

Directive concernant le classement d'une hospitalisation dans un DRG forcé

Cette directive remplace celle du 03.09.2010 (V06a).

Elle est applicable à toutes les hospitalisations dont la date de sortie est égale ou postérieure au 01.01.2010. Les différences entre cette version et la version précédente sont mises en évidence par des caractères **rouges**.

Le groupeur utilisé pour la facturation des hospitalisations (à savoir le groupeur AP-DRG de 3M couplé au logiciel MedGroup) classe parfois des hospitalisations correctement codées dans un DRG qui ne peut pas être utilisé pour la facturation, dans un DRG dont le cost-weight ne correspond pas à celui qui est attendu ou dans un DRG qui est aberrant.

Dans ces situations il est admis que l'hospitalisation soit classée dans un DRG différent de celui qui est initialement déterminé par le groupeur. Ce DRG est alors appelé "DRG forcé" car il ne correspond pas à celui dans lequel l'hospitalisation devrait se trouver si l'on prend en considération les données utilisées pour le groupage.

Lorsque les hospitalisations sont facturées en fonction des DRG dans lesquelles elles sont classées, le DRG déterminé par le groupeur est alors remplacé par le DRG forcé. Ce que nous appelons "DRG facturé" est donc généralement celui qui est déterminé par le groupeur et exceptionnellement un DRG forcé¹.

Pour éviter que le DRG d'une hospitalisation ne soit modifié en fonction des souhaits ou avantages que les personnes ou institutions concernées pourraient en tirer, les conditions dans lesquelles un DRG peut être forcé sont établies de manière stricte et précise. Ces conditions sont décrites ci-dessous.

1. Classement dans le DRG 468, 476 ou 477

Les DRG 468, 469, 470, 476 ou 477, communément appelés "DRG poubelle", ne sont pas facturables. Dès lors, une hospitalisation correctement codée qui est classée dans l'un de ces DRG doit être reclassée dans un autre DRG en tenant compte au mieux des règles et algorithmes qui sont généralement appliqués par le groupeur.

Ci-dessous figure la procédure générale permettant de déterminer le DRG facturable correspondant à une hospitalisation classée par le groupeur dans le DRG 468, 476 ou 477. Grâce à cette procédure la plupart de ces hospitalisations peuvent être reclassées dans un DRG facturable et cohérent. Un exemple illustrant l'emploi de cette procédure figure dans l'encadré ci-après.

1. Identifier le code de l'intervention la plus importante².
2. Rechercher dans l'annexe C du Definitions Manual (pages 1191 à 1237) les MDC associés à ce code.
3. Déterminer parmi ces MDC celui dans lequel l'hospitalisation devrait être classée (selon toute vraisemblance).
4. Enregistrer le code diagnostique principal comme code diagnostique secondaire et le remplacer par un code associé au MDC choisi.
5. Reclasser l'hospitalisation au moyen du groupeur³.

Une justification du choix du DRG forcé doit figurer dans un champ prévu à cet effet⁴.

¹ Ce sont les personnes responsables du codage des hospitalisations qui déterminent alors le DRG forcé.

² Il s'agit en principe de l'intervention enregistrée comme traitement principal dans la statistique médicale.

³ Un classement dans le DRG 468, 469 ou 477 malgré un codage correct survient par exemple dans les situations suivantes:

- lorsque le code diagnostique principal est D18.0 et qu'aucun code d'intervention n'est associé au MDC 5;
- lorsque le code diagnostique principal est G47.3 et qu'aucun code d'intervention n'est associé au MDC 1;
- lorsque le code diagnostique principal est R61.0 et qu'aucun code d'intervention n'est associé au MDC 9;
- lorsque le code diagnostique principal est S02.7 et qu'aucun code d'intervention n'est associé au MDC 1;
- lorsque le code diagnostique principal est un code dague et que l'intervention réalisée est en rapport avec l'affection correspondant au code astérisque.

⁴ Dans les hôpitaux où les DRG sont utilisés pour la facturation deux champs permettent généralement d'enregistrer dans le système informatique les informations suivantes concernant chaque DRG forcé: d'une part, le code du DRG forcé et, d'autre part, une explication des raisons et du choix du DRG forcé. Si ces informations ne peuvent pas être

La procédure décrite ci-dessus peut être utilisée dans la plupart des situations où une hospitalisation est classée dans le DRG 468, 476 ou 477. Il n'est cependant pas obligatoire de l'appliquer si l'hospitalisation peut être reclassée en fonction d'autres paramètres cliniquement pertinents⁵.

Exemple de recherche du DRG forcé dans lequel une hospitalisation classée dans le DRG 468 devrait se trouver

Soit une hospitalisation classée dans le DRG 468 pour laquelle les codes figurant ci-dessous ont été enregistrés.

Code diagnostique principal

S36.0 [Lésion traumatique de la rate]

Codes diagnostiques secondaires

C78.0 [Tumeur maligne secondaire du poumon]

T82.7 [Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires]

Y83.8 [Réactions anormales ou complications ultérieures lors d'une interv. chir. avec abouchement externe, sans accident opératoire]

Z85.0 [Antécédents personnels de tumeur maligne des organes digestifs]

Code d'intervention

38.86 [Autre occlusion chirurgicale d'artères abdominales]

Le code diagnostique S36.0 est associé au MDC 16 [voir page 1181 du Définitions Manual des APDRG], alors que le code d'intervention 38.86 est associé aux MDC 5, 6, 11, 21, 25 (voir page 1211 du Définitions Manual des APDRG). Cette hospitalisation est classée dans le DRG 468 car aucun des MDC associés au code 38.86 ne correspond au MDC associé au code S36.0.

Néanmoins, le classement d'une telle hospitalisation dans le MDC 21 (Traumatismes, empoisonnements et effets toxiques de drogues) apparaît judicieux et il peut être réalisé de la manière suivante:

1. en convertissant le code S36.0 en code diagnostique secondaire;
2. en choisissant comme code diagnostique principal un code associé au MDC 21.

Si l'on considère que le code diagnostique principal est S38.8 (Lésion traumatique d'autres organes intra-abdominaux) ou S38.9 (Lésion traumatique d'un organe intra-abdominal non précisé) et que les codes diagnostiques secondaires sont C78.0, T82.7, Y83.8, Z85.0 et S36.0, l'hospitalisation est classée dans le DRG 583, qui est ainsi le DRG forcé correspondant à cette hospitalisation initialement classée dans le DRG 468.

2. Incohérence de cost-weights lorsque plusieurs interventions sont réalisées

Lors de l'attribution d'un DRG à une hospitalisation durant laquelle plusieurs interventions ont été réalisées il se peut que le cost-weight du DRG d'une telle hospitalisation soit paradoxalement inférieur à celui du DRG d'une même hospitalisation durant laquelle une seule des interventions en question aurait été réalisée⁶. Une telle situation est appelée "incohérence de cost-weights" (un exemple figure ci-après). L'hospitalisation peut alors être classée dans le DRG déterminé par le groupeur lorsque l'intervention qui est à l'origine d'une baisse du cost-weight est ignorée⁷. Les valeurs qui doivent être prises en considération sont celles des cost-weights des DRG concernés. Il n'est pas permis de tenir compte des points de remboursement (ou points DRG) calculés pour facturer l'hospitalisation (en particulier lorsque celle-ci est outlier). En d'autres termes, un changement de DRG peut être justifié uniquement par les valeurs obtenues lorsqu'une hospitalisation est inlier.

enregistrées dans le système informatique, elles doivent être consignées dans le dossier du patient ou tout autre document approprié afin qu'elles puissent être aisément retrouvées et, le cas échéant, communiquées aux payeurs.

⁵ Par exemple, si le code diagnostique principal appartient à la catégorie E66 (Obésité) et que le code d'intervention 44.31 (Bypass gastrique proximal) est enregistré, l'hospitalisation est classée dans le DRG 288 (Interventions chirurgicales pour obésité); en revanche, si le code diagnostique principal appartient à la catégorie E66 (Obésité) et que le code d'intervention 44.95 (Intervention laparoscopique restrictive de l'estomac) ou 44.96 (Révision laparoscopique d'opération restrictive de l'estomac) est enregistré, l'hospitalisation est classée dans le DRG 477 car les codes de la catégorie E66 sont associés au MDC 10 alors que les codes 44.95 et 44.96 sont associés au MDC 6. Dans ce cas l'hospitalisation peut être reclassée dans le DRG 288, même si ce DRG ne se trouve pas dans le MDC associé aux codes 44.95 et 44.96 (le DRG 288 fait partie du MDC 10 et les codes 44.95 et 44.96 sont associés au MDC 6).

⁶ Cette situation étonnante résulte notamment du fait que parmi toutes les interventions réalisées au cours d'une hospitalisation, le groupeur DRG en retient une considérée comme la plus importante selon sa propre hiérarchie. Cependant, l'intervention retenue n'est pas forcément la plus coûteuse. Dès lors, si uniquement l'intervention la plus coûteuse était réalisée durant cette même hospitalisation, le cost-weight du DRG obtenu pourrait être supérieur à celui du DRG attribué lorsque toutes les interventions sont réalisées.

⁷ Si plusieurs interventions sont à l'origine d'une baisse du cost-weight, toutes celles-ci peuvent être ignorées.

Les règles figurant ci-dessous s'appliquent lorsqu'une incohérence de cost-weights est découverte, afin qu'il y ait une meilleure correspondance entre le montant facturé et les coûts de l'hospitalisation. Il n'y a néanmoins aucune obligation à rechercher systématiquement tous les cas où une telle incohérence peut se produire.

Les règles suivantes doivent être respectées:

- les codes d'intervention omis à des fins de facturation doivent impérativement figurer dans l'enregistrement produit pour la statistique médicale de l'OFS;
- aucune des interventions effectuées ne doit être une transplantation hépatique, pulmonaire, cardiaque, rénale, pancréatico-rénale ou de moelle osseuse;
- le ou les codes d'intervention qui ont été omis afin de classer l'hospitalisation dans le DRG facturé doivent être explicitement mentionnés dans un champ prévu à cet effet;
- la situation clinique correspondant aux codes d'intervention pris en compte pour déterminer le DRG forcé doit être plausible⁸.

Exemple d'incohérence de cost-weights lorsque plusieurs interventions sont réalisées

Soit une hospitalisation classée dans le DRG 55 pour laquelle les codes figurant ci-dessous ont été enregistrés.

Code diagnostique principal

J37.1 [Laryngo-trachéite chronique]

Codes diagnostiques secondaires

J38.3 [Autres maladies des cordes vocales]

J38.7 [Autres maladies du larynx]

E11.9 [Diabète sucré non insulino-dépendant]

Codes d'intervention

31.99 [Autres opérations de la trachée]

30.09 [Autre excision ou destruction de lésion ou de tissu du larynx]

31.0 [Injection du larynx]

Si l'intervention correspondant au code 30.09 n'est pas réalisée, l'hospitalisation est classée dans le DRG 63. Or, le cost-weight du DRG 63 est plus élevé que celui du DRG 55. Le DRG 63 est donc le DRG forcé correspondant à cette hospitalisation initialement classée dans le DRG 55.

3. Incohérence de cost-weights en présence d'une comorbidité ou complication (cc)

Il se peut que la présence d'une cc majeure conduise au classement de l'hospitalisation dans un DRG dont le cost-weight est inférieur à celui du DRG dans lequel la même hospitalisation serait classée en l'absence de cette cc majeure. Dans ce cas l'hospitalisation peut être classée dans le DRG déterminé par le groupeur après omission du code diagnostique correspondant à la cc majeure qui est à l'origine de la baisse du cost-weight⁹ (un exemple figure ci-dessous). Le code omis à des fins de facturation doit impérativement figurer dans l'enregistrement produit pour la statistique médicale de l'OFS et une justification du choix du DRG forcé doit figurer dans un champ prévu à cet effet.

Les conditions dans lesquelles un changement de DRG est ici justifié sont identiques à celles qui doivent être respectées en cas d'incohérence de cost-weights lorsque plusieurs interventions sont réalisées (voir point 2). Il ne faut pas tenir compte des valeurs calculées pour la facturation (en particulier si l'hospitalisation est outlier), mais des cost-weights des DRG.

⁸ Par exemple, si les codes 51.23 (cholécystectomie laparoscopique) et 87.53 (cholangiographie peropératoire) sont saisis, le code 51.23 ne peut pas être omis car un enregistrement ne contenant que le code 87.53 est cliniquement aberrant.

⁹ Ou, s'il y a plusieurs codes correspondant à des cc majeures, après omission de ces codes.

Exemple d'incohérence de cost-weights en présence d'une comorbidité ou complication (CC)

Soit une hospitalisation classée dans le DRG 558 pour laquelle les codes figurant ci-dessous ont été enregistrés.

Code diagnostique principal

S22.0 [Fracture d'une vertèbre dorsale]

Codes diagnostiques secondaires

I26.9 [Embolie pulmonaire sans mention de cœur pulmonaire aigu]

I50.0 [Insuffisance cardiaque congestive]

Codes d'intervention

81.05 [Arthrodèse dorsale ou dorsolombaire postérieure]

81.62 [Arthrodèse ou reprise d'arthrodèse de 2-3 vertèbres]

84.51 [Insertion de dispositif intervertébral d'arthrodèse]

Si l'affection correspondant au code I26.9 n'est pas présente, l'hospitalisation est classée dans le DRG 806. Or, le cost-weight du DRG 806 est plus élevé que celui du DRG 558. Le DRG 806 est donc le DRG forcé correspondant à cette hospitalisation initialement classée dans le DRG 558.

4. Classement dans le DRG 415, 424, 461, 581, 849, 855, 1415 et 1849

Les DRG 415, 424, 461, 581, 849, 855, 1415 et 1849 font partie des MDC 18 (Infections et maladies parasitaires, systémiques ou de site non précisé), 19 (Maladies mentales et psychiatriques) ou 23 (Facteurs influençant la santé et autres contacts avec les services de santé). Les hospitalisations classées dans l'un de ces DRG sont des hospitalisations durant lesquelles au moins une intervention considérée comme "Operating Room Procedure" (voir annexe C du Definitions Manual) est réalisée, quelle que ce soit cette intervention. D'un point de vue chirurgical il s'agit donc de DRG sans aucune spécificité ni homogénéité et, le cas échéant, il est permis de classer ces hospitalisations dans un DRG chirurgical d'un autre MDC qui corresponde à l'intervention ou aux interventions réalisées. Pour déterminer le DRG forcé le code diagnostique principal initialement saisi est alors remplacé par un code associé au MDC qui correspond à l'intervention ou aux interventions réalisées. Il faut néanmoins que les données transmises pour la statistique médicale ne soient pas modifiées.

Exemple de reclassement d'une hospitalisation initialement classée dans le DRG 461

Soit une hospitalisation classée dans le DRG 461 pour laquelle les codes figurant ci-dessous ont été enregistrés.

Code diagnostique principal

Z04.8 [Examen et mise en observation pour d'autres raisons précisées]

Codes diagnostiques secondaires

E11.9 [Diabète sucré non insulino-dépendant, sans complication]

E66.9 [Obésité, sans précision]

E78.0 [Hypercholestérolémie essentielle]

I08.0 [Atteintes des valvules mitrale et aortique (rhumatismales)]

I11.0 [Cardiopathie hypertensive, avec insuffisance cardiaque (congestive)]

I24.0 [Thrombose coronaire n'entraînant pas un infarctus du myocarde]

I25.1 [Cardiopathie artérioscléreuse]

I25.8 [Autres formes de cardiopathie ischémique chronique]

I42.0 [Myocardiopathie avec dilatation]

K05.3 [Périodontite chronique]

Z95.0 [Présence d'un stimulateur cardiaque]

Codes d'intervention

23.09 [Extraction d'une autre dent]

36.01 [Angioplastie coron. translumin. percut. [PTCA] d'un seul vaisseau ou athérectomie coron. sans mention d'agent thrombolytique]

36.06 [Insertion de stent(s) coronaire(s) sans libération de substance médicamenteuse]

37.23 [Cathétérisme cardiaque combiné, droit et gauche]

88.56 [Artériographie coronaire avec deux cathéters]

88.72 [Ultrasonographie [diagnostique] du cœur]

Le code diagnostique principal de cette hospitalisation est associé au MDC 21, alors que le tableau clinique correspond indubitablement au MDC 5. En remplaçant le code Z04.8 par un code associé au MDC 5 (par exemple par le code I24.0 ou I25.1 ou I25.8) l'hospitalisation est classée dans le DRG 112. Le DRG 112 est donc le DRG forcé correspondant à cette hospitalisation initialement classée dans le DRG 461.

5. Accouchement durant l'hospitalisation

Lorsqu'un accouchement (par voie basse ou par césarienne) a lieu durant l'hospitalisation et que celle-ci est classée dans un DRG spécifique à l'ante-partum ou au post-partum malgré un codage correct, cette hospitalisation doit être reclassée dans un DRG correspondant à une hospitalisation avec accouchement. Pour déterminer le DRG forcé le code diagnostique principal initialement saisi est alors remplacé par un code des catégories O80-O84. Il faut néanmoins que les données transmises pour la statistique médicale ne soient pas modifiées.

Une justification du choix du DRG forcé doit figurer dans un champ prévu à cet effet.

6. Cas pour lesquels le code diagnostique principal commence par P

Chez les enfants de plus de 28 jours ayant une affection dont l'origine se situe dans la période périnatale, il se peut que le groupeur classe l'hospitalisation dans le DRG 469. Un DRG forcé peut être trouvé soit en remplaçant temporairement le code commençant par P par celui de la même affection chez un adulte, soit en modifiant provisoirement l'âge de l'enfant de telle sorte qu'il devienne inférieur à 29 jours. Il faut néanmoins que les données transmises pour la statistique médicale ne soient pas modifiées.

Une justification du choix du DRG forcé doit figurer dans un champ prévu à cet effet.

7. Cas pour lesquels le code diagnostique principal est Q21.1

Si le code diagnostique principal est Q21.1 et qu'un code d'intervention associé au DRG 809 est enregistré¹⁰, le groupeur classe l'hospitalisation dans le DRG 108 ou 812, alors qu'en principe il devrait la classer dans le DRG 809. Le DRG peut alors être forcé en remplaçant le code Q21.1 par le code Q21.2. Il faut néanmoins que les données transmises pour la statistique médicale ne soient pas modifiées.

8. Opération unilatérale du genou (codes CHOP 00.81-00.82)

Lorsque les codes 00.81 et 00.82 sont utilisés pour décrire une intervention unilatérale et que l'hospitalisation est initialement classée par le groupeur dans le DRG 471, en l'absence de complication ou comorbidité majeure cette hospitalisation est à reclasser dans le DRG 789 si le code diagnostique principal est T84.x ou dans le DRG 209 si le code diagnostique principal n'est pas T84.x. En présence d'un code de complication ou comorbidité majeure (dont la liste figure dans l'annexe F du Definitions Manual) cette hospitalisation est à reclasser dans le DRG 558. Pour trouver dans quel DRG une telle hospitalisation peut être reclassée, il suffit d'utiliser le groupeur en enregistrant uniquement le code 00.81 (et, par conséquent, en omettant temporairement d'enregistrer le code 00.82).

9. Cas pour lesquels le code diagnostique principal est G90.0

Si l'enregistrement d'une hospitalisation comprend le code diagnostique principal G90.0, le code diagnostique supplémentaire I49.8 (ou un code similaire) et des codes d'intervention correspondant à l'insertion d'un pacemaker pour le traitement d'une hypersensibilité du sinus carotidien, l'hospitalisation en question, initialement classée dans le DRG 7, 8 ou 1008 par le groupeur, peut être reclassée dans le DRG 116.

10. Transfert de nouveau-nés pour surveillance néonatale ou augmentation de poids

Suivant les conventions tarifaires en vigueur, les hospitalisations de nouveau-nés transférés pour surveillance néonatale ou augmentation de poids peuvent être classées dans le DRG 635 ou 636 (en fonction de l'âge).

11. Cas facturés différemment en 2010 et 2011

Si une hospitalisation classée dans un DRG donné (DRG i) au moyen des classifications ou outils (Groupeur AP-DRG et MedGroup) utilisés en 2010 est classée dans un DRG différent (DRG j) au moyen des classifications et outils utilisés en 2011, elle doit être facturée selon le DRG attribué en 2010 (DRG i). Dans ce cas l'hôpital doit être en mesure de fournir à l'assureur toutes les informations démontrant que l'hospitalisation classée en DRG j en 2011 aurait été classée en DRG i en 2010.

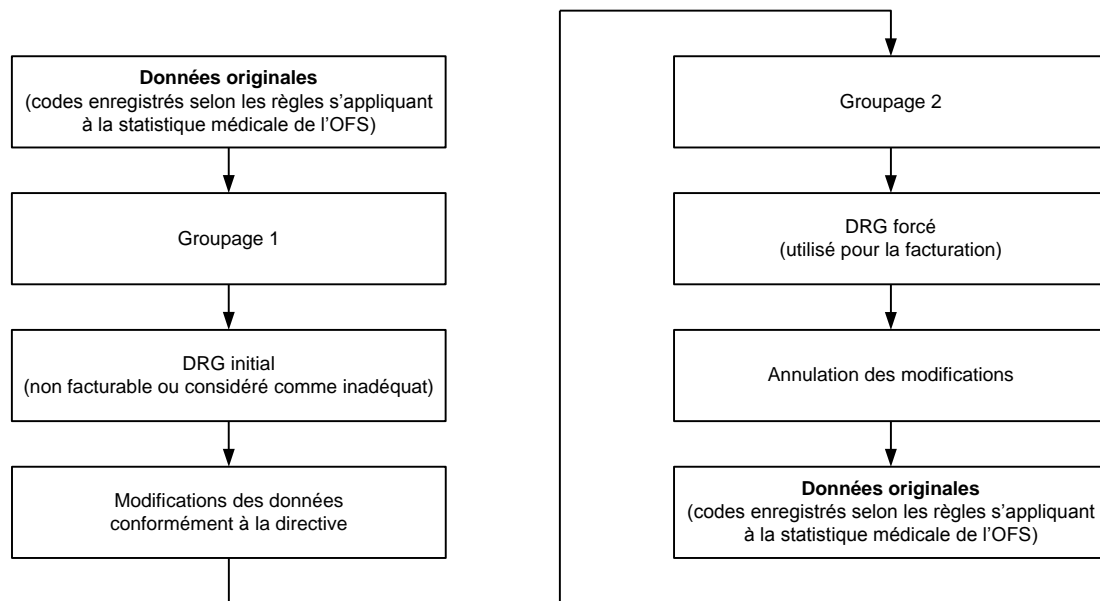
Attention: les données 2011 de la statistique médicale des hôpitaux devront être livrées sur la base des classifications, outils et règles en vigueur en 2011 (et non pas selon les classifications et règles de codage en vigueur en 2010).

¹⁰ La liste des codes d'intervention associés à l'APDRG 809 figure à la page 264 du Definitions Manual des APDRG.

Un DRG ne peut être forcé que dans les situations décrites ci-dessus. La détermination d'un DRG forcé est une tâche pour laquelle les personnes responsables du codage ont généralement l'expérience, les connaissances et le bon sens nécessaires. Néanmoins, en cas de doute quant au droit de modifier un DRG ou au choix du DRG dans lequel une hospitalisation peut être reclassée, nous vous prions instamment de vous adresser au Secrétariat de APDRG Suisse (info@apdrgsuisse.ch). Un classement apparemment aberrant ne donne pas le droit de forcer automatiquement un DRG.

Dans tous les cas, les modifications réalisées pour forcer un DRG ne doivent pas avoir d'influence sur la statistique médicale. Si, par exemple, un code d'intervention est omis en raison d'une incohérence de cost-weights ou un code diagnostique est remplacé par un autre afin de classer l'hospitalisation dans un DRG facturable, cette omission ou ce remplacement ne doivent pas affecter l'enregistrement des données produites pour la statistique médicale de l'OFS.

Le schéma ci-dessous montre les étapes du reclassement d'une hospitalisation dans un DRG forcé.



Cette directive est disponible sur le site web de APDRG Suisse:

<http://www.apdrgsuisse.ch/public/fr/outils-de-base.htm>

(version française)

<http://www.apdrgsuisse.ch/public/de/instrumente.htm>

(version allemande)