réalisée ?
- Une réadaptation précoce a-t-elle été réalisée chez un patient en coma vigile ?
- Une maladie aiguë ou une lésion de la moelle épinière a-t-elle été diagnostiquée ?
- Y a-t-il eu une défaillance et un rejet d'un organe transplanté ou de cellules hématopoïétiques transplantées ?
- Un prélèvement de cellules souches a-t-il été effectué chez un donneur autologue ?
- Des lésions significatives ont-elles été traitées à plusieurs endroits du corps ?
- Le patient était-il âgé de moins de 28 jours (nouveau-né) ou de moins d'une année avec un poids à l'admission inférieur à 2500 grammes ?
- Y a-t-il une maladie liée au VIH ?

Le déroulement de ce traitement pré-MDC est présenté dans le premier des logigrammes de MDC ci-après.

4.5 Partitionnement des MDC

Le classement d'un cas dans une partition opératoire, autre ou médicale d'un MDC dépend principalement de la présence ou de l'absence d'interventions. La règle générale est la suivante:

- Pour qu'un cas soit classé dans la partition opératoire d'un MDC il faut qu'il y ait au moins une intervention de type OR (Operating Room).
- Un cas est classé dans la partition autre d'un MDC lorsqu'aucune intervention de type OR n'a été réalisée, mais qu'au moins une intervention de type NonOR (classante dans le MDC en question) a été effectuée.

Si aucune intervention, que ce soit de type OR ou de type NonOR (classante dans le MDC en question) n'a été réalisée, le cas est classé dans la partition médicale du MDC.

Toutefois, tous les MDC ne comprennent pas trois partitions.

L'annexe B contient une liste détaillée de toutes les interventions de type OR et NonOR prises en considération dans la version 1.0 de SwissDRG. Dans quelques MDC, des DRG de la partition médicale ont été triés entre des DRG de la partition autre mais également de la partition opératoire. Ainsi, dans certains cas particuliers, selon l'ordre dans lequel les DRG sont interrogés, un cas peut être classé dans un DRG de la partition médicale malgré la présence d'une intervention du type OR. Au point 6.4 *Interventions OR et NonOR* figurent les particularités de certaines interventions définies comme NonOR lors du transcodage entre les classifications OPS et CHOP réalisé dans le cadre de l'hélicérisation du groupeur G-DRG.

4.6 Classement dans les DRG de base

Les cas sont classés dans les DRG de base avant tout en fonction des codes diagnostiques et d'intervention. Le classement dans les DRG de base des partitions opératoire et autre est effectué de manière hiérarchique (voir logigrammes des MDC), d'habitude par ordre décroissant de consommation de ressources. Dans les partitions médicales des MDC, une telle hiérarchie ne s'applique pas car les listes de diagnostics utilisées pour le classement des cas sont mutuellement exclusives.

Considérons par exemple trois enregistrements de données contenant le code diagnostique principal C20 *Néof ormation maligne du rectum* (ce code est rattaché au MDC 06). Supposons que la durée du séjour est supérieure à deux jours et que ces enregistrements sont identiques, mis à part la présence ou l'absence d'interventions de type OR et NonOR. Si le premier enregistrement contient le code 48.49 correspondant à l'intervention de type OR *Autre résection du rectum avec abaissement du côlon*, le cas est classé dans le DRG G17Z *Autre résection rectale*. En revanche, si le deuxième enregistrement contient le code 45.42 correspondant à l'intervention de type NonOR *Polypectomie endoscopique du gros intestin*, le cas est classé dans le DRG de base G48 *Coloscopie avec CC extrêmement sévères ou sévères, intervention à complications ou âge < 15 ans* (dans la mesure où le PCCL est supérieur à 2). Si le troisième enregistrement ne contient aucun code correspondant à une intervention de type OR ou NonOR, le cas est classé dans le DRG de base G60 *Néof ormation maligne des organes digestifs*, un DRG de base de la partition médicale du MDC.

Si le diagnostic principal des premier et deuxième enregistrements de données était changé en I20.9 *Angine de poitrine, sans précision* (un code diagnostique principal rattaché au MDC 05) le premier cas serait classé dans le DRG de base 901 *Procédure OR étendue sans rapport avec le diagnostic principal*, tandis que le deuxième le serait dans le DRG de base médical F66 *Artériosclérose coronarienne sans CC extrêmement sévères*. La raison en est que le code 48.49 *Autre résection du rectum avec abaissement du côlon* n'apparaît sur aucune des listes d'intervention de type OR qui définissent les DRG chirurgicaux du MDC 05, et que le code 45.42 *Polypectomie endoscopique du gros intestin* n'est associé à aucun des DRG de base de la partition autre du MDC 05.

Afin de pouvoir tenir compte d'interventions faites plusieurs fois au cours d'un séjour hospitalier, la date de leur réalisation sera utilisée pour la première fois à des fins de regroupement dans la version 1.0 des SwissDRG.

4.7 Détermination des CCL et PCCL

A chaque code diagnostique correspond une valeur CCL. Une valeur PCCL est attribuée à chaque enregistrement de données, cette valeur faisant office d'estimateur de l'effet cumulatif des CC d'un épisode de traitement. On trouvera dans l'annexe C et dans les documents sur le site de plus amples informations sur les procédures permettant de déterminer les CCL et PCCL d'un enregistrement de données.

4.8 Classement dans un DRG

Les DRG rattachés à un DRG de base se distinguent par la consommation de ressources qui leur est associée et ils sont subdivisés en fonction des valeurs PCCL, de l'âge, de la durée de séjour, de la ventilation artificielle, du mode d'admission, du mode de sortie, des diagnostics (principal et secondaire) ou des interventions.

4.9 Diverses fonctions affectant le regroupement des cas

Dans la version 1.0 de SwissDRG il y a des fonctions spéciales. Il s'agit de définitions logiques qui sont typiquement employées à plusieurs endroits des algorithmes des DRG, souvent dans plusieurs MDC. De plus amples informations (logique, tables de codes) sur deux de ces fonctions - "problème grave chez le nouveau-né" [SPNG] et "plusieurs problèmes graves chez le nouveau-né" [MSPNG] - figurent dans le volume 3, à la fin des définitions des DRG du MDC 15. Pour toutes les autres fonctions (dénommées "fonctions globales") vous trouverez des informations à la fin du volume 4. Une liste indiquant à quel endroit se présentent les différentes fonctions dans les MDC et DRG se trouve dans l'aperçu des fonctions au volume 5 à la fin de l'annexe B. Les deux fonctions "respiration artificielle pendant plus de 95 heures" et "respiration artificielle pendant moins de 96 heures" résultent de l'adaptation du système G-DRG aux données suisses. De plus amples explications à ce sujet sont fournies au point 6 *Particularités de la SwissDRG 1.0, version catalogue*.

4.10 DRG d'erreur et autres DRG

Dans la version 1.0 de SwissDRG, les enregistrements de données qui contiennent des informations cliniquement atypiques ou invalides sont attribués à l'un des neuf DRG suivants:

- 901A** *Procédure OR étendue sans rapport avec le diagnostic principal avec procédures de complications ou radiothérapie*
- 901B** *Procédure OR étendue sans rapport avec le diagnostic principal sans procédures de complications sans radiothérapie, avec procédure OR complexe*
- 901C** *Procédure OR étendue sans rapport avec le diagnostic principal sans procédures à complications sans radiothérapie, sans procédure OR complexe, avec autre intervention au niveau de la tête de la colonne vertébrale ou âge < 1 an*
- 901D** *Procédure OR étendue sans rapport avec le diagnostic principal sans procédures à complications, sans radiothérapie, sans procédure OR complexe, sans autre intervention au niveau de la tête et de la colonne vertébrale, âge > 0 an*
- 902Z** *Procédure OR non étendue sans rapport avec le diagnostic principal*
- 960Z** *impossible à grouper*
- 961Z** *Diagnostic principal non admis*
- 962Z** *Combinaison non admise de diagnostics en obstétrique*
- 963Z** *Diagnostic néonatal incompatible avec l'âge ou le poids*

Ces DRG d'erreur et autres DRG sont répartis en trois groupes:

- Groupe 1 901A-D et 902Z sont employés lorsqu'aucune des interventions de type OR n'a de lien avec le MDC rattaché au diagnostic principal du patient.
- Groupe 2 961Z, 962Z et 963Z sont employés lorsqu'un cas ne peut être classé dans aucun DRG cliniquement cohérent en raison de son diagnostic principal (par exemple si un code de l'ICD-10-GM est utilisé comme code diagnostique principal, bien que le code ne soit pas admis comme code diagnostique principal dans le système SwissDRG).
- Groupe 3 960Z est employé si le diagnostic principal est invalide ou si des informations importantes manquent ou sont fausses.

Le groupe 1 est essentiellement en rapport avec la méthode de classement, le groupe 2 avec les règles de codage et le groupe 3 avec la qualité du codage.

5 Indications sur l'utilisation de ce manuel de définition

5.1 Utilisation du manuel

Le but premier de ce manuel est d'expliquer comment le groupeur classe les cas dans les DRG. Il explique donc pourquoi tel enregistrement de données est classé dans tel DRG. De plus, il fournit une aide pour déterminer les DRG entrant en ligne de compte pour le classement d'un cas donné. Toutefois, ce manuel n'est pas conçu comme remplaçant d'un logiciel de groupage. Ci-dessous sont décrites les sept étapes importantes permettant de comprendre le classement d'un cas dans un SwissDRG.

Étape 1: consultation de l'annexe A

Examinez le diagnostic principal et déterminez à l'aide des références croisées de l'annexe A le MDC et les DRG dans lesquels le cas pourrait être classé. Selon les circonstances des DRG de plusieurs MDC peuvent entrer en considération. En pareil cas vous devriez d'abord ne pas tenir compte des MDC et DRG suivants:

- la partie VIH du MDC 18 (c.-à-d. les DRG commençant par la lettre "S");
- la partie polytraumatisme du MDC 21 (c.-à-d. les DRG commençant par la lettre "W");
- Les cas où le diagnostic est en même temps un diagnostic de complication utilisé pour un split en fonction du niveau de sévérité. Ce sont par exemple les DRG de base O01 et O60 dans le MDC 14; les DRG de base P65 à P67 dans le MDC 15; le DRG de base Y02 dans le MDC 22;
- les cas où le diagnostic définit plus précisément un DRG faisant partie de la partition opératoire ou autre d'un MDC

Étape 2: consultation du logigramme des pré-MDC

Examinez les données en fonction du logigramme des pré-MDC et déterminez si elles remplissent les critères de classement dans l'un des ensembles suivants:

- DRG coûteux de la catégorie des pré-MDC;
- nouveau-né (MDC 15);
- VIH (MDC 18A);
- Traumatisme multiple (MDC 21A);
- maladies aiguës et lésions de la moelle épinière (DRG de base B61);
- attaque d'apoplexie sans craniotomie ou attaque d'apoplexie avec craniotomie et durée de ventilation artificielle inférieure à 144 heures;
- insertion, remplacement de sonde ou du système intégral d'un défibrillateur cardiaque (MDC 05);
- diagnostic de syndrome en cas d'épilepsies compliquées (MDC 01);
- tuberculose aiguë sans intervention de type OR, durée de séjour > 14 jours (MDC 04).

Étape 3: consultation de l'annexe B

Si l'enregistrement de données contient un ou plusieurs code(s) d'intervention, déterminez à l'aide des références croisées de l'annexe B si ceux-ci sont considérés comme des codes d'intervention de type OR ou NonOR. Si c'est le cas, comparez les DRG et MDC indiqués avec le MDC déterminé durant les deux premières étapes de cette procédure et examinez s'il y a des concordances. S'il n'y a aucune concordance, mais qu'au moins un code d'une intervention de type OR est présent dans l'enregistrement, le cas est classé dans l'un des DRG du groupe 1 mentionné ci-dessus (DRG de base 901 et 902).

Étape 4: consultation des logigrammes et des définitions des DRG de base

Si l'enregistrement contient les codes de plusieurs interventions classantes, déterminez à l'aide du logigramme correspondant et des définitions des DRG de base laquelle des interventions est la plus haut placée dans la hiérarchie opératoire du MDC en question. Notez ce faisant qu'une intervention donnée peut être prise en compte pour le classement dans plusieurs DRG à l'intérieur d'un même MDC, mais qu'en fonction de la hiérarchie de classement un seul DRG est retenu.

Contrôlez en outre, sur la base du logigramme et des définitions des DRG de base, si les données satisfont aux critères conduisant au classement dans des DRG de base qui ne sont pas définis par des codes diagnostiques ou d'intervention et sont mentionnés tout en haut dans certains MDC, comme par exemple:

- les DRG P01Z et P60A/B/C du MDC 15;
- les DRG R65A/B du MDC17;
- le DRG S60Z de la partie VIH du MDC 18;
- les DRG U60A/B du MDC 19;
- le DRG W60Z de la partie polytraumatisme du MDC 21;
- le DRG Y63Z du MDC 22.

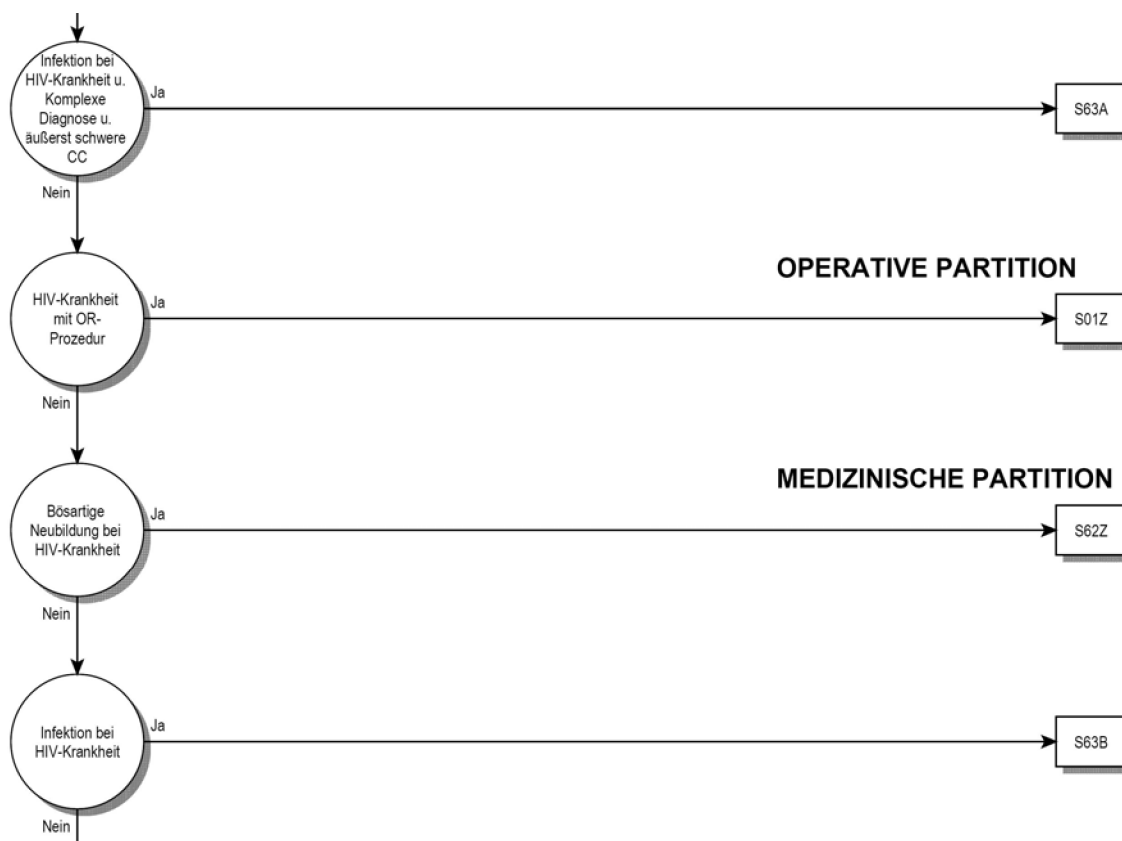
Étape 5: consultation des logigrammes et des définitions des DRG

Si, selon le code diagnostique ou d'intervention, il apparaît que le cas pourrait être classé dans plusieurs DRG dérivés d'un DRG de base, vous devez examiner à l'aide du logigramme du MDC et des définitions des DRG les critères - p. ex. PCCL et âge - en fonction desquels le DRG de base a été subdivisé. Il faut tenir compte ce faisant, des numéros de rang figurant sur le logigramme qui indiquent l'ordre dans lequel le choix du DRG doit être fait

Un tri des DRG par ordre décroissant des coûts qui leur sont associés conduit à un ordre différent de celui qui s'applique lorsqu'on recherche dans quel DRG un cas doit être classé. Par exemple, si l'on examine les DRG S63A/B, S01Z et S62Z, on observe que le DRG S63A, en raison de ses coûts, sera retenu avant les DRG S01Z et S62Z. En raison de ses coûts également, le DRG S63B ne sera en revanche pas retenu immédiatement après le DRG S63A, mais après les DRG S01Z et S62Z.

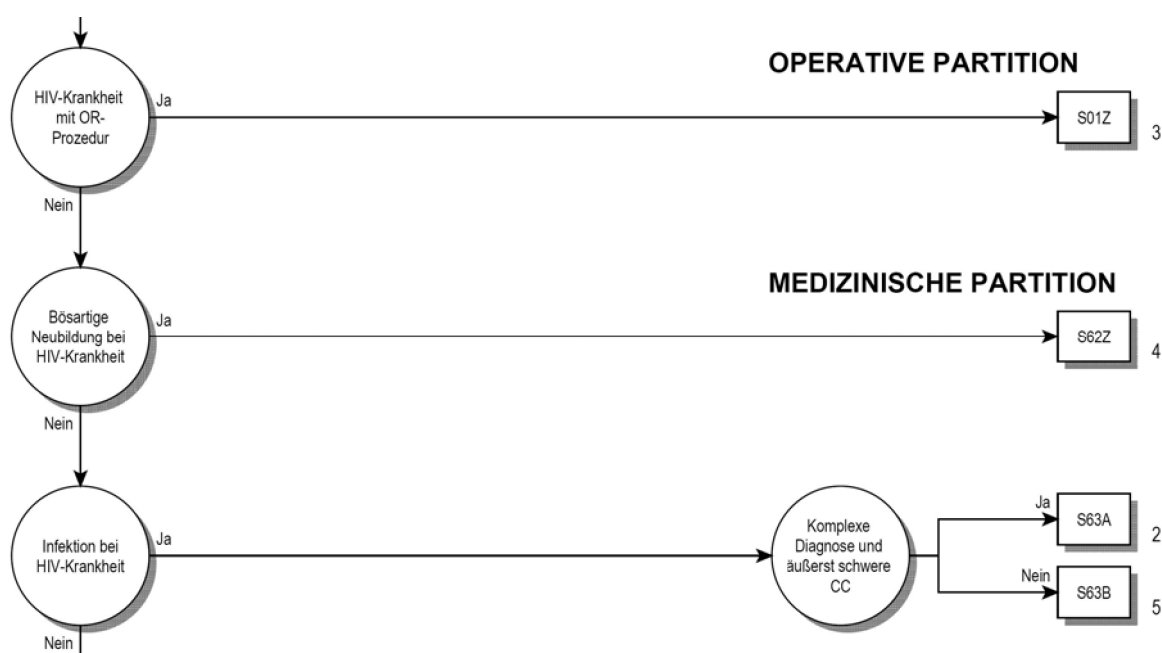
Pour les MDC contenant un grand nombre de DRG ceci a pour conséquence que dans les logigrammes qui les représentent les liens entre les DRG de base et ceux qui en dérivent ne peuvent plus être représentés clairement (voir figure 5.1). Ceci concerne en particulier les DRG de base subdivisés de manière complexe.

FIGURE 5.1 Logigramme selon la hiérarchie des coûts



Dans la version 1.0 de SwissDRG, les logigrammes sont construits de telle sorte que les DRG associés à un DRG de base soient proches les uns des autres, l'ordre dans lequel les DRG sont effectivement choisis par le groupeur étant indiqué au moyen d'un numéro de rang figurant à droite des rectangles représentant les DRG (voir figure 5.2).

FIGURE 5.2 Logigramme avec numéros de rang



Les logigrammes représentés aux figures 5.1 et 5.2 sont équivalents. Leur logique sous-jacente est identique.

Étape 6: consultation de l'annexe C

Déterminez les CC et CCL à l'aide de l'annexe C et des données sur les documents d'accompagnement et calculez le PCCL.

Étape 7: classement dans un DRG

Exemples d'utilisation du présent manuel pour le classement d'un épisode de traitement dans un DRG

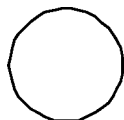
Soit, par exemple, un patient dont le diagnostic principal est K52.1 *Gastroentérite toxique et colite*, sans diagnostic secondaire ni intervention. Selon l'annexe A, les MDC et DRG qui entrent en ligne de compte sont les suivants: G46A/B/C, G50Z et G71A et B dans le MDC 06, S65A/B dans le MDC 18A ainsi que les fonctions *Grave problème chez le nouveau-né* et *Plusieurs graves problèmes chez le nouveau-né* dans le MDC 15. Si l'on exclut les DRG VIH et les DRG non médicaux, on conclut, au terme de l'étape 1, que le cas peut être classé dans le MDC 06, en particulier dans le DRG de base G71. Après l'étape 2 le classement dans le MDC 06 demeure inchangé. Les étapes 3 et 4 ne sont pas pertinentes car les données ne contiennent aucun code d'intervention et le MDC n'est pas 15, 18, 19, 21 ou 22. A l'étape 5 il s'avère que le DRG de base G71 ne contient pas de niveau de sévérité, et l'étape 6 peut donc être ignorée. Le cas est alors classé dans le DRG de base G71.

Un autre exemple est celui d'un patient admis à l'hôpital avec le même diagnostic principal K52.1 *Gastroentérite toxique et colite* et le diagnostic secondaire B24 *Maladie VIH sans description détaillée [maladie virale de l'immunodéficience humaine]*, sans intervention. Comme auparavant, à l'étape 1 le MDC ainsi que les DRG possibles sont déterminés. A l'étape 2, le classement est modifié: le MDC et le DRG qui entrent en ligne de compte sont maintenant le MDC 18 et le DRG de base S65. L'étape 3 peut être sautée car les données ne contiennent aucun code d'intervention. L'étape 4 peut également l'être car aucune intervention n'est mentionnée dans l'enregistrement de données et la durée de séjour est supérieure à un jour (voir logigramme VIH). A l'étape 5 on constate que le DRG de base S65 est notamment subdivisé en fonction de CC. A l'étape 6 on calcule un PCCL inférieur à 4 et il en résulte donc le classement du cas dans le DRG S65B. Si le patient était sorti le jour de son admission ou le jour civil suivant, le cas aurait été classé dans le DRG S60Z (étape 4).

Considérons encore comme dernier exemple un patient avec diagnostic principal K52.1 *Gastroentérite toxique et colite*, les interventions 45.26 *Biopsie ouverte sur le gros intestin* et 45.27 *Biopsie intestinale, site non spécifié* et en plus les diagnostics secondaires B1 8.2 *Hépatite chronique virale C* et I83.0 *Varices des extrémités inférieures avec ulcération*. Au cours de l'étape 1, le MDC et les DRG possibles sont déterminés comme auparavant. A l'étape 2, le classement dans le MDC 06 ne serait pas modifié. A l'étape 3 on constaterait que le code 45.26 est associé aux DRG G04A/B et G07A/B/C en tant qu'intervention de type OR, tandis que le code 45.27 est associé en tant qu'intervention de type OR à une série de DRG de différents MDC. A l'étape 4 il apparaîtrait qu'en fonction de l'âge ce sont les DRG G04A ou G04B qui doivent être retenus. Les diagnostics secondaires I83.0 et B1 8.2 présentent des valeurs CCL de 3 dans le DRG de base G04. Le calcul du PCCL donne une valeur de 4 (voir annexe C et documents d'accompagnement). La condition "avec CC extrêmement grave" du DRG de base G04 serait ainsi remplie.

5.2 Symboles et conventions

Symboles dans les logigrammes des MDC



Un cercle indique qu'une décision est prise.



Cette forme signifie que le logigramme se poursuit sur une autre page.



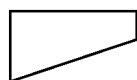
Un rectangle représente un DRG.



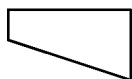
Cette forme renvoie au classement dans un MDC.



Cette forme renvoie au prochain MDC.



Cette forme représente une condition qui se réalise.



Cette forme représente une condition qui ne se réalise pas.

Remarques

‡ La double croix sert à désigner une intervention de type NonOR.

↔ La double flèche sert à désigner la latéralité d'une intervention (R = à droite, L = à gauche, B = des deux côtés)

Zones de texte

Les DRG de base sont marqués par des zones de texte à fond noir, les DRG par des zones de texte à bordure noire. En d'autres termes:

ADRG B69

Représente le DRG de base B69 *Accident ischémique transitoire (AIT) et occlusion de vaisseaux extracrâniens ou démence et autres troubles chroniques de la fonction cérébrale*

DRG B69A

Représente le DRG B69A *Accident ischémique transitoire (AIT) et occlusion de vaisseaux extracrâniens, avec CC extrêmement sévères, avec traitement neurologique complexe de l'accident vasculaire cérébral aigu*

Tables employées pour définir les DRG

Dans ce manuel, tous les DRG sont définis à l'aide de codes diagnostiques, mais pour la définition de quelques DRG on recourt à une association de codes diagnostiques et de codes d'intervention de type OR ou NonOR. Sous chaque DRG de base se trouve une description de la logique qui est employée pour le classement des cas dans ce DRG. Dans quelques-unes de ces définitions logiques il est fait référence à des tables. On trouve souvent des expressions booléennes complexes pour lesquelles différentes conditions sont interconnectées par un "et" ou un "ou". La règle générale est appliquée ici, à savoir qu'une liaison "et" a la priorité sur une liaison "ou". Si l'on déroge à cette règle, des parenthèses sont alors utilisées.

6 Particularités de la version 1.0 de SwissDRG, version catalogue

6.1 Validité des classifications de diagnostics et d'interventions

Dans les premières versions du système SwissDRG (0.0 à 0.2), plusieurs versions de la CHOP étaient valides en parallèle. Par exemple, les versions 8 à 11 de la CHOP coexistaient dans le système SwissDRG 0.2. Cela avait l'avantage qu'on pouvait, avec une seule version de groupeur, aussi bien traiter les données des années précédentes que rendre visibles les développements de la CHOP pour les années suivantes dans le manuel de définition. Pour un système DRG en voie d'être utilisé comme système de rémunération, il s'agit cependant d'exiger que la totalité des codes admis soient définis de manière exacte. Il s'agit précisément des codes terminaux admis pour l'année d'application. La possibilité de donner des codes périmés ou non terminaux mène à une détérioration de la qualité des données et à une possibilité limitée de comparaison entre les cas codés différemment.

C'est pourquoi, à partir de la version 0.3 de SwissDRG, seules les classifications de diagnostics et d'interventions d'une année seront désormais. Pour la présente « version 1.0 de SwissDRG, version catalogue », il s'agit des codes de l'année 2009, c'est-à-dire :

Diagnostics: version 2008 de la CIM-10-OMS (Classification internationale des maladies, version OMS).

Interventions: Classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP), dans la version 11.

Il est important de noter que la nomenclature des versions de la CHOP a été modifiée. En 2009 il fallait appliquer la version 11 de la CHOP (« CHOP 11 »), alors qu'il n'y a pas eu de révision de la CHOP en 2010. Les versions de la CHOP applicables à partir de 2011 ne portent plus un numéro de version mais l'année de validité (CHOP 2011 pour l'année 2011). La CHOP 11 [valable en 2009] et la CHOP 2011 [valable en 2011] sont donc des versions différentes.

Ce manuel présente donc les algorithmes de la version 1.0 de SwissDRG sur la base des codes valables durant l'année 2009. Comme les données des hôpitaux suisses de l'année 2009 forment la base du catalogue des forfaits par cas, cette version est aussi appelée « version catalogue ».

D'autres versions (futurs) de SwissDRG 1.0 serviront au traitement des données des années ultérieures ; celles-ci seront désignées sous le nom de « version de planification » ou « version finale ». Ces versions se distingueront de la version catalogue en ce qui concerne les codes valables, mais pas pour ce qui est des autres caractéristiques de l'algorithme DRG (comme le tri, le nombre de DRG, etc.).

Comme, d'une part, chaque tableau de codes du système SwissDRG doit contenir au moins un code, mais que, d'autre part, les codes importants dans l'algorithme G-DRG (qui est finalement à la base de la version 1.0 de SwissDRG) n'ont pas encore tous une correspondance dans les classifications suisses valables en 2008, on a introduit au besoin des « codes de réservation d'espace ».

XX.CH Pas de code spécifique dans la CHOP

C'est le cas, par exemple pour le DRG K77Z Traitement complexe lors de germes multirésistants pour maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques. Toutefois, comme les codes XX.CH et U98.98 sont traités comme non valables par le groupeur, ce DRG n'entre pas en ligne de compte pour les cas suisses, même si le code XX.CH (toujours non admis selon la CHOP) a été donné.

6.2 Patients sous ventilation artificielle

La variable "ventilation artificielle" joue un rôle important dans la version 2008 des G-DRG qui forment la base de la version 1.0 des SwissDRG. L'information utilisée est celle du temps de ventilation artificielle en heures. Cette information n'est saisie régulièrement en Suisse que depuis 2009.

Dans le cadre de l'hélicérisation des G-DRG les informations concernant la ventilation artificielle qui peuvent être extraites des codes CHOP ont été prises en compte dans l'algorithme des SwissDRG parallèlement à la durée de la ventilation artificielle. A titre d'exemple, nous citerons le DRG de base A13 Respiration artificielle > 95 heures [...], dans lequel, selon la version 2008 des G-DRG, les cas sont classés si la durée de la

ventilation artificielle est supérieure à 95 heures. Dans la version 1.0 des SwissDRG ce DRG est défini en fonction de deux critères: durée de ventilation artificielle supérieure à 95 heures ou code CHOP 96.72 Ventilation mécanique continue de 96 heures consécutives ou plus.

Pour des raisons de clarté et pour avoir de meilleures possibilités d'entretien ultérieur de l'algorithme des SwissDRG deux fonctions globales "Ventilation artificielle pendant plus de 95 heures" et "Ventilation artificielle pendant moins de 96 heures" ont été redéfinies. Celles-ci sont expliquées à la fin du volume 4.

6.3 Marquage de la latéralité

Pour les interventions sur les organes ou parties du corps présentant une symétrie (yeux, oreilles, reins, extrémités, etc.) dans la classification allemande OPS il faut obligatoirement saisir les caractères supplémentaires R (droite), L (gauche) ou B (des deux côtés). Les codes pour lesquels cette information supplémentaire doit être enregistrée sont marqués dans le manuel de définitions G-DRG d'une flèche double (\leftrightarrow). Dans la classification suisse des interventions chirurgicales CHOP, on peut aussi indiquer la latéralité depuis l'introduction de la version 11 (2009). Mais il n'existe actuellement pas de prescriptions concernant les codes pour lesquels la latéralité peut ou doit être indiquée. Par conséquent, dans la version actuelle 1.0 de SwissDRG, l'indication de la latéralité est en principe admise pour tous les codes CHOP et des interventions pour lesquelles la latéralité n'est pas pertinente sont malgré tout marquées d'un signe \leftrightarrow .

6.4 Interventions de type OR et NonOR

Dans le système G-DRG une distinction est faite entre les interventions de type OR et NonOR. Les interventions de type OR (OR = Operating Room - salle d'opération) sont toujours des interventions significatives (classantes) car l'ensemble des interventions de type OR est prise en considération dans la logique de classement des DRG (p. ex. pour le DRG de base 901).

Les interventions de type NonOR sont des interventions classantes au sein de quelques MDC seulement. Relevons que malgré leur dénomination des interventions de type NonOR peuvent être réalisées dans une salle d'opération (operating room = OR). La double croix (\ddagger) sert à marquer une intervention de type NonOR.