

# Glossaire SwissDRG

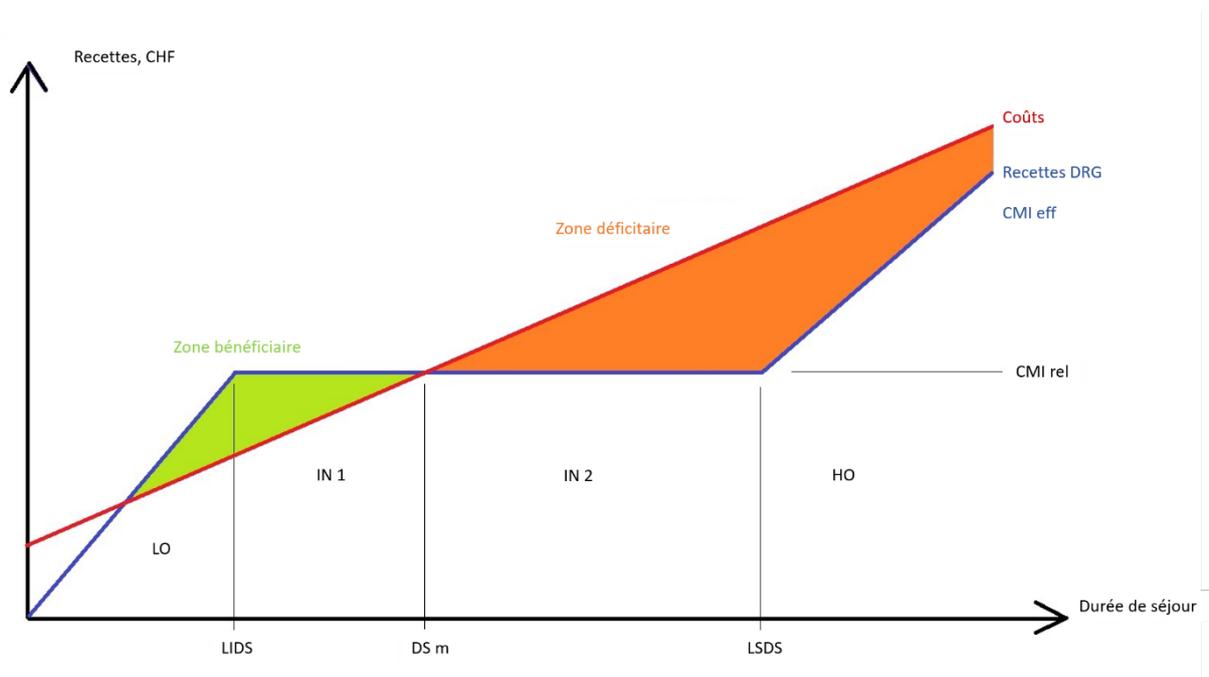
## Notions de base

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <b>SwissDRG</b>                       | <p>Swiss Diagnosis Related Groups. Système de classification des patient e-s / système tarifaire pour les prestations hospitalières stationnaires en soins somatiques aigus depuis 2012, système de forfaits par cas, répartition de la patientèle en groupes aussi homogènes que possible sur la base de critères tels que les diagnostics, les traitements et l'âge. Dans le cas des DRG, on parle d'un certain groupe de forfaits par cas. Les DRG sont structurés par groupes d'organes et identifiés par une lettre suivie de deux chiffres, puis d'une lettre.</p> <p>Exemple:<br/><b>E77E:</b> Autres infections et inflammations des organes respiratoires, âge &gt; 15 ans et plus d'un jour d'hospitalisation</p>  |
| <b>DRG sœurs</b>                      | <p>Dans un DRG de base (trois premiers caractères), il existe différentes gradations, en général liées au niveau de sévérité et à l'intensité des coûts, qui sont indiqués par la dernière lettre. Plus un DRG dont le 4<sup>e</sup> caractère se rapproche de la lettre A dans l'alphabet, plus le cas est complexe.</p> <p>Exemples:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>E77A:</b> Autres infections et inflammations des organes respiratoires avec diagnostic de complication lors d'état après transplantation d'organe ou avec CC* extrêmement sévères ou procédure de complication ou AIM**, ou CC* les plus sévères, ou para/tétraplégie &lt; 16 ans, plus d'un jour d'hospitalisation</li><li>• <b>E77B:</b> Autres infections et inflammations des organes respiratoires avec diagnostic complexe ou CC* extrêmement sévères ou certaine procédure, âge &lt; 16 ans, plus d'un jour d'hospitalisation</li><li>• <b>E77C:</b> Autres infections et inflammations des organes respiratoires avec diagnostic complexe ou CC* extrêmement sévères ou certaine procédure, âge &gt; 15 ans, plus d'un jour d'hospitalisation</li><li>• <b>E77D:</b> Autres infections et inflammations des organes respiratoires avec CC* sévères, âge &gt; 15 ans et plus d'un jour d'hospitalisation</li><li>• <b>E77E:</b> Autres infections et inflammations des organes respiratoires, âge &gt; 15 ans et plus d'un jour d'hospitalisation</li></ul> <p>* Les abréviations utilisées dans les textes SwissDRG sont expliquées sous «Multimorbidité»<br/>** AIM = agents infectieux multirésistants</p> |
| <b>Catalogue des forfaits par cas</b> | <p>Les cost-weights par DRG calculés dans le cadre de la structure tarifaire SwissDRG ainsi que d'autres données liées aux DRG déterminantes pour la facturation figurent dans le catalogue des forfaits par cas.</p> <p><a href="#">Catalogue des forfaits par cas: SwissDRG</a></p>  |
| <b>CIM-10</b>                         | <p>L'abréviation CIM signifie «Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes», qui correspond à l'indice systématique du codage officiel des diagnostics en Suisse (CIM-10-GM). Un code CIM est constitué d'une lettre et d'un nombre à deux chiffres jusqu'à quatre chiffres au maximum (Axx.xx).</p>   |

|             |   |
|-------------|---|
|             | <p>Exemple:<br/> <b>J95.3:</b> Insuffisance pulmonaire chronique consécutive à une intervention chirurgicale</p>  |
| <b>CHOP</b> | <p>Classification suisse des interventions chirurgicales, catalogue pour la saisie des procédures en milieu hospitalier.<br/> Un code CHOP comporte entre trois et six caractères (xx.xx.xx).</p> <p>Exemple:<br/> <b>96.6:</b> Perfusion intestinale de substances nutritives concentrées</p>                            |
| <b>DS</b>   | <p>Durée de séjour. La durée du séjour dans le système SwissDRG est calculée sur la base des nuits ou des jours civils moins 1. Autrefois aussi LOS (length of stay).</p> <p>Exemple:<br/> Le patient reste du lundi au dimanche (du 1<sup>er</sup> – 7 janvier), ce qui correspond à une durée de séjour de 6 jours.</p> |
| <b>MCD</b>  | <p>Major Diagnostic Categories. Subdivision générale du catalogue DRG en groupes de diagnostic principaux par région d'organes.</p>   |

## Structure des DRG

Un DRG (Diagnosis related Group) est un groupe de cas lié au diagnostic qui regroupe des cas de patient-e-s ayant des coûts similaires. Ainsi, pour des cas très similaires ou identiques, on reçoit la même rémunération sur une période déterminée (inlier). Le graphique ci-dessous illustre bien la base du système des forfaits par cas. Vous trouverez dans le tableau ci-dessous les explications relatives aux abréviations et aux points importants du graphique.



|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <b>DS m</b>                           | Durée de séjour moyenne (anciennement ALOS, average length of stay)   |
| <b>LIDS</b>                           | Limite inférieure de durée de séjour*   |
| <b>LSDS</b>                           | Limite supérieure de durée de séjour*   |
| <b>CM rel</b>                         | Casemix selon catalogue; cost-weight d'un ou de plusieurs DRG sans majorations ni déductions  |
| <b>CM eff</b>                         | Casemix effectif; cost-weight effectif ou facturé d'un ou de plusieurs DRG avec majorations ou déductions pour cause de LIDS, LSDS ou de transfert  |
| <b>CMI relatif / cost-weight rel.</b> | Case Mix Index selon catalogue; cost-weight moyen de plusieurs DRG sans majorations ni déductions (correspond à CM rel. / nombre de cas)  |
| <b>CMI eff / cost-weight eff.</b>     | Case Mix Index effectif; cost-weight moyen de plusieurs DRG avec majorations ou déductions pour cause LIDS, LSDS ou de transfert  |
| <b>Baserate</b>                       | fr. taux de base; montant versé pour un cas de traitement avec un cost-weight de 1,0. Le prix de base est fixé par les partenaires tarifaires (assureurs et fournisseurs de prestations). Le baserate négocié est approuvé par l'autorité sanitaire du canton concerné.<br>Varie normalement entre env. CHF 9000 et CHF 11 000  |
| <b>Zone bénéficiaire</b>              | Le bénéfice est défini comme la zone où les recettes sont supérieures aux coûts. En cas de répartition linéaire des coûts, cela se situerait donc, en termes de durée de séjour, entre LIDS et DS m, souvent aussi dans la zone de réduction.   |
| <b>Zone déficitaire</b>               | Un déficit est défini par des dépenses supérieures aux recettes. Cela se manifeste souvent par une durée de séjour prolongée, qui commence statistiquement par la DS m.   |
| <b>Coûts</b>                          | Les coûts occasionnés à l'hôpital sont ventilés entre les différents cas. Ainsi, dans une comptabilité analytique par unité finale d'imputation d'un cas, on trouve des coûts générés tels que les coûts directs de matériel et de charges, mais aussi, par exemple, des coûts de personnel et de bâtiments ventilés.<br><i>(Plus d'informations à ce sujet dans un prochain blog.)</i> |
| <b>Recettes</b>                       | Les recettes du DRG correspondent au produit du cost-weight et du baserate. Le cost-weight est déterminé par le DRG (voir CMI) et le baserate est négocié avec les assureurs pour une période de décompte.<br>Un cas moyen (tous cas confondus dans toute la Suisse) a un cost-weight de 1 et un baserate d'env. CHF 10 000.  |
| <b>IN</b>                             | Inlier / cas dont la durée de séjour est normale; LIDS < DS < LSDS<br>→ pas de majorations ni de réductions   |
| <b>IN 1</b>                           | LIDS < DS < DS m  |
| <b>IN 2</b>                           | DS m < DS < LSDS  |
| <b>LO</b>                             | Low-outlier / cas dont la durée de séjour est plus basse; DS < LIDS<br>→ Réduction pour les low-outliers  |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>HO</b>      | High Oulier / cas dont la durée de séjour est plus élevée; DS > LSDS<br>→ Majoration pour les high-outliers |
| <b>Transf.</b> | Cas de transfert; transfert dans un autre hôpital, réduction si DS < DS m                                   |

\* Remarque concernant LIDS/LSDS: pour la limite inférieure ou supérieure de durée de séjour, le cost-weight effectif correspond au cost-weight relatif (c'est-à-dire que l'on obtient le montant normal du DRG). Les indications du catalogue des forfaits par cas (colonnes 6-9, voir ci-dessous) divergent toutefois de cette définition:

| Borne / limite inférieure de durée de séjour |                  | Borne / limite supérieure de durée de séjour               |                  |
|--|------------------|--|------------------|
| Premier jour avec réduction <sup>2) 5)</sup> | Cost-weight/jour | Premier jour avec majoration / supplément <sup>3) 5)</sup> | Cost-weight/jour |
| 6  | 7                | 8  | 9                |

Limite inférieure de durée de séjour → premier jour avec réduction = premier jour d'hospitalisation pour lequel il faut procéder à une réduction du forfait par cas. Autrement dit: la limite inférieure de durée de séjour dans le catalogue des forfaits par cas correspond à LIDS – 1.

Limite supérieure de durée de séjour → premier jour indemnité supplémentaire = premier jour d'hospitalisation pour lequel une indemnité journalière est versée en plus du forfait par cas. Autrement dit: la limite supérieure de durée de séjour dans le catalogue des forfaits par cas correspond à LSDS + 1.

## Polymorbidité

Les cas médicaux sont le plus souvent classés dans les DRG respectifs en fonction du diagnostic principal et de l'ensemble de diagnostics secondaires pertinents pour les DRG. Dans ce contexte, il est important de connaître les abréviations suivantes:

|            |  |
|------------|--|
| <b>CC</b>  | Complications et comorbidités (Complications and Comorbidities):<br>Les codes CC sont des diagnostics secondaires qui entraînent généralement une consommation de ressources nettement plus élevée.  |
| <b>CCL</b> | Niveau de complication et de comorbidité (Complication and Comorbidity Level): Niveaux de sévérité qui sont attribués pour tous les diagnostics secondaires. La valeur peut varier entre 0 et 4 (opératoire, néonatal) ou entre 0 et 3 (médical).<br>La valeur CCL effectivement attribuée à un diagnostic dépend du fait de savoir si le code est une CC valide et si celle-ci est classée comme suit par rapport au DRG de base de cet enregistrement de données: <ul style="list-style-type: none"> <li>• CCL = 0 (pas de complications ni de comorbidités)</li> <li>• CCL = 1 (CC légère)</li> <li>• CCL = 2 (CC modérément sévère)</li> <li>• CCL = 3 (CC sévère)</li> <li>• CCL = 4 (CC extrêmement sévère)</li> </ul> |

|             |  |
|-------------|--|
| <b>PCCL</b> | <p>Niveau de complexité clinique du patient-e (Patient Clinical Complexity Level): Cette valeur fait office d'estimateur de l'effet cumulatif des CC d'un épisode de traitement (par cas codé):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 = pas de CC</li> <li>• 1 = CC légère</li> <li>• 2 = CC modérément sévère</li> <li>• 3 = CC sévère</li> <li>• 4 = CC extrêmement sévère</li> <li>• 5 ou 6 = CC la plus sévère</li> </ul> |
|-------------|--|

*Vous trouverez un approfondissement de ce thème dans un article de blog ultérieur.*

## Autres termes importants

|   |   |
|---|---|
| <b>Rémunérations supplémentaires (RS)</b>               | <p>Les RS servent à rembourser, en plus du prix de revient des DRG, des médicaments onéreux, mais aussi des procédures qui sont utilisées dans un grand nombre de situations cliniques et qui ne peuvent donc pas seulement être codées spécifiquement pour des diagnostics ou des procédures, p. ex. facteurs de coagulation, produits sanguins, appareils servant à aider à maintenir la circulation sanguine.</p> <p>La liste des RS se trouve dans le catalogue des forfaits par cas en annexe.</p>                       |
| <b>Regroupements de cas</b>                             | <p>Les cas qui reviennent dans le même hôpital dans les 18 jours sont regroupés dans le décompte (un cas administratif) si</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les deux cas concernent le même groupe d'organes (même MDC).</li> <li>• il s'agit d'une complication d'un traitement antérieur.</li> <li>• il s'agit d'un retransfert.</li> </ul> <p>Il existe des exceptions qui figurent dans le catalogue des forfaits par cas, p. ex. en oncologie.</p>   |
| <b>Code ATC</b>   | <p>Système de classification anatomique-thérapeutique-chimique, système de codage officiel pour les médicaments. Dans le système DRG, les médicaments très chers sont saisis avec le code ATC dans l'enregistrement de données de l'OFS. Certains médicaments onéreux génèrent une RS (voir ci-dessus).</p>   |
| <b>Codage médical</b>                                   | <p>Saisit les cas stationnaires conformément aux règles avec les codes CIM et CHOP, les RS, sur la base des directives de l'Office fédéral de la statistique (OFS) et de SwissDRG SA (règles pour la facturation des cas) sur la base de la documentation médicale disponible</p>   |
| <b>Controlling médical (opérationnel / stratégique)</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interface entre toutes les parties prenantes au sein de l'hôpital, en particulier entre la clinique et l'administration</li> <li>• Porte-parole entre le service des finances et la clinique</li> <li>• Fournit des bases pour le pilotage des prestations selon des points de vue économiques et médicaux</li> <li>• Prestataire interne</li> <li>• Analyse systématique et amélioration des processus médico-organisationnels, développement et conseil de l'entreprise</li> </ul> |

|                 |   |
|-----------------|---|
|                 | sous l'angle médico-économique, assurance qualité de la documentation des prestations ainsi que gestion des recettes en collaboration avec les agents payeurs   |
| <b>GPPH</b>     | Groupe de prestations pour la planification hospitalière  |
| <b>MedStat</b>  | Régions géographiques suffisamment grandes pour qu'il soit possible d'indiquer anonymement un lieu de résidence pour chaque personne hospitalisée en Suisse (OFS)   |
| <b>NMC</b>      | Nombre minimum de cas. Nombre minimal de cas stationnaires par an devant être présentés pour un mandat de prestations (par hôpital / par opérateur)   |
| <b>MC I, II</b> | La marge contributive 1 (MC I) est la différence entre les chiffres d'affaires spécifiques aux produits et les coûts variables. La marge contributive 2 (MC II) est la différence entre la marge contributive 1 et les coûts fixes spécifiques au produit.  |
| <b>EBITDA</b>   | Earnings before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization. En français, l'EBITDA désigne donc un «bénéfice avant intérêts, impôts, amortissements sur immobilisations corporelles et amortissements sur immobilisations incorporelles».  |
| <b>EBITDAR</b>  | Earnings before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization, and Restructuring or Rent costs. Optimisation de l'EBITDA, avec correction des éléments de fortune et des loyers. Cet indicateur est donc important pour comparer les hôpitaux, afin d'effectuer une comparaison indépendamment de l'organisme responsable et des rapports de location. |

Vous trouverez des descriptions plus détaillées des thèmes mentionnés ainsi que d'autres articles passionnants dans le [guide «Die oberärztliche Tätigkeit – eine neue Herausforderung»](#).

[Termes importants de SwissDRG](#)