

# InEK

Rapport de clôture

Aménagement du système  
G-DRG pour l'année 2006

Classification, catalogue et  
poids relatifs de coûts

Partie I : Rapport de projet

Siegburg, le 20 décembre 2005

Institut für das  
Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH  
Auf dem Seidenberg 3  
53721 Siegburg

Téléphone 0 22 41 - 93 82 - 0  
Télécopie 0 22 41 - 93 82 - 36

## Table des matières

	<b>Page</b>
<b>AVANT-PROPOS</b>	<b>1</b>
<b>1 INTRODUCTION</b>	<b>2</b>
<b>2 METHODOLOGIE DE L'AMENAGEMENT</b>	<b>4</b>
2.1 Collecte et vérification des données	4
2.2 Mise en forme des données	6
2.3 Déduction de classification	7
2.4 Calcul des poids relatifs de coûts	9
2.5 Paiements additionnels	10
2.6 Transition de version des classifications ICD-10 et OPS	12
<b>3 SYSTEME G-DRG VERSION 2006</b>	<b>13</b>
3.1 Résumé des résultats	13
3.2 Fondements de l'aménagement	15
3.2.1 Base de données	15
3.2.1.1 Communication de données régulières	15
3.2.1.2 Communication de données complémentaires	21
3.2.2 Collecte de suggestions	24
3.2.2.1 Principes de la collecte	24
3.2.2.2 Participation	25
3.2.2.3 Evaluation et prise en compte des suggestions	26
3.3 Principaux domaines de l'aménagement	28
3.3.1 Adaptation de la méthodologie	28
3.3.1.1 Calcul des poids relatifs pour les soins administrés par des praticiens hospitaliers en activité libérale	28
3.3.1.2 Définition et évaluation des prestations en hospitalisation partielle	31
3.3.1.3 Calcul de la grandeur de référence	34
3.3.2 Remaniement de classification	36
3.3.2.1 SIDA/VIH	36
3.3.2.2 Intoxication, abus et dépendance alcoolique	36
3.3.2.3 Ophtalmologie	38
3.3.2.4 Domaines de soins particuliers	39
3.3.2.5 Matrice CCL de niveau de CMAs	39
3.3.2.6 Dermatologie et affections de la glande mammaire	41
3.3.2.7 Procédure de dialyse	41
3.3.2.8 Epilepsie	42

3.3.2.9	Réhabilitation précoce	42
3.3.2.10	Gastroentérologie/Endoscopie	43
3.3.2.11	Obstétrique	44
3.3.2.12	Gériatrie	46
3.3.2.13	ORL	47
3.3.2.14	Médecine des soins intensifs	47
3.3.2.15	Cardiologie et chirurgie cardiaque chez l'enfant	50
3.3.2.16	Maladies et troubles de l'appareil circulatoire	51
3.3.2.17	Traitement de la sclérose en plaques	53
3.3.2.18	Germes multirésistants	53
3.3.2.19	Oncologie :	54
3.3.2.20	Syndrome de Parkinson	56
3.3.2.21	Paralysie par section médullaire	56
3.3.2.22	Traumatisme craniocérébral (TCC)	56
3.3.2.23	Apoplexie cérébrale	57
3.3.2.24	Thérapie de la douleur	58
3.3.2.25	Grands brûlés	59
3.3.2.26	Tuberculose	60
3.3.2.27	Chirurgie traumatologique	60
3.3.2.28	Soins administrés aux enfants	64
3.3.3	Changements formels	66
3.3.3.1	Changements de désignation des DRGs de base (ABC au lieu de ZZZ)	66
3.3.3.2	Déconcentration	67
3.3.3.3	Classement	67
3.3.4	Transition de version et aménagements des classifications ICD et OPS	68
3.3.4.1	Passage aux versions valables à partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2006 des classifications ICD-10 et OPS	68
3.3.4.2	Traitement des codes non identiques	69
3.3.4.3	Traitement des codes nouvellement introduits	71
3.3.4.4	Traitement de la caractéristique supplémentaires de latéralisation de localisation	72
3.3.4.5	Adaptation des classifications ICD-10 et OPS	73
3.3.5	Adaptations des Directives de Codage allemandes	74
<b>3.4</b>	<b>Chiffres statistiques</b>	<b>75</b>
3.4.1	Résultats principaux et modifications par rapport à l'année dernière	75
3.4.1.1	Elargissement et réorganisation des groupes de cas	75
3.4.1.2	DRGs non évalués	75
3.4.1.3	Paiements additionnels	76
3.4.2	Effet de compression	78
3.4.3	Qualité statistique de la classification	81
3.4.3.1	Analyse de la réduction de variance	81
3.4.3.2	Analyse de l'homogénéité des coûts	84
3.4.4	Examen de la représentativité de la durée de séjour	87
<b>4</b>	<b>PERSPECTIVES DE L'AMENAGEMENT</b>	<b>95</b>
	<b>ANNEXE</b>	<b>97</b>

## Abréviations

2. FPÄndG	Zweites Fallpauschalen-Änderungsgesetz ;Deuxième Loi modificative allemande sur les forfaits par cas traités
AICD	Automatic Implantable Cardioverter Defibrillator; défibrillateur automatique Cardioverter implantable
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung : Ministère fédéral de la santé et de la sécurité sociale
BPfIV	Bundespflegesatzverordnung: décret fédéral relatif au tarif d'hospitalisation
BR	Poids relatif (cost weight)
CMA	Complication ou morbidité associée CMA [Ndt : dans le texte allemand CC : Complication or Comorbidity]
CCL	Complication or Comorbidity Level; Degré de sévérité d'une complication ou d'une morbidité associée
CH	Coefficient d'homogénéité (des coûts)
CH <sub>DS</sub>	Coefficient d'homogénéité de la durée de séjour
Chap.	Chapitre
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information; Institut allemand de documentation et d'information médicale
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft : Société allemande des hôpitaux
DKR	Deutsche Kodierrichtlinien; Directives de Codage allemandes
DRG	Diagnosis Related Group; groupe homogène de malades
DSmax	Durée de séjour maximum
DSmin	Durée de séjour minimum
EEC	Extraction extracapsulaire du cristallin
FPV 2005	Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2005 (Fallpauschalenvereinbarung 2005) ; Convention sur le système de tarification forfaitaire par cas pour les hôpitaux pour l'année 2005 (convention sur les forfaits par cas 2005)
FPV 2006	Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2006 (Fallpauschalenvereinbarung 2006) ; Convention sur le système de tarification forfaitaire par cas pour les hôpitaux pour l'année 2006 (convention sur les forfaits par cas 2006)
G-DRG	German Diagnosis Related Groups ;
GM	German Modification (ICD-10-GM)
IC	Intervalle de confiance
ICD	Classification statistique internationale des maladies et problèmes de santé apparentés, 10 <sup>e</sup> révision, publication édition destinée au SGB V, Code allemand de la sécurité sociale V

InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH : Institut Allemand pour le Système de Tarification Hospitalier Prospectif
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz : Loi sur la rémunération des hôpitaux
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz : Loi sur le financement des hôpitaux
MDC	Major Diagnostic Category : Catégorie Majeure de Diagnostic : CMD
n	Nombre de cas
NMET	Nouvelles méthodes d'examen et de traitement [Ndt: NUB: Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden]
OPS	Codification opératoire selon § 301 SGB V – Classification internationale des procédures médicales
PCCL	Patient Clinical Complexity Level; degré général de complexité du patient
Pré-CMD	groupe majeur de diagnostic précédant les CMDs
R <sup>2</sup>	Réduction de variance
Trait. compl.	Traitement complexe de soins intensifs
UMT	Unité minimale de traitement

## **Avant-propos**

Le présent rapport de l'Institut Allemand pour le Système de Tarification Hospitalier Prospectif, (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH), l'InEK, présente en détail la démarche suivie pour le calcul des coûts, ainsi que les profils de coûts et de prestations des différents forfaits par cas DRG. Les hôpitaux, les caisses d'assurance maladie et autres organismes concernés peuvent réaliser sur cette base des analyses détaillées sur des questions particulières et pour des domaines médicaux spécifiques.

Cette année encore, nous nous sommes appliqués à prendre encore mieux en considération les particularités des structures de soins et des méthodes de traitements en République Fédérale d'Allemagne dans le catalogue de tarification forfaitaire par cas. La précision de représentation du catalogue de tarification forfaitaire par cas 2006 a encore nettement augmenté, ce qui s'illustre par la dimension statistique de l'homogénéité.

Cette année, 214 hôpitaux ont mis à notre disposition des données relatives aux coûts par cas pour l'aménagement à réaliser dans le cadre de l'échantillon de calcul. Nous remercions à cet endroit tous les hôpitaux participant pour leur grand engagement. Les sociétés de discipline médicale, les fédérations, les experts et le personnel des hôpitaux ont également apporté une aide précieuse en participant activement à la collecte de suggestions (« dialogue structuré ») visant à l'amélioration de la classification DRG.

Il ne reste plus qu'à souhaiter que les hôpitaux continuent d'apporter leur aide constructive au développement et au calcul des coûts du système DRG de forfaits par cas. Cela concerne en particulier les hôpitaux traitant des groupes de patients particuliers et pouvant ainsi attirer l'attention sur les modifications à apporter. Nous appelons également les sociétés de discipline médicale à continuer à s'investir dans le cadre de la collecte de suggestions pour faire profiter les aménagements de leur expérience professionnelle.

## 1 Introduction

Le présent rapport de clôture décrit les bases, les méthodes et les résultats de l'aménagement du système G-DRG pour l'année 2006. Ce rapport s'adresse à un public professionnel intéressé, et contribue à rendre plus transparente la méthode d'aménagement du système G-DRG, et plus compréhensibles les tenants et aboutissants de celui-ci.

Les conditions générales fixées par les instances politiques prévues dans la Loi sur le financement des hôpitaux (KHEntgG) fixent une période d'introduction débutant avec l'année 2005 pour permettre une transition organisée et structurée (phase dite de convergence) aux organismes concernés. Durant cette phase de convergence, les taux de base spécifiques à chaque hôpital sont adaptés progressivement à une valeur correspondant à une pathologie de base standard au niveau du land. Pour amortir les étapes de convergence, la Deuxième Loi modificative allemande sur les forfaits par cas traités (2<sup>e</sup> FPÄndG) imposait une limite supérieure pour l'aménagement du budget de recette (limite supérieure de recette), selon laquelle la diminution de budget d'un hôpital ne doit pas dépasser une certaine limite durant la phase de convergence. La limite supérieure de recette augmente continuellement de 2005 à 2009 de 1,0% à 3,0%. L'amélioration annuelle de l'exactitude d'illustration du système G-DRG constitue un autre élément essentiel de cette transition organisée et structurée.

La « Collecte de suggestions faisant appel à la compétence médicale, scientifique et autre dans le cadre de l'aménagement du système G-DRG pour l'année 2006 (Collecte de suggestions 2006) » a favorisé les travaux de mise à jour du système G-DRG. Les sociétés de discipline médicale, les fédérations des hôpitaux et des caisses d'assurance maladie ainsi que d'autres institutions ont fait des propositions d'aménagement dans le cadre de la collecte de suggestions que l'on désigne aussi par « dialogue structuré ». Du fait de la vaste participation à la collecte de suggestions 2006, les expériences de pratique clinique et le savoir des experts médicaux profitèrent à l'aménagement. Ainsi, le système G-DRG s'avère être un « système avide d'enseignements » au meilleur sens du terme.

L'aménagement et la mise à jour du système G-DRG par l'InEK ne seraient pas possibles sans la participation volontaire d'hôpitaux à l'échantillon de calcul des coûts. L'aménagement du système G-DRG se fonde toujours sur les données d'une année civile écoulée ; pour le système G-DRG 2006 il s'agit donc des données de l'année 2004. L'intégration des nouveautés au système G-DRG ne peut donc en principe se faire qu'avec un certain décalage. Mais, grâce à la contribution des hôpitaux fournissant des informations sur les coûts et les prestations dans une beaucoup plus large mesure que celle nécessaire pour le calcul des coûts, un aménagement plus rapide est possible. On a ainsi pu intégrer pour ainsi dire sans délai de nombreuses nouveautés dans le système G-DRG, comme par exemple les nouveaux scores de gravité TISS/SAPS dans la classification de procédures médicales OPS 2005.

La 2<sup>e</sup> FPÄndG constitue le fondement légal pour le paiement d'une rémunération forfaitaire aux hôpitaux participant au calcul des coûts. Outre une rémunération de base, les hôpitaux devront recevoir une rémunération relative au cas traité en fonction de la quantité et de la qualité des ensembles de données fournis. Il a été prélevé pour cela dans le cadre du supplément destiné au système DRG 2005 une part de supplément de 0,59 € pour le « calcul des coûts ». Au cours de la phase de calcul de cette année, l'InEK a payé pour la première fois aux hôpitaux participant au calcul des coûts une rémunération forfaitaire d'un volume total d'environ 8,9 millions €.

En décembre 2004, les associations faîtières des caisses-maladie, l'association des caisses-maladie privées et la Société allemande des hôpitaux (partenaires auto-administrés) ont pris une décision de principe commune concernant l'aménagement du système de financement. Par cette décision, l'InEK a été chargé de poursuivre de manière adéquate l'aménagement et la mise à jour du système G-DRG sur la base des expériences réunies jusque là en matière de calcul des coûts. En particulier, on devait essayer de représenter les prestations effectuées en hospitalisation partielle dans le catalogue de tarification forfaitaire par cas.

Mettant en œuvre cette décision de principe, l'InEK a alors présenté aux partenaires auto-administrés le 18 août 2005 le projet de système G-DRG pour 2006. Suite à leurs délibérations, les partenaires auto-administrés ont conclu le 13 septembre 2005 la « Convention sur le système de tarification forfaitaire par cas pour les hôpitaux pour l'année 2006 (Convention sur les forfaits par cas 2006 – FPV 2006) ». Cette convention englobe les éléments suivants pour le système de rémunération G-DRG pour l'année 2006 :

- les dispositions de décompte,
- le catalogue de tarification forfaitaire par cas,
- le catalogue des paiements additionnels,
- le catalogue des prestations n'étant pas rémunérées sur la base du catalogue de tarification forfaitaire par cas et
- le catalogue des paiements additionnels selon § 6 alinéa 1 KHEntgG.

Le présent rapport de clôture comporte deux parties. La partie I (« Rapport de projet ») présente la méthodologie et les principaux résultats. Le rapport de projet renonce à présenter en détail les méthodes de calcul des coûts restées inchangées depuis des années. Nous renvoyons les lecteurs aux anciens rapports que l'on peut télécharger sur notre site Internet. La partie II (« Profils cliniques, profils des coûts ») présente en détail les résultats des calculs de coûts sous forme de tableaux. Les profils de coûts ne peuvent être consultés et téléchargés que sous forme de navigateur sur notre site Internet ([www.g-drg.de](http://www.g-drg.de)).

Pour les collaborateurs de l'InEK gGmbH

Dr Frank Heimig  
Gérant

Dr Martin Braun  
Chef du département  
Médecine

Dr Michael Schmidt  
Chef du département  
Economie

Siegburg, en décembre 2005



## 2 Méthodologie de l'aménagement

Ce chapitre décrit de manière résumée les étapes méthodologiques consignées dans le catalogue de règles de mise à jour et d'aménagement du système G-DRG. Les descriptions détaillées de la démarche se trouvent dans les rapports de projet du perfectionnement du système G-DRG pour les années 2004 et 2005. Ceux-ci peuvent être téléchargés sur le site : [www.g-drg.de](http://www.g-drg.de). Les adaptations nécessaires de la méthodologie dans le cadre de l'aménagement pour l'année 2006 sont décrites en détail au chapitre 3.3.1.

### 2.1 Collecte et vérification des données

#### *Collecte des données*

La communication des données nécessaires pour l'aménagement du système G-DRG est régie par le § 21 KHEntgG du 23 avril 2002. Selon ce paragraphe, tous les hôpitaux sont tenus de communiquer les données structurelles relatives à l'hôpital et les données de prestations relatives aux cas traités dans le cadre d'une collecte générale de données (désigné ci-dessous par « données DRG selon § 21 KHEntgG »). L'annexe 2 à la convention selon § 21 KHEntgG, actualisé en dernier le 17 décembre 2004 par les partenaires auto-administrés, définit le contenu et le format de l'ensemble de données à fournir (désigné ci-dessous par « ensemble de données selon § 21 KHEntgG »). Les données DRG selon § 21 KHEntgG doivent être communiquées respectivement le 31 mars pour l'année civile précédente à un centre de données informatique DRG désigné par les partenaires auto-administrés au niveau fédéral. L'InEK est chargé de la gestion et du contrôle du centre informatique de données DRG.

Des données relatives aux coûts sont communiquées en complément par des hôpitaux participant volontairement à une collecte partielle. Ces hôpitaux seront désignés ci-dessous par « hôpitaux de calcul des coûts ». L'InEK conclut avec les hôpitaux de calcul des coûts une « convention sur la participation au calcul des coûts pour la mise à jour et l'aménagement du système forfaitaire G-DRG ». Les ensembles de données des hôpitaux de calcul des coûts comprennent les données DRG selon § 21 KHEntgG complétées par les données de coûts relatives aux cas. Ces données sont également communiquées au centre informatique DRG selon la méthode décrite pour les données DRG selon § 21 KHEntgG. Pour la première fois, une rémunération forfaitaire a été accordée aux hôpitaux de calcul des coûts pour la communication de données de coûts de l'année 2004 sous certaines conditions en fonction de la qualité et de l'étendue du paquet de données.

Dans la convention conclue avec l'InEK, les hôpitaux de calcul des coûts s'engagent à appliquer la méthode décrite dans le manuel de calcul des coûts par cas rédigé par des partenaires auto-administrés (« Calcul des coûts par cas – Manuel à l'intention des hôpitaux – Version 2.0 »). Ils doivent également tenir compte des « Actualisations et compléments au manuel de calcul des coûts, Version 2.0 » du 17 décembre 2004 qui ont été publiées. Les hôpitaux de calcul des coûts sont interrogés à l'aide de listes de contrôle sur l'imputation de leurs différents coûts et sur la possibilité de communication de données supplémentaires, apportant une plus grande différenciation.

Outre la communication de données « régulières » selon § 21 KHEntgG et la communication de données de coûts, l'InEK demande aux hôpitaux de calcul des coûts de mettre à sa disposition des informations complémentaires sur les cas. Il s'agit

- d'informations sur les prestations qui ne sont pas illustrées de manière assez précise par les codes OPS,
- d'informations sur les coûts qui ne peuvent pas être associées à une prestation dans la représentation modulaire des coûts, et
- d'informations sur la méthode qui doivent renseigner sur la méthode de calcul des coûts utilisée et garantir une qualité suffisante des données.

Un large éventail de mesures relatives à la protection des données relevées a été établi et fait l'objet d'un contrôle régulier par un expert externe indépendant de la protection des données quant aux aspects relevant de l'organisation et de la technique.

### **Contrôle des données**

Les données communiquées par les hôpitaux sont soumises à un contrôle de leur contenu et à une vérification technique.

Le centre informatique de données DRG effectue la vérification technique des données (« recherche d'erreur ») dans le cadre de l'acceptation des données. L'InEK prévoit un procédé en trois étapes :

- Etape 1 – examen préliminaire : contrôle de l'aptitude au traitement
- Etape 2 – contrôle du format : vérification de la structure du fichier
- Etape 3 – contrôle des données : contrôle des contenus du champ

Les hôpitaux reçoivent un compte-rendu des résultats du contrôle des données.

La description complète de la recherche d'erreur du centre de données DRG peut être consultée sur le site Internet de l'InEK ([www.g-drg.de](http://www.g-drg.de)).

Le contrôle du contenu des données est effectué par l'InEK. Les données ne présentant pas de défaut technique sont soumises à un programme de vérification sur trois plans :

- L'examen du point de vue économique concerne les données de coûts livrées par les hôpitaux de calcul des coûts. Les coûts sont examinés à plusieurs niveaux d'analyse (par ex. hôpital, groupe d'unités de coûts, cas traité), quant à la présence ou au manque de certaines valeurs, à la fiabilité des valeurs et à l'éventuel non respect de critères marginaux fixés.
- La vérification du point de vue médical concerne les informations médicales relatives aux cas et en particulier aux diagnostics et procédures codés . Ces derniers sont contrôlés quant à leur conformité avec les Directives de Codage Allemandes (DKR) et avec les réglementations des catalogues ICD et OPS, une concentration s'effectuant sur les caractéristiques significatives de groupage.
- L'examen du point de vue médico-économique procède à des vérifications de corrélation entre les données médicales et les données économiques par cas. Dans le cadre des vérifications dépassant le contexte des champs, on examine les relations de dépendance concernant par exemple la présence de données de coûts dans certaines situations de diagnostics ou de procédures.

Les hôpitaux de calcul des coûts reçoivent un rapport détaillé sur le résultat du contrôle et sont si possible invités à communiquer des données corrigées.

Les ensembles de données exempts d'erreur entrent dans la base de données sur laquelle repose le système G-DRG.

## 2.2 Mise en forme des données

Lors de la mise en forme des données, les ensembles de données reconnus comme étant exempts d'erreur lors des procédures de contrôle, sont soumis à différents nettoyages et corrections pour équilibrer les sources de distorsion du fait de la disparité des conditions préalables des hôpitaux, et pour créer une référence homogène. Cela comprend :

- le groupage de cas : Les dispositions de décompte de la FPV prévoient sous certaines conditions le groupage de plusieurs séjours de patients dans un hôpital en un seul séjour (§ 2 FPV lors de réadmissions et § 3 alinéa 3 FPV lors de retours de transfert). Les ensembles de données sont analysés en vertu des conditions de la FPV, et regroupés en un seul cas lors de la concordance des informations nécessaires.

Toutes les informations non redondantes des cas traités devant être regroupés, sont fondamentalement reprises. Etant donné que lors d'un tel groupage de cas, il n'est pas possible de déduire directement et correctement le diagnostic principal, on définit alors comme diagnostic principal du cas traité groupé, le diagnostic principal du premier cas soumis à la règle de groupage.

- Nettoyage en cas d'absence de significativité DRG : Le système DRG ne s'applique pas aux prestations des services hospitaliers et des services de psychosomatique et de médecine psychothérapeutique cités dans § 1 alinéa 2 du Décret allemand sur le personnel en psychiatrie, dans la mesure où il n'en est pas disposé autrement dans ce décret au §16 phrase 1 n° 1. Les cas correspondants ne sont pas significatifs pour le système DRG, et font l'objet d'une gestion de données particulière.
- Nettoyage des transferts : La définition des groupes de cas et le calcul des valeurs de durée de séjour et des poids relatifs du catalogue de tarification forfaitaire par cas se basent sur les cas non transférés. En règle générale, les cas transférés ne sont pas considérés dans le cadre de l'aménagement. Une exception est faite pour les groupes de cas pour lesquels la minoration liée au transfert n'est pas appliquée (marquage dans la colonne « forfait cas de transfert » du catalogue de tarification forfaitaire par cas). Les groupes de cas dont les poids relatifs ont été calculés dans le système G-DRG Version 2006 en tenant compte des cas transférés, sont représentés dans le tableau A-1 de l'annexe.
- Nettoyage des cas de durée transitoire : Sont considérés comme cas de durée transitoire, les cas traités ayant été admis l'année précédente mais qui ne quittent l'hôpital qu'au cours de l'année de calcul de coûts analysée. Pour l'aménagement, seuls les cas de durée transitoire pour lesquels l'hôpital de calcul des coûts aura explicitement déclaré que la part de coûts se rapportant à l'année précédente est totalement incluse dans l'ensemble de données, seront pris en compte.

- Correction de l'origine : Différentes réglementations tarifaires font que les hôpitaux des nouveaux länder présentent des frais de personnel plus réduits que les hôpitaux des länder ouest-allemands. C'est pourquoi les ensembles de données communiqués par les hôpitaux des nouveaux länder pour le domaine des frais de personnel (groupes de type de coûts 1-3) sont ajustés aux taux tarifaires en vigueur dans les länder ouest-allemands au moyen d'un facteur de correction.
- Correction des paiements additionnels : Des paiements additionnels sont définis pour certaines prestations et ils peuvent être facturés en complément des forfaits par cas. Tous les ensembles de données par cas présentant de telles prestations doivent être corrigés à concurrence des parts de coûts qui s'y rapportent.

Le système G-DRG englobe non seulement les prestations effectuées en hospitalisation totale mais aussi celles effectuées en hospitalisation partielle. Les soins apportés en hospitalisation totale se subdivisent en outre en prestations réalisées en unités principales et celles réalisées en unités dont les médecins sont des praticiens hospitaliers en activité libérale. Pour déduire les valeurs de séjour et les poids relatifs spécifiques, on regroupe la totalité des cas nettoyée ou corrigée en fonction des critères « type d'unité » et « type de soins » dans les groupes correspondants.

## 2.3 Déduction de classification

### ***Calcul des grandeurs de durée de séjour***

La rémunération forfaitaire par cas se réfère par principe à un traitement administré dans le cadre d'une durée de séjour norme.

Les cas pouvant être traités dans le cadre de la durée de séjour norme, sont désignés par « patient à durée de séjour normale » ou « inlier ». La durée de séjour norme est limitée par la durée minimum de séjour (DSmin) et la durée maximum de séjour (DSmax). En déterminant les durées de séjour minimum et maximum, on définit la totalité significative des données de base des inliers pour l'aménagement.

La DSmin représente un tiers de la moyenne arithmétique de la durée de séjour, mais au moins deux jours. Pour les DRGs explicites d'une journée d'hospitalisation, on ne calcule pas de DSmin.

La DSmax est la somme tirée de la durée de séjour moyenne et de l'écart-type multiplié par deux, à moins que l'écart-type multiplié par deux ne dépasse un écart maximal déterminé. Dans ce cas, la DSmax est la somme de la durée de séjour moyenne et de l'écart maximal déterminé. L'écart maximal déterminé est choisi de sorte à ce qu'un volume de rémunération déterminé au préalable et devant être facturé au moyen de forfaits par cas échoit aux suppléments de recette à la journée pour les patients à longue hospitalisation au delà de la DSmax.

Pour les DRGs d'une journée d'hospitalisation, on ne calcule pas de DSmax.

### ***Calcul des coûts par cas***

Pour chaque DRG du système G-DRG existant (version de départ), les cas de tous les hôpitaux de calcul des coûts sont regroupés dans un fichier, comme s'ils venaient d'un seul hôpital (méthode dite « d'une seule maison »).

La moyenne arithmétique des coûts par cas des inliers calculée sur cette base constitue le fondement central pour pouvoir déduire la classification.

### **Calcul et évaluation des modifications de classification**

Les informations réunies dans le cadre de la collecte de suggestions et les résultats des analyses de variance effectuées par l'InEK constituent le point de départ de l'aménagement de la classification G-DRG.

Le cas échéant, plusieurs alternatives de modification se dégagent de ces suggestions. Les alternatives disponibles sont alors simulées et le résultat de la simulation est interprété en première ligne en fonction de l'ampleur obtenue de réduction de variance  $R^2$ .  $R^2$  mesure la proportion de dispersion des coûts s'expliquant par la classification. Plus cette proportion de dispersion expliquée dans les classes est faible comparée à la dispersion entre les classes, plus la qualité d'ensemble du système de classes est grande.

Une analyse complémentaire étudie la modification de l'homogénéité des coûts des différents groupes de cas, en examinant l'effet d'une modification de classification sur la composition des groupes de cas nouvellement créés ou modifiés à l'aide du coefficient d'homogénéité (CH).

On calcule tout d'abord des solutions alternatives sans effet au niveau de la complexité afin d'obtenir des améliorations de qualité qui n'influent pas sur la complexité du système (c'est-à-dire sans définition de groupes de cas supplémentaires). Lors de l'analyse de propositions modifiant la complexité, on simule différentes alternatives en utilisant un Splitset Standard (cf. tableau 1), jusqu'à ce qu'on ne puisse plus obtenir d'amélioration de la réduction de variance par différenciation supplémentaire des groupes de cas, que l'on ne trouve plus d'autres critères de segmentation significatifs et que toutes les suggestions reçues et calculables, et en partie plusieurs fois, aient été simulées et analysées.

Les résultats des calculs sont évalués quant à la réduction de variance obtenue, aux homogénéités de données modifiées, à la différence de coûts par rapport aux DRGs voisins ou apparentés, ainsi qu'au nombre de cas réunis dans le groupe de cas. On tient également compte d'effets influant sur d'autres DRGs qui ne sont pas toujours positifs dans tous les DRGs concernés par exemple en ce qui concerne l'homogénéité des coûts. On applique finalement la variante de modification qui, lorsqu'on considère l'ensemble du résultat, contribue le mieux à améliorer la qualité du système G-DRG.

<b>Critère de segmentation</b>	<b>Segmentation</b>	<b>Valeurs de segmentation</b>
Age	respectivement <	1, 3, 6, 10, 16, 18, 30, 40, 50, 55, 60, 65, 70, 75, 80 ans
PCCL	respectivement <	1, 2, 3, 4
Heures de ventilation artificielle	respectivement <	24, 48, 72 heures
Raison de sortie	respectivement =	079 décès, 099 sortie pour un centre de réhabilitation, 109/119 sortie pour un centre

		de soins / hospice
Thérapie	respectivement =	Radiothérapie, chimiothérapie, radio- ou chimiothérapie *
Néoplasmes malignes	respectivement =	Néoplasmes malignes

\* Les segmentations ont été réalisées au moyen d'une liste de procédures

Tableau 1 : Critères de segmentation du Standard-Splitset

Par cette démarche, on garantit non seulement la réalisation des suggestions contribuant le plus fortement à l'amélioration de la qualité du système G-DRG, mais aussi un rapprochement de l'homogénéité maximale possible en maintenant une complexité maniable du système G-DRG.

## 2.4 Calcul des poids relatifs de coûts

Pour calculer les poids relatifs (non dimensionnels), il faut diviser la moyenne arithmétique des coûts des groupes de cas par une grandeur de référence unique (mesurée en Euros). Les coûts moyens des groupes de cas résultent des données communiquées par les hôpitaux de calcul des coûts qui constituent un sous-ensemble des cas DRG traités en Allemagne. On dispose par ailleurs d'une illustration quasiment complète des soins administrés en hospitalisation en Allemagne à partir des données communiquées selon § 21 KHEntgG.

Pour compenser les distributions de fréquences divergentes des DRGs dans les ensembles de cas considérés, on détermine la grandeur de référence dont on déduit les poids relatifs, sur la base du nombre réel de cas issu des données DRG selon § 21 KHEntgG.

Jusqu'à la version G-DRG 2005 comprise, la grandeur de référence a été calculée de façon à ce que le poids relatif moyen des inliers dans les unités principales de la collecte de données selon § 21 KHEntgG doive afficher la valeur 1,0.

Dans la version G-DRG 2006, la grandeur de référence est calculée pour la première fois de manière à ce que la somme des poids relatifs effectifs obtenue pour les données selon § 21 KHEntgG ayant subi un test de plausibilité (« Casemix pour l'Allemagne ») reste constante lors de l'utilisation du nouveau catalogue de tarification forfaitaire par cas. Cette démarche est expliquée plus en détail au chapitre 3.3.1.3.

En utilisant la grandeur de référence et la moyenne arithmétique des coûts par groupe de cas, le poids relatif par DRG est calculé comme suit pour les différentes formes de soins :

- Pour les soins administrés par des unités principales, le poids relatif se calcule en divisant la moyenne arithmétique des coûts des inliers dans les unités principales par la grandeur de référence. Ce poids relatif constitue en même temps la base pour la déduction analytique des poids relatifs des différentes autres formes de soins.

Pour les DRGs de la CMD 14 *Grossesse, naissance et suites de couches*, les poids relatifs pour les soins administrés par les unités principales lors du suivi par des sages-femmes en activité libérale sont corrigés de manière forfaitaire par les coûts du module de coûts 6.3.

- Pour les soins administrés par des praticiens hospitaliers en activité libérale, la méthode de calcul à utiliser dépend du nombre de cas d'inliers utilisable par groupe de cas des hôpitaux de calcul des coûts. Dans la mesure où les conditions préalables fixées sont remplies, les poids relatifs et les valeurs de durée de séjour sont calculés sur la base des données de cas des patients soignés par des praticiens hospitaliers en activité libérale. Lorsque les conditions préalables ne sont pas remplies, les poids relatifs sont déduits selon une méthode analytique à partir des poids relatifs des unités principales.

Pour les différentes situations de soins administrés par des praticiens hospitaliers en activité libérale, les poids relatifs sont calculés respectivement séparément.

Le calcul des paiements additionnels pour les patients à hospitalisation de longue durée (au dessus de la DSmax), ou celui des minorations pour les transferts et les patients à hospitalisation de courte durée (en dessous de la DSmin), s'effectue sur la base des coûts moyens des inliers sans tenir compte des coûts moyens de la prestation principale.

Comme l'année dernière, la règle de calcul est de plus différenciée en fonction de la situation de durée de séjour spécifique des ensembles de cas significatifs.

Pour la minoration concernant les patients à hospitalisation de courte durée, on calcule un poids relatif à la journée sur la base de la DSmin. Pour une illustration adéquate de la situation des coûts des patients à hospitalisation de courte durée dans les DRGs ayant une DSmin de deux jours, les coûts des cas sont basés sur une journée d'hospitalisation de sorte qu'il en résulte des DRGs « implicites » d'une journée d'hospitalisation.

Une analyse de la situation des coûts pour les patients à hospitalisation de longue durée par rapport aux « patients à hospitalisation de durée normale » (= durée de séjour entre DSmin et DSmax) précède le calcul des paiements additionnels pour les patients à hospitalisation de longue durée (au dessus de la DSmax). Selon la distribution de coûts spécifiques au DRG, le poids relatif à la journée est calculé de manière analytique en utilisant un facteur de coût marginal de 70%, ou bien en ne tenant pas compte du facteur de coût marginal ou encore à l'aide de la médiane des coûts quotidiens des patients à hospitalisation de longue durée. Le tableau A-2 de l'annexe contient les DRGs pour lesquels ni le facteur de coût marginal ni la médiane des coûts journaliers des patients à hospitalisation de longue durée n'ont été pris en considération pour le calcul des paiements additionnels dans le système G-DRG version 2006.

## 2.5 Paiements additionnels

Dans le cadre des réglementations du § 17b alinéa 1 phrase 12 KHG, les prestations sont examinées quant à une rémunération par paiements additionnels, lorsque les conditions préalables suivantes sont réunies :

- répartition sur plusieurs DRGs

- apparition sporadique sans attribution fixe à des DRGs
- prestation définissable avec caractéristique d'identification et décompte précise
- montant significatif des coûts
- anomalie structurelle dans la réalisation de la prestation

La sélection des prestations devant être étudiées se fonde sur les informations réunies par la collecte de suggestions, sur les conclusions tirées par l'InEK et les prestations déjà adoptées dans les annexes 2 ou 4 de la FPV.

Les prestations sélectionnées hautement spécialisées sont définies selon les groupes suivants :

- Procédures opératoires ou interventionnelle : Il s'agit en règle générale de complexes de prestations hautement spécialisées dont l'étendue varie en fonction de la définition de la prestation. Les dialyses et procédures apparentées font également partie de ce groupe.
- Administration de produits sanguins : Pour certaines préparations pharmaceutiques, l'analyse de produits sanguins est liée à l'administration d'une dose minimum, étant donné que ce n'est qu'à partir de ce seuil différentiel que l'on peut considérer qu'il s'agit d'une prestation spécialisée dépassant l'ampleur normale de traitement, et significative du point de vue économique.
- Administration de médicaments : Il s'agit de l'administration de médicaments spéciaux et onéreux, appartenant par exemple aux groupes des cytostatiques, antimycotiques, des immunomodulateurs, des immunoglobulines, des anticorps monoclonaux ainsi que des préparations pour thérapie tumorale de support.

Afin de pouvoir procéder à une analyse suffisamment différenciée des prestations faisant potentiellement l'objet de paiements additionnels, il est souvent nécessaire que les hôpitaux de référence donnent des informations complémentaires sur les cas, l'étendue de ces informations étant fixée par l'InEK. Il s'agit ici d'informations concernant les méthodes de calcul des coûts employées, les désignations des cas avec des données complémentaires sur les prestations (par exemple nombre de prestations, doses de médicaments administrées) ainsi que des données sur les coûts que la représentation modulaire des coûts ne permet pas de rattacher aux prestations. Les données communiquées en complément sont soumises à une vérification spécifique quant à leur contenu.

Les procédés d'évaluation des paiements additionnels dépendent du type de la prestation considérée.

Pour les procédures opératoires et interventionnelles, il s'agit de tranches de prestation définies de l'ensemble d'un traitement. Les coûts par cas communiqués en structure modulaire dans l'ensemble de données régulier forment par conséquent la base de calcul en tenant compte de la référence DRG. Le calcul des coûts liés à la prestation analysée s'effectue par un calcul de coût marginal entre les cas avec et les cas sans prestation considérée. Pour le calcul de coût marginal, la répartition des cas sur les groupes de cas DRG concernés est déterminante. Le montant d'un paiement additionnel correspond ainsi à la moyenne pondérée du coût marginal sur les DRGs concernés.

Pour les procédures dialytiques et apparentées, les coûts moyens du groupe d'unités de gestion 3 forment la base de calcul pour le montant de rémunération devant être fixé. Les coûts de l'infrastructure médicale et non médicale entrent dans l'évaluation



par le biais d'un supplément forfaitaire. Les indications concernant le nombre ou la durée de réalisation de la procédure respective sont également incluses.

L'administration de médicaments ou de produits sanguins se caractérise par des consommations variables de quantité selon le cas traité. Ce fait est pris en compte par la création de catégories de dosage individuelles de prestation se basant sur la répartition de dose et de coûts du principe actif ou du produit sanguin respectif. Pour un paiement additionnel, on obtient ainsi une valeur de coûts significative pour une rémunération par catégorie de quantité, à partir de la répartition des coûts au sein de la catégorie de quantité respective. Les informations sur les coûts et les prestations communiquées en complément par les hôpitaux servent de base pour le calcul des coûts liés à la prestation.

## 2.6 Transition de version des classifications ICD-10 et OPS

Une transition de version des informations sur les diagnostics et les procédures qui servent de base à l'aménagement du système G-DRG, devient nécessaire lorsqu'il y a eu un changement de version au niveau des classifications ICD-10-GM et OPS que l'on doit utiliser, entre l'année de données exploitée et l'année d'application du système DRG révisé.

Pour les codes identiques, il n'y a pas nécessité de transition.

Pour les codes non identiques, la transition consiste la plupart du temps en une transition classificatoire s'appuyant sur le tableau de transition de l'Institut allemand de documentation et d'information médicale (DIMDI). Il est cependant nécessaire de s'en écarter partiellement. On peut constater à ce sujet deux variantes :

- la transition classificatoire
- la transition s'appuyant sur l'algorithme de groupage

Pour les codes nouvellement ajoutés aux classifications ICD-10-GM et OPS pour lesquels on ne dispose pas de recommandation de transition du DIMDI, il existe trois variantes de prise en compte dans le système G-DRG ajusté :

- on ne tient pas compte de ces codes,
- on crée ou modifie des DRGs en fonction des codes rajoutés aux classifications ICD-10-GM et OPS.
- les codes nouvellement créés sont rattachés à des anciens codes au contenu ou aux coûts semblables.

### 3 Système G-DRG version 2006

#### 3.1 Résumé des résultats

Le système G-DRG version 2006 comprend en tout 954 DRGs. Le tableau 2 donne un aperçu des modifications par rapport à la version de l'année dernière :

	Nombre de DRGs	Changement par rapport à l'année dernière
Système G-DRG 2006	954	+ 76
dans le catalogue de tarification forfaitaire par cas	912	+ 67
Non évalués (annexe 3)	40	+ 7
DRGs d'hospitalisation partielle uniquement	2	+ 2

Tableau 2 : Aperçu du système G-DRG version 2006

Dans le catalogue des paiements additionnels (annexe 2 FPV) figurent 40 paiements additionnels évalués (année précédente : 35). Le nombre de paiements additionnels négociés individuellement par l'hôpital selon § 6 alinéa 1 KHEntgG (annexe 4 FPV) est de 42 (année précédente : 36).

Afin d'ajuster le système G-DRG pour la version 2006, des informations concernant environ 17,7 millions de cas ont été transmises par 1.779 hôpitaux dans le cadre de la collecte de données selon § 21 KHEntgG. Le nombre des hôpitaux de calcul des coûts a augmenté de 66 à 214. La quantité de cas exploitable (après nettoyages et contrôle de plausibilité) des hôpitaux de calcul des coûts est passée à environ 2,9 millions de cas (année dernière : environ 2,3 millions de cas).

La participation massive à la « collecte de suggestions faisant appel à la compétence médicale, scientifique et autre » a de nouveau fourni de précieuses indications servant de points de départ pour améliorer le système. L'InEK a examiné environ 2 000 propositions différentes et vérifié leur aptitude à être réalisées dans le cadre de l'aménagement.

Les travaux pour l'aménagement de la classification et pour la déduction des poids relatifs suivent les principes méthodologiques énoncés dans le catalogue des règles. Des nécessités actuelles ont rendu nécessaire une adaptation dans les domaines suivants :

- Pour la déduction des poids relatifs dans le cas de soins administrés par des praticiens hospitaliers en activité libérale, on a affiné les exigences auxquelles doit répondre la base de données, et amélioré l'adaptation de la durée de séjour dans le cadre de la déduction normative et analytique.

- A partir de la version G-DRG 2006, la grandeur de référence a été calculée de sorte à ce que la somme des poids relatifs effectifs (« case-mix pour l'Allemagne ») reste constante par rapport à l'année précédente.
- Les cas de prestation en hospitalisation partielle devaient être communiqués par les hôpitaux de calcul des coûts en tant qu'ensembles de données se contact, et ont été analysés de manière approfondie par l'InEK quant à leur aptitude à être illustrés dans le catalogue de tarification forfaitaire par cas.

La révision classificatoire s'est concentrée sur les domaines suivants :

- La médecine des soins intensifs : Les données disponibles issues de la collecte complémentaire de données ont permis de prendre en compte pour la première fois le *Traitement complexe de soins intensifs* dans la classification G-DRG. On a ainsi pu d'une part différencier encore plus les DRGs de ventilation artificielle A06, A07, A11 et A13, et calculer d'autre part trois nouveaux DRGs pour thérapie onéreuse de soins intensifs pour les cas sans ventilation artificielle prolongée.
- Chirurgie traumatologique : Pour certains DRGs de la CMD 08 qui regroupent un grand nombre de cas et ne sont pas encore très homogènes dans le système G-DRG 2005, on a pu illustrer les soins opératoires pour blessures multiples entre autres par la nouvelle fonction *Intervention sur plusieurs localisations*. A l'aide de cette fonction on a aussi pu obtenir une différenciation selon les cas présentant plusieurs interventions dans le domaine de la CMD *Traumatisme multiple* dans les DRGs de base W02 et W04.
- Traitement de l'apoplexie cérébrale : Par l'ajout du critère de traitement complexe neurologique de l'apoplexie cérébrale aiguë au DRG B69 *Attaque ischémique transitoire (AIT) et occlusions vasculaires extracrâniennes* et au DRG B70 *Apoplexie*, sept nouveaux DRGs ont été créés lesquels permettent une meilleure illustration des cas d'apoplexie cérébrale traités dans une unité stroke-unit.
- Oncologie : L'illustration plus différenciée de la chimiothérapie constitue l'un des points essentiels de l'aménagement dans le domaine de l'oncologie. Grâce aux codes OPS différenciés pour la chimiothérapie pour l'année 2004, on a pu détailler les DRGs de base R60 et R63 en onze DRGs en tout pour la chimiothérapie. Un DRG de *Chimiothérapie hautement complexe avec intervention opératoire lors de néoformations hématologiques et solides* (R16Z), a pu être créé dans le domaine de la partition opératoire de la CMD 17.

La qualité statistique de la classification, qui s'exprime par la valeur  $R^2$  en tant que mesure de la réduction de variance, a évolué de la manière suivante comparativement à la version de l'année dernière (cf. tableau 3) :

	<b>Système G-DRG Version 2005</b>	<b>Système G-DRG Version 2006</b>	<b>Amélioration (en %)</b>
Valeur $R^2$ sur la base de tous les cas	0,6617	0,6805	2,8
Valeur $R^2$ sur la base des inliers	0,7759	0,7884	1,6

Tableau 3 : Comparaison de la réduction de variance  $R^2$  dans le système G-DRG Version 2005 et dans le système G-DRG Version 2006 (base de données : données de l'année 2004)

## 3.2 Fondements de l'aménagement

### 3.2.1 Base de données

#### 3.2.1.1 Communication de données régulières

L'étendue des communications de données régulières dans les deux collectes (cf. chapitre 2.1) est reflétée par le tableau 2. Les chiffres de la collecte de données de coûts doivent être interprétés comme indications « ...dont... » de la collecte de données selon § 21 KHEntgG, étant donné que les hôpitaux de calcul des coûts communiquent l'ensemble de données DRG selon § 21 KHEntgG complété par des données de coûts. Les informations du tableau 4 reflètent l'état après les contrôles d'erreur au niveau du centre de données DRG et avant les vérifications de données par l'InEK.

Critère	Collecte de données DRG selon § 21 KHEntgG	Collecte de données de coûts
Nombre d'hôpitaux	1.779	214
Nombre de lits	496.565	91.988
Nombre de cas	17.730.030	3.531.760

Tableau 4 : Etendue des communications de données (mise à jour : 8 juin 2005)

Par la collecte de données DRG selon § 21 KHEntgG, on possède une illustration quasiment complète des prestations effectuées en hospitalisation totale ou partielle en Allemagne. Les ensembles de données DRG selon § 21 KHEntgG ont été utilisés entre autres pour le calcul de la grandeur de référence (cf. chapitre 3.3.1.3).

Le nombre d'hôpitaux de calcul des coûts a augmenté de 66 par rapport à l'année dernière. Neuf cliniques universitaires ont participé au calcul des coûts. Après vérifications, les ensembles de données de la collecte de données de coûts ont formé la base pour l'aménagement de la classification G-DRG.

#### **Composition des paquets de données**

Toutes les illustrations concernant la composition des paquets de données communiqués se réfèrent aux 1.779 hôpitaux ainsi qu'aux 214 hôpitaux de calcul des coûts représentés dans le tableau 2. La figure 1 représente la composition régionale des collectes en fonction du land des hôpitaux de calcul des coûts participant.

La répartition des hôpitaux participant à la collecte de données DRG selon § 21 KHEntgG reflète approximativement les structures de soins des länder respectifs. On ne pouvait pas s'attendre à ce résultat pour la collecte des données de coûts du fait de la participation facultative. Cependant dans les deux collectes, on constate de la même

façon que les länder de Rhénanie-du- Nord-Westphalie, de Bavière et de Bade-Wurtemberg ont les plus grandes proportions d’hôpitaux participant.

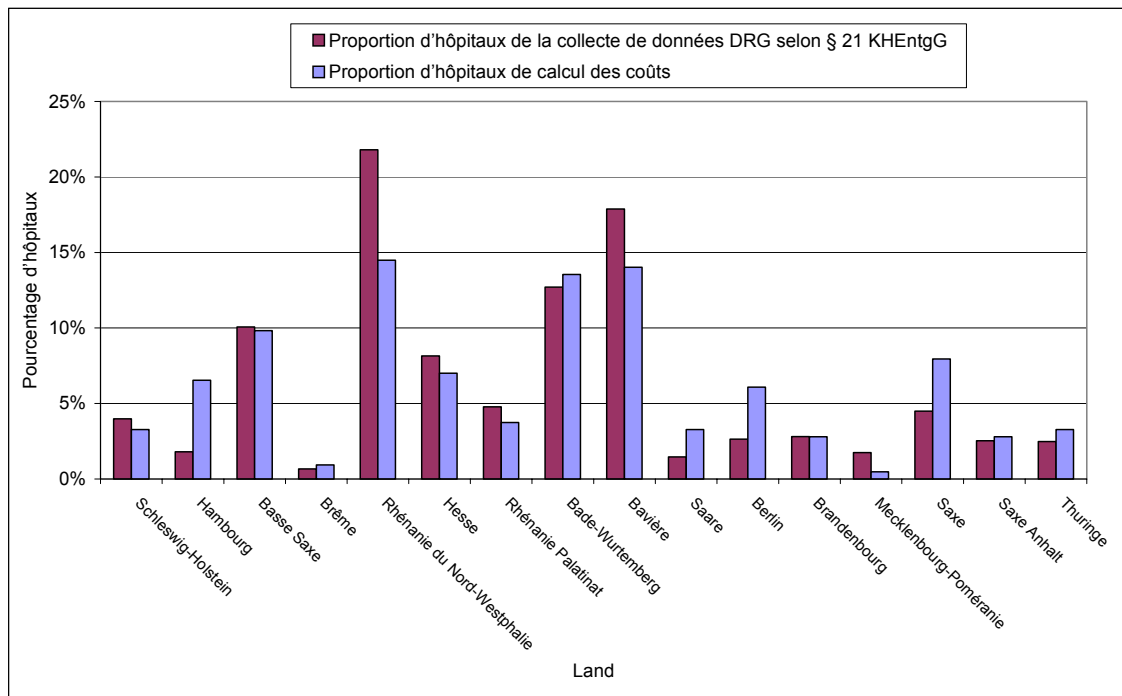


Figure 1 : Composition des collectes de données selon le land des hôpitaux

Les écarts entre les proportions des länder dans les collectes de données sont illustrés par la figure 2. La figure montre l'écart relatif de proportion en fonction du land entre hôpitaux de calcul des coûts et hôpitaux de la collecte de données selon § 21 KHEntgG.

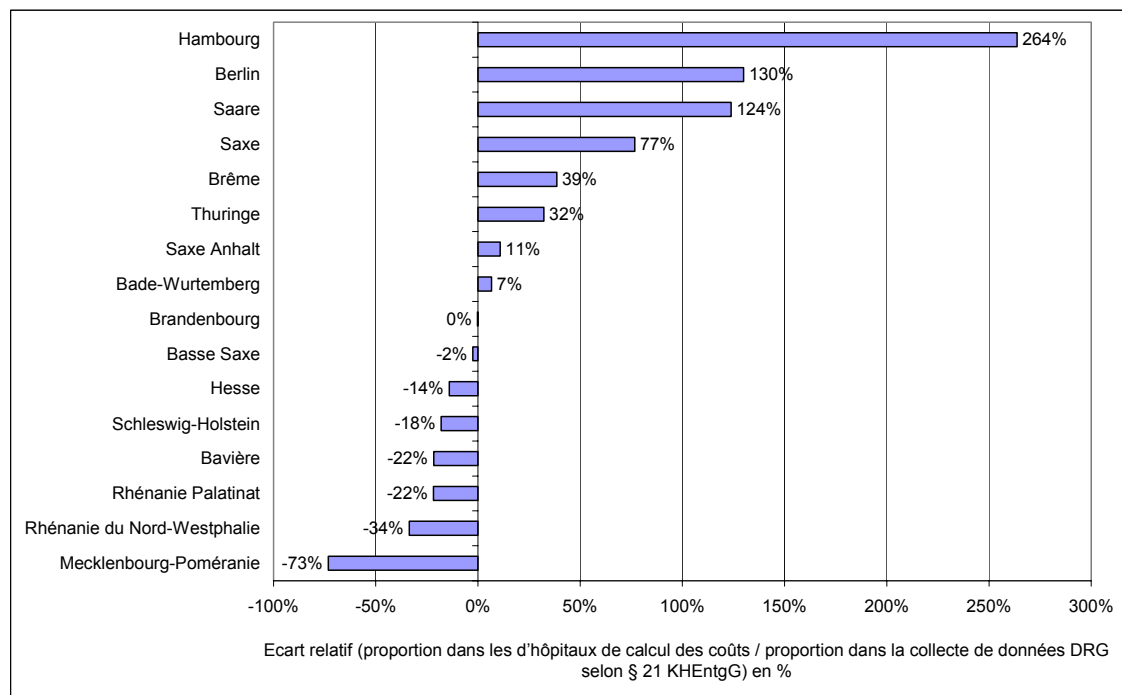


Figure 2 : Différences relatives de proportion en fonction du land entre hôpitaux de calcul des coûts et hôpitaux de la collecte de données DRG selon § 21 KHEntgG.

La figure 3 montre la composition des collectes de données en fonction des catégories de nombre de lits des hôpitaux. Comme pour l'année passée, on constate en comparant les hôpitaux de calcul des coûts et les hôpitaux de la collecte de données selon § 21 KHEntgG, une prédominance des hôpitaux ayant plus de 300 lits pour les hôpitaux de calcul des coûts. Parallèlement les petits hôpitaux ayant jusqu'à 300 lits représentent une plus petite part parmi les hôpitaux de calcul des coûts que parmi ceux de la collecte de données selon § 21 KHEntgG. Ce résultat s'explique éventuellement par le fait que les hôpitaux plus importants ont plus tendance à disposer des conditions préalables minimum nécessaires en ressources humaines et techniques pour la réalisation d'un calcul des coûts par cas que les hôpitaux plus petits. En même temps, la plus grande participation des grands hôpitaux (souvent des hôpitaux de soins maximum et des cliniques universitaires), garantissent la couverture de l'ensemble de l'éventail de prestations en chiffres par cas suffisants.

Comparativement à la collecte de données pour l'année de données 2003, on constate pour les hôpitaux de calcul des coûts, que globalement la proportion d'hôpitaux plus petits ayant jusqu'à 600 lits a tendance à avoir augmenté, et que la proportion d'hôpitaux plus grands ayant plus de 600 lits a tendance à avoir diminué. La répartition des hôpitaux de calcul des coûts pour les données de l'année 2004, est par conséquent plus « proche » de la répartition des hôpitaux de la collecte de données selon § 21 KHEntgG.

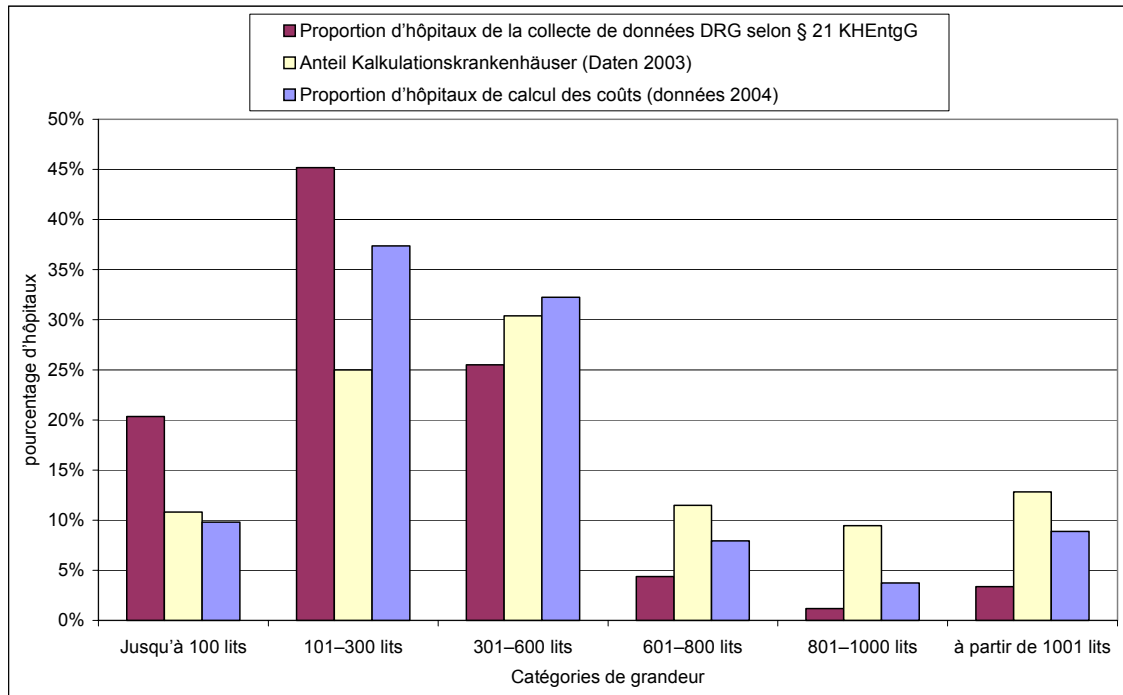


Figure 3 : Composition des collectes de données en fonction des catégories de nombre de lits des hôpitaux

La figure 4 ci-dessous montre que, comparativement à la collecte de données pour les données de l'année 2003, on constate en ce qui concerne les hôpitaux de calcul des coûts, que la proportion d'hôpitaux gérés par des organismes publics et d'utilité publique a tendance à avoir augmenté, et que la proportion de cliniques universitaires et d'hôpitaux gérés par des organismes privés a tendance à avoir diminué.

La répartition des hôpitaux de calcul des coûts pour les données de l'année 2004, est globalement plus « proche » de la répartition des hôpitaux de la collecte de données selon § 21 KHEntgG.

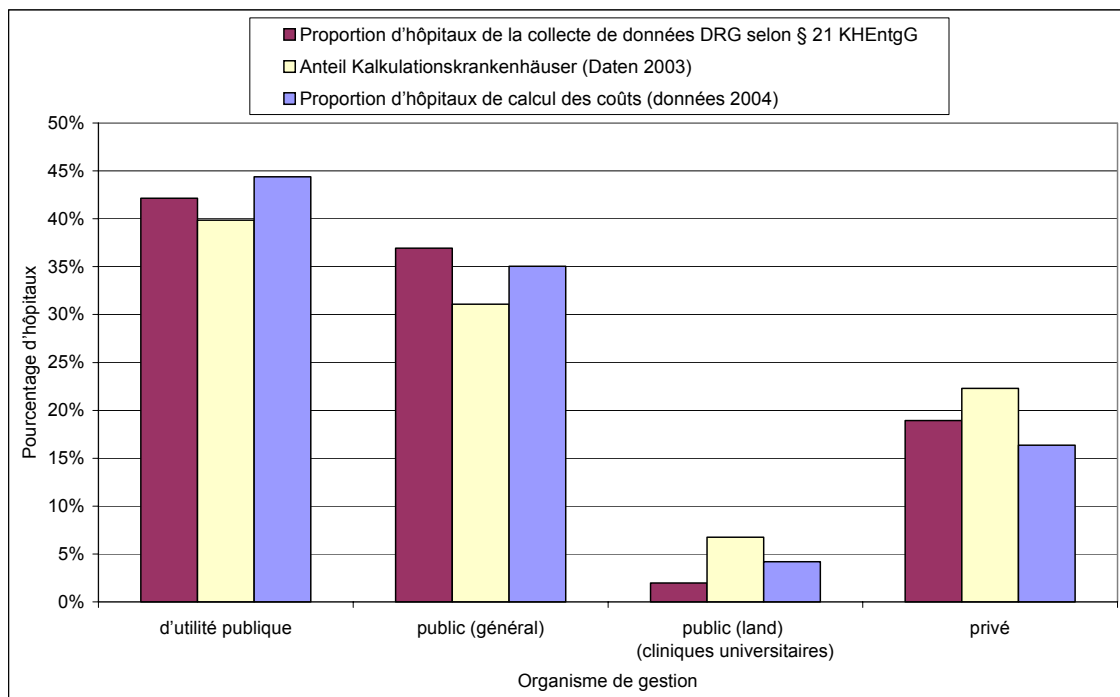


Figure 4 : Composition des collectes de données d'après les organismes gérant les hôpitaux

### Etendue des paquets de données

Le centre de données DRG chiffre le taux d'ensembles de données défectueux par rapport à la totalité des données communiquées (données DRG selon § 21 KHEntgG et données de coûts) à 0,7%. Ce taux d'erreur a été calculé sur la base de la dernière communication de données respective d'un hôpital après clôture de la recherche d'erreur.

Le centre de données DRG a mis à la disposition de l'InEK les données de 3 738 107 cas au total provenant des hôpitaux de calcul des coûts.

Ces données ont été nettoyées de tous les ensembles de données non matchables (données de prestation seulement/pas de données de coûts : 4,1% ; données de coûts seulement /pas de données de prestation : 1,4%). Les cas non significatifs en matière de DRG (cas de pré-hospitalisation sans traitement en hospitalisation totale consécutive : 4,3%; cas de psychiatrie et de psychosomatique ou de psychothérapie : 0,3%; personnes d'accompagnement : 0,8%) font l'objet d'une gestion de données particulières et n'ont pas été considérés plus avant. Les indications de pourcentage se réfèrent à la totalité des cas communiqués.

En moyenne, il a été indiqué 2,5 procédures par cas (pour un maximum possible de 100 indications de procédures par cas) et 3,9 diagnostics reliés (pour un maximum possible de 49 indications de diagnostics reliés par cas). Les données de coûts par cas ont été indiquées en moyenne dans 26 modules de coûts différents.

Après exclusion des ensembles de données concernés par le problème de matching et de ceux non significatifs en matière de DRG, on disposait de 3 531 760 cas avec des données de coûts et de prestation (voir tableau 4).



**Nettoyages et corrections**

Le tableau 5 montre les quantités de cas concernées par les différentes mesures de nettoyage et de correction (cf. chapitre 2.2). Les indications se réfèrent aux 3 531 760 ensembles de données vérifiés.

<b>Nettoyage / correction</b>	<b>Quantité d'ensembles de données (en %)</b>	<b>Mesure</b>
Groupage de cas :	0,7	Exclusion de la base de données
Correction de l'origine	19,2	Nettoyage coûts de personnel (facteur de correction : 1,0941)
Correction des paiements additionnels : coûts de dialyse	0,7	Nettoyage coûts de dialyse
Correction des paiements additionnels : coûts pour les préparations de facteur pour le traitement des hémophiles	0,03	Séparation des coûts
Correction d'autres paiements additionnels : administration de médicaments et de produits sanguins	1,3	Nettoyage frais matériels médicaments (répartition coûts particuliers)
Correction d'autres paiements additionnels : procédures opératoires ou interventionnelles	0,5	« Suspension » de la base de données
Nettoyage des transferts	4,1	Exclusion de la base de données (avec exceptions)
Nettoyage des cas de durée transitoire	0,6	Exclusion de la base de données

Tableau 5 : Résultat des nettoyages et des corrections de données (sur 3 531 760 ensembles de données)

**Volume des données après nettoyages et tests de plausibilité**

Après les tests de plausibilité ainsi que les nettoyages et les corrections (cf. Chap. 2.1 et Chap. 2.2), on ne disposait finalement que de 2 851 819 ensembles de données. On a donc exclu en tout du calcul des coûts 19,3% des 3 531 760 ensembles de données vérifiés des 214 hôpitaux de calcul des coûts par nettoyage et vérifications du contenu des données.

Le tableau 6 ci-dessous illustre la répartition de ces 2 851 819 ensembles de données validés selon les types d'unité et de transfert.

Type d'unité	Cas non transférés (nombre de cas/taux en %)	Cas transférés (nombre de cas/taux en %)	Totalité
Soins en unité principale	2.419.829 84,9	150.601 5,3	2.570.430 90,1
Soins en unité avec praticiens en activité libérale	31.409 1,1	402 0,0	31.811 1,1
Soins en hospitalisation partielle	248.270 8,7	1.308 0,0	249.578 8,8
<b>Totalité</b>	<b>2.699.508</b> <b>94,7</b>	<b>152.311</b> <b>5,3</b>	<b>2.851.819</b> <b>100,0</b>

Tableau 6 : Volume de la base de données nettoyée et corrigée selon le type d'unité et le statut de transfert (indications en pourcentage pour une base de données de 2 851 819 cas)

Pour 150 601 cas transférés en unités principales, on a gardé la totalité des 6 047 cas transférés des 78 DRGs pour lesquels les cas transférés avaient été retenus pour le calcul des coûts (cf. tableau A-1 de l'annexe).

Il en a résulté une quantité de cas de  $2\,570\,430 - (150\,601 - 6\,047) = 2\,425\,876$  cas validés concernant des soins dans les unités principales pour servir de base à l'aménagement du système G-DRG.

### 3.2.1.2 Communication de données complémentaires

Chaque année, pour l'aménagement du système G-DRG on dispose des données DRG selon § 21 KHEntgG ainsi que des données fournies volontairement par les hôpitaux de calcul des coûts avec des informations concernant les coûts des cas traités. Outre cette communication de données « régulières », les hôpitaux de calcul des coûts ont dû fournir d'autres informations complémentaires sur les cas traités afin que l'on puisse analyser et évaluer les prestations significatives sur une base de données suffisamment différenciée.

L'étendue des paquets de données complémentaires devant être communiqués a été fixée par l'InEK. Les hôpitaux de calcul des coûts ont été priés de les communiquer selon leurs possibilités.

Pour ce qui est des données complémentaires requises, il s'agissait

- d'informations sur les procédures, grâce auxquelles les hôpitaux ont donné des renseignements sur les données disponibles et les méthodes de calcul des coûts utilisées, et qui ont servi à garantir une qualité de données suffisantes,

- de données sur les prestations, désignant le cas traité et indiquant le nombre de prestations effectuées (pour les médicaments: date de l'administration et dose administrée),
- données sur les coûts, qui étaient nécessaires pour l'administration de médicaments et de produits sanguins, étant donné que la représentation modulaire des coûts ne permet pas de reconnaître la prestation correspondante.

La figure 5 montre un aperçu des données communiquées par les hôpitaux de calcul des coûts :

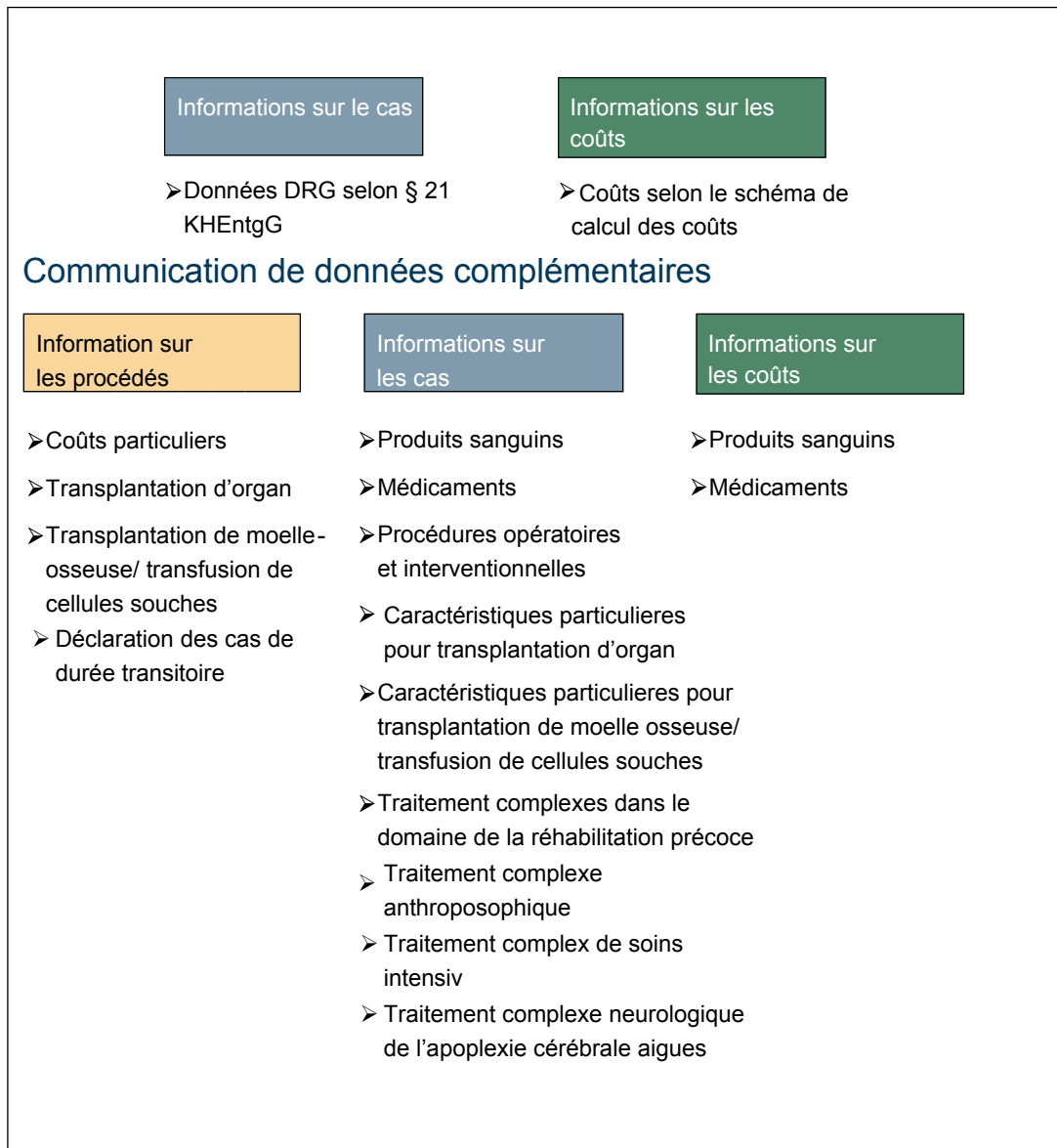


Figure 5 : Aperçu des paquets de données communiqués

Pour beaucoup d'hôpitaux, la communication d'informations complémentaires sur les cas traités a représenté un investissement important de personnel et de temps. Compte tenu de ce fait, le retour de données enregistré a été étonnamment important, et nous tenons ici à en remercier vivement les hôpitaux.

■ Informations sur les procédures

Plus de 90% des hôpitaux de calcul des coûts ont donné des informations sur le fonds de données disponible dans leur maison et sur les méthodes de calcul des coûts appliquées. L'objectif était en particulier d'obtenir des informations sur les possibilités qu'ont les hôpitaux d'imputer des coûts particuliers pour des produits particulièrement chers (implants, produits sanguins, médicaments coûteux). De nombreuses prestations hautement spécialisées incluent la consommation de telles ressources matérielles, de sorte qu'on a accordé une importance particulière à une imputation complète et différenciée des coûts par cas au niveau de l'hôpital.

■ Données sur les prestations

L'année dernière, certaines questions concernant des domaines de prestation particuliers n'ont été envoyées qu'à quelques hôpitaux, cette année on a renoncé à une telle restriction et interrogé tous les hôpitaux faisant le calcul de leurs coûts sur tous leurs domaines de prestations. 179 hôpitaux ont communiqué en tout 203 284 cas. Le tableau 7 montre l'étendue des données complémentaires communiquées concernant les prestations.

<b>Données</b>	<b>Nombre d'hôpitaux</b>	<b>Nombre de cas</b>
Données par cas pour procédures opératoires et interventionnelles	116	6.338
Données par cas pour produits sanguins	136	19.326
Données par cas pour médicaments	128	70.950
Données par cas pour dialyse	111	25.853
Données par cas pour transplantations et certaines caractéristiques lors de transplantations d'organes (séjour d'évaluation, degré d'urgence)	14	1.144
Données par cas pour le domaine Traitement complexe de rééducation précoce/Rééducation précoce	49	23.653
Données par cas pour traitement complexe neurologique (y compris les cas avec stroke-unit)	27	11.543
Données par cas Traitement complexe de soins intensifs	33	38.092
Données par cas pour d'autres domaines de traitements complexes (par ex. traitement complexe par médecines naturelles et médecine anthroposophique)	8	5.898

Données par cas pour certaines caractéristiques pour les transplantations de cellules souches/de moelle osseuse	11	487
---	----	-----

Tableau 7 : Données complémentaires communiquées sur les prestations (aperçu)

■ Données sur les coûts

Des données de coûts se rapportant aux cas et aux prestations pour l'administration de produits sanguins et de médicaments étaient nécessaires. Le tableau 8 représente l'étendue des données reçues.

Données	Nombre d'hôpitaux	Nombre de cas
Données de coûts pour produits sanguins	130	18.428
Données de coûts pour médicaments	120	68.222

Tableau 8 : Données complémentaires communiquées sur les coûts (aperçu)

### 3.2.2 Collecte de suggestions

#### 3.2.2.1 Principes de la collecte

Tout comme les années passées, les partenaires auto-administrés avaient à nouveau chargé l'InEK selon § 17b KHG de procéder à une « collecte de suggestions faisant appel à la compétence médicale, scientifique et autre » selon des règles précises. On a repris la méthode de la collecte qui avait fait ses preuves (cf. points 1 à 4). Seul l'outil de suggestion a été amélioré par des formulaires simplifiés avec des indications détaillées pour les remplir, afin de faciliter la démarche aux personnes faisant des propositions.

1. Les suggestions ne pouvaient être transmises à l'InEK que par courriel.
2. Seules les propositions remises jusqu'au 28 février faisaient l'objet de demandes de renseignements en cas de manque de précision.
3. Les suggestions concernant des modifications de l'ICD-10-GM Version 2005 ou de l'OPS Version 2005 ne pouvaient être remises qu'à l'Institut allemand de documentation et d'information médicale (DIMDI).
4. Conformément à la décision des partenaires auto-administrés selon § 17 b KHG, lors des discussions au sommet du 9 février 2004, les noms des requérants ainsi qu'une courte description du contenu des suggestions ont été publiés.

La « Collecte de suggestions faisant appel à la compétence médicale, scientifique et autre pour l'aménagement du système G-DRG pour l'année 2006 » (collecte de suggestions pour 2006) a débuté le 29 novembre 2004 par la publication sur l'Internet des modalités de la démarche. Les modifications apportées à la collecte pour

2005 se sont aussi avérées efficaces dans la mesure où un grand nombre de propositions ont été faites de bonne heure, ce qui a ainsi permis de mener un dialogue intense avec les auteurs des propositions afin d'éclaircir les questions équivoques. Des renseignements ont été demandés pour une quarantaine de suggestions envoyées, et dans certains cas à plusieurs reprises, ce qui a contribué à une nette amélioration de la qualité de la collecte de suggestions.

Toutes les propositions reçues ont été saisies dans une liste de réception. Cette liste qui réunit les suggestions numérotées avec le nom de l'institution/de la personne effectuant la proposition ainsi qu'une quintessence en mots-clés du contenu, a été publiée le 25 mai 2005 sur le site Internet de l'InEK.

Tout comme l'année passée, les entrées ont été traitées de manière systématique, et structurées en unités appelées « unités minimales de traitement » (UMT). Les propositions pouvant être simulées ont été vérifiées sur la base des données communiquées par les hôpitaux de calcul des coûts. La méthode de simulation et d'évaluation des modifications proposées de la classification G-DRG est décrite plus en détail au chapitre 2.3. Les informations ne pouvant pas être simulées ont contribué au perfectionnement du système G-DRG en permettant de mieux cerner les problèmes soulevés par les thèmes abordés.

La collecte se conclut par une information aux auteurs de suggestions sur l'usage que l'on a fait de leurs propositions. On décrit à cet endroit de manière détaillée dans quelle mesure et pour quelles raisons, les propositions données ont été retenues pour l'aménagement du système G-DRG.

### **3.2.2.2 Participation**

Comme les années précédentes, la participation à la collecte a été très importante. Nous avons reçu 228 envois de suggestions (29 de moins que l'année dernière). 124 envois de propositions ont été faits par des sociétés de discipline médicale ou des fédérations et 104 autres par des personnes/institutions. Etant donné qu'un envoi de suggestions pouvait être constitué de plusieurs éléments de proposition (les suggestions concernant donc différents problèmes ou DRGs), on a réuni en tout 1 670 suggestions ce qui représente une nette augmentation des propositions individuelles par rapport à l'année dernière. A cela est venu s'ajouter une centaine de propositions issues des deux collectes précédentes qui ne pouvaient être comptabilisées que cette année.

La plupart des suggestions concernait les domaines de la chirurgie, de la traumatologie/orthopédie, de la médecine interne, de l'oncologie, de la cardiologie, de la neurologie et de la réhabilitation précoce, par contre peu de suggestions ont été faites pour les blessures des grands brûlés, les traumatismes crâniens et cérébraux et le VIH. Comme l'année passée, les sociétés de discipline médicale ont remis la majeure partie des propositions. On peut consulter la liste détaillée des institutions, organisations et personnes ayant apporté leurs suggestions dans le classement des suggestions qui peut être téléchargé sur le site Internet de l'InEK.

### 3.2.2.3 Evaluation et prise en compte des suggestions

L'année passée, les propositions faites étaient plus ou moins concrètes. La convention des partenaires auto-administrés selon § 17b KHG sur l'introduction d'un système de rémunération forfaitaire prévoyait qu'il fallait trouver les solutions au sein du système G-DRG. Ceci a été plus ou moins respecté par les auteurs des suggestions. On a attiré l'attention sur les difficultés de prise en compte de propositions insuffisamment concrètes ou sortant du cadre donné dans la réponse donnée aux suggestions, dans le rapport de clôture et dans les conférences et manifestations ayant trait à l'aménagement du système G-DRG 2005. Pour la collecte de suggestions pour 2006, plus de la moitié des propositions envoyées pouvaient être directement simulées sur les données des hôpitaux de calcul des coûts. Parallèlement les propositions ne pouvant pas être directement simulées ont aussi amené des modifications voire des solutions au sein du système. En ce qui concerne les propositions ne pouvant pas être directement simulées, il s'agissait en particulier de :

- propositions de reformulation/réattribution des codes ICD et OPS  
L'aménagement des classifications ICD-10-GM et OPS est du ressort de l'Institut allemand de documentation et d'information médicale (DIMDI). L'attention avait été attirée sur ce point dans la description de la procédure. Les suggestions reçues dans le cadre de la collecte concernant la reformulation de codes ont été transmises aux services compétents du DIMDI, ce qui n'a cependant pas entraîné de prolongation du délai d'acceptation de la part du DIMDI (31 mars 2005).
- propositions concernant le financement des paiements additionnels  
Le calcul de paiements additionnels a nécessité des informations complémentaires sur les cas et une méthode particulière. Le chapitre 2.5 décrit en détail les modalités concernant les paiements additionnels.
- propositions de modification de la matrice CCL  
Le traitement de la matrice CCL se limitait en substance au nettoyage de erreurs manifestes. Nous reviendrons plus loin en détail dans ce rapport de clôture sur les modifications concernant la matrice CCL.
- Propositions de création de nouveaux DRGs sur la base des codes ICD et OPS  
Les simulations sur les données des hôpitaux de calcul des coûts n'ont pu être effectuées qu'avec des codes contenus dans les ensembles de données ou un apport de données complémentaire. Avec les codes nouvellement demandés, il a été procédé comme décrit ci-dessus. Si ces codes ont été admis par le DIMDI dans les classifications, ils peuvent alors être chiffrés à partir de l'année 2006 et seront disponibles au plus tard en 2007 dans les données de calcul des coûts de l'analyse. Les propositions se basant sur les codes de l'année 2005, ont été appliquées dans une large mesure aux codes de l'année 2004. Si cela n'a pas été possible, ces propositions ont été annotées pour être à nouveau traitées l'année d'après.
- doubles  
Environ 16% des suggestions de plusieurs institutions/personnes étaient identiques au niveau du texte ou du contenu. On ne pouvait pas tirer d'avantage d'un envoi multiple. Aucune priorité n'a été attribuée en cas de citation multiple.

- propositions pour la modification des Directives de Codage allemandes  
Lors de la révision des Directives de Codage allemandes pour l'année 2006, on a poursuivi le processus de réduction débuté l'année passée et de limitation du contenu aux faits devant être réglés expressément par les directives de codage. On n'a procédé que dans une petite mesure à des modifications au niveau du contenu. On a tenu compte dans la discussion des suggestions de modification des directives de codage.
- propositions pour la modification de conditions de base régissant le système G-DRG  
Les suggestions s'écartant fondamentalement des conditions de base de la convention sur le système de tarification forfaitaire par cas pour les hôpitaux pour l'année 2005 (FPV) pour l'année 2005 ou se situant en dehors de l'architecture du G-DRG, ont été analysées quant aux informations simulables au sein du G-DRG, ou ont été prises en compte dans la discussion concernant la modification des formes de méthode (par ex. rémunération pour les patients à hospitalisation de longue durée).
- propositions visant à retirer certain(e)s domaines/affections/institutions  
Nous n'avons plus reçu que peu de propositions visant à retirer des domaines particuliers/affections/institutions. Le but primaire de la collecte était de trouver une solution au sein du système DRG. Quelques DRGs n'ont cependant pas reçu de poids relatif dans le catalogue de tarification forfaitaire par cas pour l'année 2006 (annexe 3 de la FPV 2006) et doivent donc être négociés sur place entre les hôpitaux et les institutions devant supporter les frais. La non attribution d'un poids relatif n'a pas été effectuée sur demande mais décidée sur la base d'une appréciation globale de critères objectifs comme l'homogénéité, la proportion de patients à hospitalisation de longue durée, le nombre de cas etc...

Les suggestions reçues simulables directement, qui dépassaient le millier, ont été toutes calculées et évaluées, en partie plusieurs fois, sur les données de calcul des coûts. On a en outre souvent analysé plusieurs variantes de propositions. Environ 15% des suggestions ont pu être appliquées directement ou dans le sens de l'auteur de la proposition. La proportion de suggestions mises en œuvre s'est située ainsi un peu en dessous de celle de l'année passée. Mais pour les autres propositions aussi, on a tenu compte de la problématique décrite et cherché intensivement des solutions. C'est ainsi que, grâce aux questions exposées, un grand nombre de propositions de modifications a été développé avant et pendant le calcul des coûts. Le nombre total des modifications simulées était donc trois fois plus élevé que le nombre de suggestions reçues simulables (en tout 3 118 versions de modifications).



### 3.3 Principaux domaines de l'aménagement

#### 3.3.1 Adaptation de la méthodologie

##### 3.3.1.1 Calcul des poids relatifs pour les soins administrés par des praticiens hospitaliers en activité libérale

Dans le catalogue de tarification forfaitaire par cas 2005, on a pu calculer de manière autonome les poids relatifs de 15 DRGs pour des soins administrés par des praticiens hospitaliers en activité libérale. Les 747 DRGs restant ont été déduits de manière normative et analytique des poids relatifs du catalogue pour les soins administrés dans les unités principales et adaptés à la baisse lors d'un écart correspondant pour les durées de séjour des données DRG selon § 21 KHEntgG. Lors de la déduction analytique, les indications de durée de séjour ont été tirées sans modification du catalogue pour les soins administrés dans les unités principales.

##### **Calcul des coûts**

Pour améliorer la qualité des données pour le calcul des coûts du catalogue 2006, on a effectué dans une phase préparatoire des analyses détaillées. L'objectif étant de calculer de manière autonome un maximum de DRGs et d'illustrer de manière adéquate dans le catalogue de tarification forfaitaire par cas les prestations effectuées par des praticiens hospitaliers en activité libérale, l'InEK a soumis les données de calcul des coûts des prestations effectuées par des praticiens hospitaliers en activité libérale à des tests supplémentaires de plausibilité et de conformité. En même temps les conditions de calcul des coûts ont été à nouveau affinées par rapport à l'année passée. Pour le calcul des coûts, on a utilisé des ensembles de données lorsque

- les soins étaient administrés exclusivement par des praticiens hospitaliers en activité libérale (pas de cas mixtes),
- lorsqu'on disposait d'au moins 40 cas par DRG provenant d'au moins trois hôpitaux,
- lorsque le coefficient d'homogénéité de calcul des coûts était d'au moins 65% et
- lorsqu'un seul hôpital fournissait au maximum 66% des ensembles de données de calcul des coûts.

Pour pouvoir réaliser un calcul des coûts stochastiquement stable, les conditions de calcul des coûts ont été affinées pour les DRGs qui présentent sur la base des conditions ci-dessus, une différence de plus de 30% par rapport aux poids relatifs correspondants pour les soins administrés en unités principales.

Pour cela il fallait

- au moins 80 cas par DRG d'au moins trois hôpitaux,
- que le coefficient d'homogénéité soit d'au moins 70% et
- qu'un seul hôpital ne puisse fournir au maximum que 50% des ensembles de données de calcul de coûts.

En se basant sur ces conditions de calcul, 54 DRGs ont pu être calculés avec 16 678 ensemble de données. On trouvera une liste de ces DRGs dans l'annexe (tableau A-

3). Si l'on considère la totalité des données DRG selon § 21 KHEntgG fournies, ces DRGs représentent environ 63% de tous les cas d'hospitalisation traités par des praticiens hospitaliers en activité libérale en Allemagne étant plausibles et pouvant être facturés.

Le calcul des poids relatifs pour les chirurgiens/médecins en activité libérale s'est fait comme pour les DRGs de soins administrés en unités principales, en divisant la moyenne arithmétique des coûts des inliers par la grandeur de référence. Les poids relatifs pour les chirurgiens en activité libérale pour les DRGs calculés de manière autonome, sont inférieurs de 27% en moyenne à ceux des unités principales correspondantes (cf. tableau 9).

<b>Différence poids relatif</b>	<b>calculé selon le DRG</b>	<b>dérivé du DRG</b>
Jusqu'à 10%	3	188
Plus de 10% jusqu'à 20%	7	477
Plus de 20% jusqu'à 30%	25	29
Plus de 30% jusqu'à 40%	17	1
Plus de 40% jusqu'à 50%	2	2
Moyenne (pondérée nombre cas)	27,06%	15,07%

Tableau 9 : Différence entre poids relatif service praticiens en activité libérale et poids relatif unité principale

### **Déduction normative-analytique**

La déduction modifiée normative-analytique des poids relatifs pour les chirurgiens/médecins en activité libérale pour des DRGs calculés de manière non autonome a été améliorée. Le calcul du poids relatif se basait comme les années précédentes sur la soustraction des frais de médecin moyens des modules de DRGs concernés pour les soins administrés en unités principales. Il s'agit ici des frais moyens des modules « Frais de personnel/Service médical » en service normal, dans le service de bloc opératoire, dans le service de diagnostic/thérapie cardiologique ainsi que dans le service de diagnostic/thérapie endoscopique.

Comme l'année passée, on a utilisé les résultats d'une analyse structurelle de durée de séjour (données DRG selon § 21 KHEntgG), pour adapter les coûts dépendants de la durée de séjour dans le domaine du service normal, en les adaptant cependant cette année aussi bien à la baisse qu'à la hausse. En service de soins normal, les frais des domaines service de soins, service de réadaptation fonctionnelle ainsi que l'infrastructure médicale et non médicale ont été identifiés en fonction de la durée de séjour. S'il y avait une différence de durée de séjour moyenne entre l'unité principale et l'unité avec praticiens en activité libérale, les frais moyens précités se rapportant à la journée ont été adaptés sur la base de la différence de durée de séjour. Une adaptation n'a cependant été effectuée que lorsqu'on était en présence dans les

données DRG selon § 21 KHEntgG d'au moins 30 cas traités en soins exclusivement dispensés par des praticiens en activité libérale. Pour déterminer l'écart de durée de séjour, on a fait les calculs avec la différence exacte (arrondie au millième). Pour protéger le résultat d'influences aléatoires statistiques, la différence de durée de séjour devait être de 20% plus petite que la durée de séjour en unité principale. On a procédé à un aménagement des coûts moyens en service normal pour 483 DRGs. On a obtenu pour 137 DRG une augmentation en fonction de la durée de séjour et pour 346 DRGs une baisse en fonction de la durée de séjour. Pour 211 DRGs on a soustrait exclusivement des frais de médecin (cf. tableau 10).

Au total, les poids relatifs pour les chirurgiens/médecins en activité libérale des DRGs dérivés, sont inférieures de 15% en moyenne aux DRGs pour les soins en unités principales (cf. tableau 9).

En se basant sur l'analyse structurelle de durée de séjour, on a décidé en outre de calculer les durées de séjour pour les DRGs dérivés par méthode normative et analytique à l'aide des données DRG selon § 21 KHEntgG pour les cas traités exclusivement par des praticiens hospitaliers en activité libérale. Pour minimiser les influences aléatoires statistiques lors du calcul des coûts de la durée de séjour moyenne, on a utilisé la durée de séjour en unité principale, lorsqu'on disposait de moins de 30 cas traités dans les données DRG selon § 21 KHEntgG. La durée de séjour maximum a été déduite selon les règles d'usage. En conséquence, la durée de séjour maximum a été relevée 255 fois et abaissée 65 fois pour le catalogue concernant les soins dispensés par des praticiens en activité libérale comparativement à l'unité principale. La durée de séjour minimum est restée inchangée au niveau du résultat, comparée à celle de l'unité principale pour tous les DRGs déduits par la méthode normative-analytique.

Pour 165 DRGs qui avaient été calculés pour les soins en unités principales, on n'a pas trouvé de cas traités par des praticiens en activité libérale dans les données DRG selon § 21 KHEntgG. Ces DRGs ont été rayés du catalogue de tarification forfaitaire par cas pour les soins dispensés par des praticiens en activité libérale.

Pour les trois formes de soins restantes, le calcul des poids relatifs a été effectué séparément :

- poids relatif pour les chirurgiens/médecins et anesthésistes en activité libérale
- poids relatif pour les chirurgiens/médecins et sages-femmes en activité libérale
- poids relatif pour les chirurgiens/médecins, anesthésistes et sages-femmes en activité libérale

Les poids relatifs des formes de soins citées ont été calculées comme les années précédentes non seulement pour les DRGs calculés de manière autonome mais aussi pour les DRGs déduits par la méthode normative-analytique en soustrayant le module significatif respectif.

En résumé, pour 483 DRGs on a procédé en plus de la déduction des frais de médecin (cf. plus haut) à une majoration ou à une réduction des modules dépendants de la durée de séjour. La déduction normative a été ainsi nettement atténuée et les minorations réduites d'une façon générale. Pour environ un tiers des DRGs on a simplement soustrait les frais de médecin sans procéder à d'autres ajustements (cf. tableau 10).

<b>Méthode</b>	<b>Nombre de DRGs</b>
Ajustement en fonction de la durée de séjour (majorations et minorations)	483
Exclusivement déduction des frais de médecin	211
Calcul de coûts autonome	54
Totalité	748

*Tableau 10 : Aperçu méthodologique du calcul des coûts de DRGs pour les soins dispensés par des praticiens en activité libérale*

### **3.3.1.2 Définition et évaluation des prestations en hospitalisation partielle**

Dans leur décision de décembre 2004, les partenaires auto-administrés ont explicitement requis un calcul des coûts devant illustrer les prestations en hospitalisation partielle. Pour appliquer cette décision, le manuel de calcul des coûts a été complété par un passage décrivant les règles de calcul des coûts pour les prestations d'hospitalisation partielle. On a convenu en même temps que les ensembles de données selon § 21 KHEntgG devaient être communiqués par les hôpitaux de calcul des coûts à la journée avec le numéro du patient comme renseignement obligatoire. La convention selon § 21 alinéas 4 et 5 KHEntgG permet du reste de choisir entre les prestations à hospitalisation partielle se rapportant à la journée ou au cas ; l'indication du numéro du patient est volontaire à cause de la disposition optionnelle.

L'idée de base était d'analyser individuellement les journées de traitement avec des prestations en hospitalisation partielle, et de pouvoir reconstruire un cas au sein d'un échantillon de calcul des coûts, le cas échéant à l'aide du numéro de patient. Avec cette méthode de saisie, on n'a créé aucun préjudice pour une rémunération constante à la journée des prestations en hospitalisation partielle. Au contraire, ce type de communication des données laisse le choix entre une rémunération à la journée ou au cas, étant donné qu'après l'analyse des prestations en hospitalisation partielle, il est possible de définir un regroupement de plusieurs jours de traitement dans le cadre d'une rémunération au cas.

Le calcul des coûts des prestations en hospitalisation partielle devrait induire une homogénéité des coûts pour les paiements se rapportant à la journée tout comme pour ceux se rapportant au cas. La représentation algorithmique du catalogue de tarification forfaitaire par cas DRG devrait fondamentalement être conservée. Les prestations en hospitalisation partielle sont identifiées dans les données DRG selon § 21 KHEntgG par l'indication de la raison d'admission « Traitement hospitalier, hospitalisation partielle ». Ainsi une seule caractéristique comptable identifie les prestations en hospitalisation partielle.

#### **Conditions de calcul des coûts**

Pour le calcul des coûts des forfaits par cas en hospitalisation partielle, on a établi les conditions suivantes de calcul des coûts. Cinq journées de traitement en hospitalisation partielle par cas ont été communiquées en moyenne. Pour un calcul des coûts statistiquement stable, il faut prévoir au minimum 30 ensembles de données provenant d'au moins trois hôpitaux différents par forfait de cas à calculer. Cela correspond pour une moyenne de cinq journées de traitement à un minimum de 150 ensembles de données pour hospitalisation partielle par forfait de cas à calculer. Le coefficient d'homogénéité devait atteindre au moins 55% et aucun hôpital ne devait apporter à l'échantillon plus de 66% de tous les cas de calcul des coûts d'un forfait de cas à calculer. Deux hôpitaux ne pouvaient pas dominer à eux deux un échantillon. C'est pourquoi deux hôpitaux devaient constituer à eux deux moins de 95% de tous les cas de calcul des coûts. Les conditions de calcul des coûts d'au moins 150 ensembles de données provenant d'au moins trois hôpitaux différents n'étaient pas déterminées de manière trop restrictive ; elles conduisirent à une exclusion d'environ 11 000 ensembles de données pour environ 301 000 ensembles de données (cela correspond à une proportion de 3,7%).

### ***Champs problématiques du calcul des coûts***

Par l'annonce tardive des modifications apportées au manuel de calcul des coûts et à l'annexe 2 de la convention selon § 21 alinéas 4 et 5 KHEntgG, les hôpitaux de calcul des coûts ont dû changer leurs ensembles de données par cas d'hospitalisation partielle en ensembles de données se rapportant à la journée. Les hôpitaux ont été en partie confrontés au problème que la documentation de procédure par cas n'était munie que d'une date seulement pour toutes les procédures réalisées. Une simple transformation d'après la date en ensembles de données par journée n'était donc plus possible. Cette circonstance a eu pour conséquence que, dans ces cas, les ensembles de données à la journée de certains hôpitaux ne se différenciaient partiellement plus au niveau de leur documentation de procédure. Mais par conclusion inverse, cela a eu aussi pour effet que ces ensembles de données ont été tous calculés avec les mêmes coûts dans le cadre du calcul des coûts absorbés par une unité. Cela a compliqué considérablement une analyse en profondeur des ensembles de données d'hospitalisation partielle au niveau des coûts et des procédures. Dans quelques hôpitaux de calcul des coûts, il n'a plus été possible de créer à temps des unités de gestion d'hospitalisation partielle. Dans ces cas, on a partiellement appliqué une méthode de calcul des coûts simplifiée. Cela a eu pour conséquence que tous les ensembles de données d'hospitalisation partielle ont été calculés avec les mêmes coûts, indépendamment des prestations réellement effectuées. Le niveau de ventilation des coûts de l'infrastructure médicale et en particulier de l'infrastructure non médicale était en partie non plausible. Les ensembles de données qui avaient attiré l'attention par des pointes extrêmes de leurs coûts d'infrastructure dans le cadre des tests de plausibilité et de conformité, ont été exclus de la suite de la procédure de calcul des coûts.

L'analyse des ensembles de données d'hospitalisation partielle au niveau des forfaits par cas potentiels, a fait apparaître d'autres champs de problèmes qui doivent être résolus pour pouvoir illustrer fidèlement les prestations d'hospitalisation partielle. On a pu observer par exemple des ventilations de coûts à plusieurs sommets. Ceci indique en règle générale que la description de prestation des ensembles de données considérés ne mène pas à un forfait par cas homogène au niveau des coûts. Il faut donc développer une meilleure description de prestation. Les prestations d'hospitalisation partielle à la journée peuvent englober par exemple dans le cadre du traitement des céphalées un diagnostic d'exclusion, un ajustement médicamenteux, un traitement d'acupuncture, une thérapie de groupe pour formation d'une semaine de

luttre contre la douleur ou un traitement invasif contre la douleur. L'état des données n'a cependant permis aucune amélioration de la description de prestation dans ces cas. Les ensembles de données d'hospitalisation partielle en oncologie ont présenté une variabilité très forte pour les médicaments. Des écarts de coûts plausibles allant de quelques euros à plusieurs milliers d'euros n'étaient pas rares. Etant donné qu'aucune information sur les médicaments utilisés ne pouvaient être communiquées dans les ensembles de données DRG selon § 21 KHEntgG, une appréciation plus précise de cette variabilité est d'une part très difficile. D'autre part, même en présence de ces informations sur les médicaments, le problème de base d'une forte ventilation des coûts liée à la thérapie médicamenteuse utilisée subsisterait.

### ***Homogénéité apparente***

Les incertitudes de calcul des coûts décrites plus haut et les ensembles de données s'y rattachant avec les mêmes montants de coûts au sein d'un cas d'hospitalisation partielle, ont eu pour conséquence que la mesure d'homogénéité utilisée pour l'appréciation des données acceptait des valeurs élevées non plausibles. On était ainsi en présence d'une homogénéité apparente qui ne correspondait pas à la réalité mais qui était due à une ventilation des coûts non adéquate sur les ensembles de données à la journée. Si un hôpital avait effectué par exemple un calcul des coûts simplifié et attribué à tous les ensembles de données à la journée des frais de même montant, on obtenait alors pour cet hôpital une homogénéité de 100%, étant donné qu'il n'y avait aucune répartition des coûts. Ainsi, outre la nécessité d'une analyse de l'homogénéité au niveau des forfaits par cas, une analyse de l'homogénéité au niveau de l'hôpital était également nécessaire. Le problème de l'homogénéité apparente n'existe pas sous cette forme pour les autres domaines de calcul des coûts du catalogue de tarification forfaitaire par cas.

### ***Résultat***

En conclusion, les partenaires auto-administrés ont convenu de ne prendre dans le catalogue de tarification forfaitaire par cas pour 2006 que la dialyse en hospitalisation partielle. La dialyse en hospitalisation partielle a pu être représentée séparément pour les adultes et pour les enfants jusqu'à 15 ans, mais seul le DRG pour dialyse en hospitalisation partielle d'adultes (L90B) a pu être doté d'un poids relatif. Pour le DRG de dialyse en hospitalisation partielle des enfants (L90A), il faut convenir d'une rémunération individuelle avec l'hôpital selon § 6 alinéa 1 KHEntgG, comme pour les autres prestations en hospitalisation partielle.

### ***Perspective***

Pour une illustration et un calcul des coûts adéquats des prestations en hospitalisation partielle, il est urgent de trouver un consensus sur la définition des prestations. L'absence de description de prestation finit par conduire à la solution auxiliaire non adéquate d'identifier les prestations en hospitalisation partielle par une caractéristique de décompte. Un autre inconvénient résulte du fait que les prestations en hospitalisation partielle doivent être documentées autrement pour le décompte que pour le calcul des coûts. Tandis que le décompte des paiements à la journée pour hospitalisation partielle se fait sur la base du cas (un cas par trimestre), le manuel de calcul des coûts prévoit un calcul des coûts sur la base d'une journée. La transformation ultérieure d'ensembles de données se rapportant aux cas en ensembles de données se rapportant à la journée, a été à l'origine d'importantes

difficultés en particulier pour les indications de procédure. On peut y remédier par une documentation des prestations en hospitalisation partielle se rapportant uniformément à la journée. Cela signifie aussi le cas échéant un ajustement des systèmes d'information des hôpitaux existants.

### **3.3.1.3 Calcul de la grandeur de référence**

Jusqu'à présent la grandeur de référence était déterminée de telle sorte que le poids relatif moyen de tous les inliers pour les soins administrés dans des services principaux correspondait à 1,0 dans les données DRG selon § 21 KHEntgG plausibles. Cette démarche de normalisation correspondait tout à fait aux habitudes internationales. Cependant cette méthode d'ajustement pouvait entraîner un effet technique, s'exprimant par une modification générale des poids relatifs et conduisant à une modification correspondante du taux de base individuel. Pour des poids relatifs tendant de manière générale à la baisse, celui-ci entraînait une augmentation du taux de base défini par hôpital, et pour des poids relatifs tendant de manière générale à la hausse, une baisse du taux de base défini par hôpital. Si les négociations de budget et de rémunération ne pouvaient pas être menées de manière prospective, un effet de liquidité induit techniquement se produisait automatiquement, étant donné que le taux de base défini par l'hôpital ne pouvait réagir à cet effet technique qu'avec un certain délai.

Pour minimiser cet effet de liquidité induit de manière technique, les partenaires auto-administrés avaient décidé au niveau fédéral de calculer la grandeur de référence sur une autre base, à partir du calcul des coûts pour le catalogue de tarification forfaitaire par cas 2006. La grandeur de référence pour le catalogue de tarification forfaitaire par cas 2006 a donc été déterminée de sorte à ce que la somme des poids relatifs effectifs (« case-mix pour l'Allemagne ») reste constante au niveau fédéral. Le poids relatif effectif découle du groupage du cas traité en utilisant les dispositions de décompte de la FPV. Cela signifie que les minorations lors d'un dépassement par le bas de la durée de séjour minimum ou lors d'un transfert, ainsi que des paiements additionnels lors du dépassement par le haut de la durée de séjour maximum seront considérés au même titre que les regroupements de cas pour les réadmissions et les retours de transfert. Ce procédé minimise l'effet sur la liquidité au niveau fédéral lorsque les négociations de budget et de rémunération ne sont pas prospectives et lorsque le taux de base défini par l'hôpital reste en vigueur. La démarche pour déterminer la grandeur de référence est expliquée en détail dans ce qui suit.

#### ***Base de données***

Pour le calcul des poids relatifs effectifs, on a utilisé toutes les données DRG selon § 21 KHEntgG pour l'année de données 2004. Pour ce faire on a exclu les cas traités qui ne présentaient pas ou ne présentent pas de poids relatif soit dans le catalogue forfaitaire par cas pour 2005 soit dans le catalogue forfaitaire par cas pour 2006. Cela était valable pour

- les prestations d'hospitalisation partielle pour lesquelles on a décompté en 2005 uniquement des paiements selon § 6 alinéa 1 KHEntgG,
- des cas traités, qui ne sont pas rémunérés en 2005 ou 2006 selon le catalogue de tarification forfaitaire par cas (paiements selon § 6 alinéa 1 KHEntgG de l'annexe 3) et

- les cas traités avec des attributs encore non identifiables (par ex. degrés de sévérité).

Les données DRG selon § 21 KHEntgG ont été soumises à un test de plausibilité. Après la recherche d'erreur au niveau du centre de données informatique DRG, on a vérifié sur la tranche utilisable de la totalité des ensembles de données résultant du test de plausibilité médicale, si les Directives de Codage allemandes étaient correctement appliquées. Selon les directives de communication de données selon § 21 KHEntgG, les cas traités devant être regroupés en raison des dispositions de décompte, doivent être communiqués au centre de données DRG uniquement comme cas traités regroupés. En 2004 tous les hôpitaux soumis à la KHEntgG, n'avaient pas encore fait leur décompte sur toute l'année selon le catalogue de tarification forfaitaire par cas DRG. Par conséquent, les ensembles de données de l'année 2004 n'ont pas pu être regroupés totalement selon les dispositions de facturation concernant le regroupement de cas lors d'une réadmission ou d'un retour de transfert. C'est pourquoi, on a vérifié si les ensembles de données DRG selon § 21 KHEntgG auraient dû être communiqués de manière regroupée sur la base des dispositions de décompte de la FPV. Au cas où les conditions pour le regroupement de cas étaient remplies, les ensembles de données concernés ont été regroupés après coup. Les évaluations effectives ont résulté des dispositions de décompte de la FPV. Pour l'extrapolation de l'échantillon de calcul des coûts à l'ensemble de base (= données DRG selon § 21 KHEntgG), on est parti du principe que les coûts par cas moyens d'un DRG dans l'ensemble de base correspondaient aux coûts par cas moyens d'un DRG dans l'échantillon de calcul des coûts.

La modification du catalogue de tarification forfaitaire par cas pour le traitement de l'apoplexie cérébrale (cf. chap. 3.3.2.23) n'a pas pu être prise en considération dans une correcte mesure pour déterminer les poids relatifs effectifs. Cela était dû au fait que le codage des données DRG selon § 21 KHEntgG pour l'année 2004 ne comportait pas encore le code OPS pour le traitement complexe de l'apoplexie cérébrale à cause de l'introduction de ce nouveau code en 2005. Les apoplexies cérébrales en cas de traitement complexe ont donc été évaluées de manière trop faible sur la base des données de 2004. Cette déformation liée aux données du case-mix a pu être évaluée au niveau fédéral et prise en considération en conséquence lors de la normalisation. Des analyses de l'échantillon de calcul des coûts ont montré que le traitement de l'apoplexie cérébrale présentait approximativement la même somme de poids relatifs effectifs par l'aménagement du catalogue forfaitaire par cas, mais que la répartition des poids relatifs effectifs sur les différents cas traités était différente. Avec ce résultat d'analyse, l'effet de la réorganisation effectuée pour le traitement de l'apoplexie cérébrale a pu être évalué au niveau fédéral.

Lorsque la somme des poids relatifs effectifs reste constante, il faut prendre en considération que d'une part, du fait de la modification du catalogue pour les paiements additionnels, les sommes des recettes des hôpitaux varient, et que d'autre part, on obtient les coûts liés aux paiements additionnels par la prise en considération du prix de revient global dans l'échantillon de calcul des coûts. L'influence qui s'exerce sur la somme des poids relatifs effectifs a pu être également évaluée au niveau fédéral. Pour la réorganisation du catalogue de tarification forfaitaire par cas pour le traitement de l'apoplexie cérébrale, et le nettoyage du prix de revient global modifié lors du calcul des paiements additionnels, on a évalué une somme totale de 32 953 poids relatifs effectifs au niveau national.



Pour le catalogue de tarification forfaitaire par cas 2005, on obtient sur la base des données DRG selon § 21 KHEntgG, une somme de poids relatifs effectifs de 15 476 804 pour l'année 2004. En utilisant des données DRG identiques, on obtient pour le catalogue de tarification forfaitaire par cas 2006, une somme de poids relatifs effectifs de 15 443 851. La différence est de 32 953 exactement. La grandeur de référence pour le calcul des poids relatifs pour le catalogue de tarification forfaitaire par cas 2006 est donc de 2 836,00 €.

Une comparaison des grandeurs de référence pour 2005 et 2006 n'est pas possible étant donné que les deux grandeurs de référence ont été calculées selon des méthodes différentes et qu'une comparaison relative ou absolue de l'importance de la grandeur de référence est dénuée de sens. La méthode choisie fait que l'effet de liquidité au niveau fédéral est minimisé. Au niveau des lands ou au niveau de chaque hôpital, il y aura un effet de liquidité du fait de la structure des cas traités qui diverge de celle de la moyenne nationale. La méthode ne confirme pas les structures en place pour l'année de données 2004, étant donné que dans chaque phase de calcul des coûts, la somme des poids relatifs effectifs est gardée constante sur la base des données DRG selon § 21 KHEntgG pour l'année des données – c'est-à-dire pour le calcul des coûts du catalogue de tarification forfaitaire par cas pour 2007 sur la base de l'année de données 2005.

### **3.3.2 Remaniement de classification**

#### **3.3.2.1 SIDA/VIH**

L'illustration de maladie due au VIH et des affections associées au VIH continue à s'effectuer dans le système G-DRG de l'année 2006 dans une CMD autonome (CMD 18 A *VIH*). Dans le cadre de la collecte de suggestions, nous avons reçu quelques propositions au sujet du VIH que nous avons analysées. En outre, nous avons procédé à nos propres analyses dans le cadre de l'aménagement du système G-DRG de cette année. Suite à ces analyses, le critère de segmentation du DRG S63 « Diagnostic complexe » a été complété par une segmentation PCCL. On regroupe maintenant dans le DRG S63A *Infection en cas de maladie due au HIV avec diagnostic complexe et CMA's extrêmement sévères*, des cas présentant une infection de maladie par HIV, qui présentent en plus d'un diagnostic complexe comme la tuberculose pulmonaire, également un degré de sévérité correspondant. On a ainsi pu obtenir une séparation plus fine des cas onéreux ainsi que des coefficients d'homogénéité plus importants.

En outre le DRG S65 *Autres affections lors de maladie par HIV* qui n'était pas segmenté jusqu'à présent, a été différencié avec au moyen des critères « Infarctus cardiaque, maladie cardiaque chronique ischémique ou CMA's extrêmement sévères ». Cette modification permet d'illustrer aussi les patients onéreux dans un groupe de cas distinct, tout en apportant une amélioration de l'homogénéité des DRGs concernés.

#### **3.3.2.2 Intoxication, abus et dépendance alcoolique**

La CMD 20 *Usage d'alcool et de drogues et troubles psychiques induits par l'alcool et les drogues*, a fait l'objet d'un profond remaniement. Dans le cadre de la collecte de suggestions pour 2006, l'attention a de nouveau été attirée sur le fait que dans les

DRGs pour l'intoxication, le sevrage alcoolique, et l'abus ou la dépendance à l'alcool une « Cure de désintoxication qualifiée » dans les cliniques spécialisées n'est pas illustrée de manière adéquate. Etant donné que pour la Cure de désintoxication qualifiée il n'y avait pas encore de code OPS dans les données disponibles, les cas traités correspondants ont été détectés en remplacement par des analyses approfondies. Ceux-ci sont apparus comme étant très disparates au niveau des coûts et de la durée de séjour, et c'est pourquoi ils ont été représentés dans des groupes de cas particuliers.

Les DRGs de base suivants étaient concernés par cette situation :

- *V60 Intoxication et sevrage alcoolique*
- *V62 Troubles dus à l'abus d'alcool et à la dépendance alcoolique*

Parallèlement le code 8-985 *Traitement de motivation de malades dépendants [Cure de désintoxication qualifiée]* a été créé dans l'OPS pour l'année 2006. Les deux DRGs *V60A Intoxication et sevrage alcoolique avec syndrome psychotique ou avec Cure de désintoxication Qualifiée* et *V62A Troubles dus à l'abus d'alcool et à la dépendance alcoolique avec Cure de désintoxication Qualifiée* seront ciblés à l'avenir par cette clé OPS.

Dans le cadre de la collecte de suggestions il a été en outre critiqué que dans le cas des enfants et des adolescents, on optait par principe pour le DRG V60C (système G-DRG 2005), cela même pour des cas présentant des troubles sévères. Il a été proposé plusieurs fois que les patients traités pour une intoxication alcoolique avec syndrome de sevrage, soient représentés dans un DRG particulier. Les patients traités pour une intoxication aiguë sans syndrome de sevrage, devraient être classés séparément et également représentés dans un DRG distinct.

Dans le cadre des analyses effectuées, les paramètres proposés pour le DRG de base V60 se sont confirmés comme étant de meilleurs séparateurs de coûts par rapport à ceux utilisés jusque là (âge et journées d'hospitalisation). En conséquence, les propositions faites sur ce point dans le cadre de la collecte de suggestions ont pu être également réalisées.

L'aperçu suivant (tableau 11) compare encore une fois la représentation modifiée des DRGs dans le domaine de l'intoxication, abus, dépendance alcoolique dans les versions du système G-DRG 2005 et 2006.

<b>Système G-DRG Version 2005</b>	<b>Système G-DRG Version 2006</b>
<b>V60A</b> Intoxication et sevrage alcoolique, plus d'une journée d'hospitalisation ou âge >17 avec CMA's extrêmement sévères ou sévères	<i>V60A Intoxication et sevrage alcoolique avec syndrome psychotique ou avec Cure de désintoxication Qualifiée</i>
<b>V60B</b> Intoxication et sevrage alcoolique, plus d'une journée d'hospitalisation ou âge >17 sans CMA's extrêmement sévères ou	<i>V60A Intoxication et sevrage alcoolique sans syndrome psychotique, sans Cure de désintoxication Qualifiée, avec syndrome</i>

sévères	de sevrage
<b>V60C</b> <i>intoxication et sevrage alcoolique, âge &lt;18 ans, une journée d'hospitalisation</i>	<b>V60C</b> <i>Intoxication et sevrage alcoolique sans syndrome psychotique, sans Cure de désintoxication qualifiée, sans syndrome de sevrage</i>
<b>V62Z</b> <i>Troubles dus à l'abus d'alcool et à la dépendance alcoolique</i>	<b>V62A</b> <i>Troubles dus à l'alcool et à la dépendance alcoolique avec Cure de désintoxication qualifiée</i>
	<b>V62B</b> <i>Troubles dus à l'abus d'alcool et à la dépendance alcoolique sans Cure de désintoxication qualifiée</i>

Tableau 11 : DRGs pour l'intoxication, l'abus et la dépendance alcoolique

### 3.3.2.3 Ophtalmologie

Les propositions de la collecte de suggestions pour la CMD 02 *Maladies et troubles de l'œil* mettaient l'accent sur les interventions combinées (extraction extracapsulaire du cristallin [EEC] combinée à d'autres interventions, interventions des deux côtés) ainsi que sur une nouvelle structuration des opérations sur les muscles oculaires et l'illustration de la radiothérapie dans cette CMD.

Jusqu'à présent, les opérations des muscles oculaires étaient subdivisées entre les DRGs C10Z *Interventions sur les muscles oculaires, âge <7 ans ou interventions complexes sur les muscles oculaires* et C21Z *Interventions sur les muscles oculaires, âge >6 ans*. Dans l'OPS Version 2004, on a accueilli de nombreux nouveaux codes pour les opérations combinées sur les muscles oculaires, ceux-ci ont été complétés encore une fois dans l'OPS Version 2005. Ainsi le codage mais aussi la définition des DRGs sont simplifiés pour les interventions complexes sur les muscles oculaires.

Grâce aux analyses, on a pu redéfinir les groupes de cas pour les opérations sur les muscles oculaires pour le système G-DRG 2006. On classe parmi elles les opérations classiques du strabisme chez les enfants. Par la nouvelle classification des opérations des muscles oculaires dans les nouvelles DRGs C10A *Interventions sur les muscles oculaires avec coûts augmentés* et C10B *Interventions sur les muscles oculaires sans coûts augmentés*, on a pu mieux délimiter les cas plus compliqués comparativement à la classification effectuée jusque là selon l'âge et la complexité des interventions, et augmenter une nouvelle fois les coefficients d'homogénéité (C10A : 78%, C10B : 77%). Après la mise en pratique de la définition améliorée d'une intervention avec coûts augmentés, le critère de séparation *âge <7 ans* s'est avéré ne plus être un séparateur de coûts significatif, et a été abandonné. Comme cela était déjà le cas dans la version G-DRG 2005, la différenciation effectuée considère certaines opérations sur les deux yeux comme facteur augmentant le degré de sévérité.

En outre, l'illustration de l'intervention combinée « Greffe de cornée avec extraction extracapsulaire du cristallin (EEC) » a été proposée. L'analyse des données disponibles a révélé des différences de coûts significatives entre les groupes de cas « Greffe de cornée avec EEC » et « Greffe de cornée sans EEC », ainsi qu'une réduction de la variance, de sorte que le DRG de base C04 *Greffe de cornée* a été

segmenté en conséquence. Les propositions de fragmentation d'autres DRGs selon le critère EEC ont été simulées, mais n'ont pas pu être mises en pratique faute de différences de coûts significatives.

Dans la collecte de suggestions, on a attiré l'attention sur le fait que les cas avec néoformation maligne et radiothérapie n'ont pas encore pu être illustrés spécifiquement dans la CMD 02. Les codes OPS correspondants ont été attribués au DRG C02A *Enucléation et interventions sur l'orbite en cas de néoformation maligne et radiothérapie pour néoformation maligne*. On a ainsi pu obtenir une illustration adéquate de ces cas.

### 3.3.2.4 Domaines de soins particuliers

Cette année encore dans le cadre de la collecte de suggestions, nous avons reçu des remarques concernant les domaines hautement spécialisés qui n'étaient pas représentés de manière adéquate jusqu'à présent dans le système G-DRG, et qui concernent des domaines de soins particuliers. On a effectué des analyses sur de nombreux thèmes, par ex. sur les thèmes de la rhumatologie et du traitement complexe par naturopathie.

#### ***Traitement rhumatologique complexe***

La création d'un nouveau DRG pour le traitement rhumatologique complexe doit être cité comme point important de l'aménagement du système G-DRG pour 2006. Un attribut utilisable spécifiquement pour désigner le Traitement rhumatologique complexe n'existait pas jusqu'à présent, cependant le domaine se rapportant à ce thème a pu être étudié par des analyses approfondies. A la suite de quoi un DRG I97Z indépendant *Traitement rhumatologique complexe pour les maladies et troubles du système musculosquelettique et du tissu conjonctif* a été défini. A partir de l'année de données 2005, on dispose d'une désignation de prestation spécifique pour les calcul des coûts à venir avec le code « *Traitement rhumatologique complexe multimodal* ».

#### ***Traitement complexe par naturopathie***

Le code OPS correspondant pour le Traitement complexe par naturopathie est une clé optionnelle de l'OPS-301 Version 2004. Les analyses effectuées sur les données des cliniques spécialisées fournies dans le cadre de la communication de données complémentaires, ont montré que la prestation du Traitement complexe par naturopathie est répartie sur différentes CMDs. Etant donné qu'on était aussi en présence des autres critères nécessaires pour l'établissement d'un paiement additionnel, ces prestations ont été définies comme ZE2006-40 *Traitement complexe par naturopathie*. Une évaluation de ce paiement additionnel n'a cependant pas été possible sur la base des données disponibles. A partir de 2005, le code 8-975.2\* *Traitement complexe par naturopathie* est disponible dans l'OPS officielle, et on peut donc s'attendre à une base de données beaucoup plus étendue pour le calcul des coûts de l'année prochaine.

### 3.3.2.5 Matrice CCL de niveau de CMAs

Dans le cadre de la collecte de suggestions pour 2006, nous avons à nouveau reçu de nombreuses propositions visant à modifier le système de valeur PCCL. L'éventail du

contenu de ces propositions concernait en substance à nouveau l'admission de plus de 3 000 codes particuliers dans la matrice CCL, la radiation de valeurs CCL pour certains diagnostics, l'admission dans la classe supérieure voire inférieure de valeurs CCL existantes, la radiation de valeurs CCL pour quelques situations de cas ainsi que le rattachement de la valeur CCL de diagnostics à certaines procédures.

Pour le classement par ligne ainsi que la stipulation des inscriptions dans la liste d'exclusion, on a appliqué en remplacement, comme cela avait déjà été fait l'année dernière, le « concept du parrain ». Pour ce faire on reprend le classement par ligne ainsi que les exclusions du nouveau diagnostic devant être classé, d'un diagnostic apparenté qui est déjà pris en compte dans le système CCL.

Ce n'est que dans quelques cas que des propositions de la collecte de suggestions désignaient des codes de référence pour un certain diagnostic auquel une valeur CCL devait être attribuée ; quelquefois, seule une marge de valeur CCL devant être attribuée à un diagnostic, était désignée, ou le fait qu'un certain diagnostic devait être évalué avec une valeur CCL.

Chaque modification effectuée dans la matrice CCL ou la liste d'exclusion peut entraîner une modification de groupement dans tous les DRGs segmentés par PCCL. Par conséquent, l'effet de chacune de ces modifications sur l'ensemble du système est immense. Il n'existe actuellement aucune méthodologie pour évaluer l'impact des modifications se produisant à chaque restructuration de la matrice CCL.

Comme l'année passée, l'admission de tous les codes proposés dans la matrice CCL aurait entraîné une dévaluation de la valeur PCCL en tant que critère de segmentation. De manière générale cela conduirait à une augmentation des valeurs PCCL des différents cas. Cela réduirait en revanche la probabilité de trouver des valeurs PCCL supérieures comme séparateurs de coûts.

On s'est donc contenté d'éliminer les irrégularités éclatantes pour l'aménagement du système G-DRG de cette année. Cela signifie l'admission dans la matrice CCL de clés de diagnostic spécifiques pour lesquelles des codes non spécifiques faisaient déjà partie de la matrice. On a ainsi admis des codes de *S72.4 Fracture distale du fémur*, étant donné que le code non spécifique *S72.8 Fractures d'autres parties du fémur* était déjà contenu dans la matrice CCL. Le code *U80.0! Staphylocoque aureus avec résistance à l'oxacilline, aux antibiotiques glycopeptides, chilonones, streptogramines et oxazolidinones*, a par exemple été également admis dans la matrice CCL, le code *B95.6! Staphylocoque aureus comme cause de maladies classifiées dans d'autres chapitres* servait ici de « parrain ». On a admis en tout 180 diagnostics dans la matrice CCL, 9 codes en ont été rayés, parmi ceux-ci par exemple le code *F17.2 Troubles psychiques et comportementaux dus au tabac, syndrome de dépendance*.

L'année dernière, lors de l'aménagement du système G-DRG, le nombre de DRGs segmentés par PCCL avait tout d'abord baissé de 441 à 358, et cette année, on a donc réexaminé tous les DRGs dans l'optique d'éventuelles segmentations par PCCL. On a ainsi pu établir en tout 9 nouvelles segmentations, ce qui correspond à une totalité de 367 DRGs fragmentés par PCCL pour 2006. Si l'on s'interroge sur les raisons possibles de cette augmentation des segmentations par PCCL, on doit alors faire état d'une part, d'une meilleure qualité de codage, étant donné que de nombreux établissements avaient déjà procédé en 2004 à un codage « d'après les DRGs », et d'autre part, l'effet plafond pourrait être moins marqué par un mix d'hôpitaux changé dans cadre du calcul des coûts.

### 3.3.2.6 Dermatologie et affections de la glande mammaire

L'optimisation de la représentation de la dermatologie opérative en particulier dans la CMD 09 *Maladies et affections de la peau, du tissu sous cutané et de la glande mammaire* constituait le thème de quelques propositions de la collecte de suggestions pour 2006. Tout particulièrement l'amélioration de la représentation d'interventions multiples ou l'amélioration de la représentation des procédures augmentant les coûts, étaient ici des thèmes centraux. Après l'analyse de ces domaines, on a pu suivre une partie de ces propositions. Ainsi par exemple au sein du DRG de base J22, des cas de couverture de parties molles ont pu être mieux pris en compte, ceux-ci sont regroupés à l'avenir dans le DRG J22A *Autre greffe de peau ou débridement sans intervention complexe, sans diagnostic complexe, sans CMAs extrêmement sévères ou sévères, avec couverture des parties molles*. Il en va de même pour le DRG de base J08 *Autre greffe de peau ou débridement avec diagnostic complexe, avec intervention supplémentaire au niveau de la tête et de la gorge ou CMAs extrêmement sévères* qui a pu être différencié selon les cas avec procédure complexe comme par exemple des ouvertures du crâne ou des plasties du plancher de la bouche. On a effectué en outre d'autres analyses approfondies dans le sens des propositions communiquées. On a ainsi pu établir de nouveaux DRGs par la désignation de procédures augmentant les coûts. Les attributs disponibles pour l'analyse n'étaient pas partout exploitables de manière à obtenir une meilleure représentation. On a pu améliorer en partie la représentation par exemple à l'aide de segmentations PCCL.

Grâce à nos propres analyses, on a constaté pour la restructuration du DRG de base J11 *Autres interventions sur la peau, le tissu sous cutané, et la glande mammaire*, une amélioration de l'ensemble du système. En conséquence, les trois degrés de sévérité existant dans la version G-DRG 2005 ont été abandonnés au profit d'une différenciation sur la base de procédures moyennement lourdes.

En ce qui concerne les DRGs de base J13 *Petites interventions sur la glande mammaire sauf en cas de néoformation maligne* et J15 *Grandes interventions sur la glande mammaire sauf en cas de néoformation maligne*, les conditions d'entrée ont pu être nettoyés des diagnostics principaux pour néoformations malignes qui étaient déjà interrogés auparavant dans l'ordre d'interrogation de la CMD 09 dans les DRGs J07Z *Petites interventions sur la glande mammaire avec excision du ganglion lymphatique axillaire ou CMAs extrêmement sévères ou sévères lors de néoformation maligne* et J23Z *Grandes interventions sur la glande mammaire en cas de néoformation maligne*.

Les coefficients d'homogénéité de plus de 65%, qui étaient déjà bons l'année passée, ont pu être encore améliorés dans les DRGs opératoires, de sorte qu'on a pu obtenir des coefficients d'homogénéité de plus de 70% (J06, J14) dans quelques cas.

### 3.3.2.7 Procédure de dialyse

La représentation de patients admis pour le traitement d'une défaillance rénale et en particulier pour une dialyse, a changé sur quelques points dans le système G-DRG version 2006. En outre ces patients sont classifiés entre autres dans les DRGs de base L60 *Insuffisance rénale, plus d'une journée d'hospitalisation*, L61 *Hospitalisation pour dialyse* et L71 *Insuffisance rénale, une journée d'hospitalisation*, et on a cependant pu définir pour la première fois avec les DRGs L90A *Insuffisance rénale, hospitalisation partielle, âge <15 ans* et L90B *Insuffisance rénale, hospitalisation*

*partielle, âge >14 ans* deux nouveaux DRGs pour représenter le traitement en hospitalisation partielle d'une insuffisance rénale.

On a pu délimiter des cas de Microangiopathie thrombotique (L72A *Microangiopathie Thrombotique*) du DRG de base L60, qui étaient encore groupés dans la CMD05 dans la version G-DRG 2005, ainsi que des cas de Syndrome hémolytique et urémique (L72B *Syndrome hémolytique et urémique*), ces cas étant associés à des coûts nettement plus élevés.

Pour les cas qui ne sont pas groupés dans les DRGs de base L60, L61 et L71, on a déjà pu régler des paiements additionnels selon le catalogue de tarification forfaitaire par cas pour 2005 pour des traitements par dialyse. Parmi ceux-ci, le paiement additionnel évalué en 2005 pour *l'Hémodiafiltration, intermittente* a été inscrit pour 2006 comme paiement additionnel non évalué. Par contre les paiements additionnels pour *Photophérèse extracorporelle* et *Plasmaphérèse* ont été évalués.

### 3.3.2.8 Epilepsie

Comme cela avait déjà été fait dans l'aménagement de la classification G-DRG pour l'année 2005, la représentation des soins hautement spécialisés pour l'épilepsie complexe a été analysée et améliorée pour l'année 2006. Pour ce faire le regroupement dans le DRG B76A *Crises, plus d'1 journée d'hospitalisation, avec actes diagnostiques complexes et thérapie* a été rendu indépendant du diagnostic principal par interrogation du code OPS 1-213 *Diagnostic de syndrome pour épilepsies compliquées* sans rattachement à une condition de diagnostic, pour éviter que des cas soient groupés dans un autre DRG malgré des actes diagnostiques complexes.

En outre, le DRG B76A *Crises, plus d'1 journée d'hospitalisation, avec actes diagnostiques complexe et thérapie* est maintenant interrogé dans la hiérarchie d'interrogation avant le DRG B46Z *Thérapie socio- et neuropédiatrique pour les maladies et troubles du système nerveux*, de sorte que les patients épileptiques enfants hautement coûteux sont à présent mieux représentés dans le système G-DR.

Ainsi les DRGs des domaines de prestations hautement spécialisées de l'épilepsie redéfinis l'année passée sont conservés, mais pour quelques DRGs de ce secteur, on n'a toujours pas établi de poids relatif. Les prestations qui ne peuvent actuellement pas être dotées d'un forfait, restent ainsi délimitées par rapport aux prestations de cet ensemble de thèmes pouvant être dotées d'un forfait.

La proposition visant à établir des DRGs pour les actes diagnostiques complexes épileptologiques dans des CMDs supplémentaires n'a pas pu être réalisée en raison d'un nombre de cas trop faible dans les données des hôpitaux de calcul des coûts.

### 3.3.2.9 Réhabilitation précoce

Comme les années précédentes, la représentation de la réhabilitation précoce a constitué un point important dans le cadre de l'aménagement du système G-DRG pour l'année 2006, et on a recueilli une fois de plus lors de la collecte de suggestions 2006 de nombreuses informations de la part des hôpitaux et des sociétés de discipline médicale à ce sujet.

Etant donné qu'en 2004, on ne pouvait pas encore effectuer de différenciation entre la *Réhabilitation précoce neurologique-neurochirurgicale* (8-552.-) et les *Autre réhabilitation précoce* (8-559.-) sur la base des codes OPS, on a procédé cette année encore à une collecte de données complémentaire sur cette thématique, ce qui a permis une analyse plus fine de la « Réhabilitation précoce neurologique-neurochirurgicale » dans la CMD 01 *Maladies et troubles du système nerveux*.

La réhabilitation précoce a été retirée du DRG B02 en tant que critère de segmentation, tandis que les anciens DRGs B02A *Craniotomie ou opération complexe de la colonne vertébrale avec CMAs extrêmement sévères ou ventilation artificielle > 95 heures, avec réhabilitation précoce*, B02C *Craniotomie ou opération complexe de la colonne vertébrale sans CMAs extrêmement sévères, sans ventilation artificielle > 95 heures, avec réhabilitation précoce*, et B11Z *Réhabilitation précoce avec procédure opératoire particulière pour maladies et troubles du système nerveux* ont été condensés en un seul DRG nouveau et non évalué B11Z *Réhabilitation précoce avec craniotomie, grande opération de la colonne vertébrale, procédures opératoire particulière ou opération onéreuse sur le système nerveux avec ventilation artificielle > 95 heures*, lequel est maintenant interrogé au dessus du DRG de base B02.

De plus les cas de réhabilitation précoce comportant entre 14 et 27 journées de traitement sont maintenant représentés dans le DRG B43Z lorsqu'ils présentent une durée de ventilation artificielle de plus de 95 heures.

Dans la CMD 05 *Maladies et troubles de l'appareil circulatoire* et dans la CMD 08 *Maladies et troubles du système musculosquelettique et du tissu conjonctif*, les DRGs F29Z *Réhabilitation précoce pour maladies et troubles de l'appareil circulatoire, avec procédure opératoire particulière, sauf interventions cardiothoraciques* et I96Z *Réhabilitation précoce avec procédure opératoire particulière pour maladies et troubles du système musculosquelettique et du tissu conjonctif, plus de 20 journées* ont pu être créés par la collecte de données complémentaires, étant donné que ces cas s'avéraient différents au niveau des coûts et de la durée de séjour par rapport à l'ancienne classification des groupes de cas. En plus de la réhabilitation précoce, ces DRGs sont définis par la fonction « Procédures opératoires particulières ».

Pour quelques DRGs de ce domaine, aucun poids relatif n'est indiqué. Les prestations qui ne peuvent pas être dotées actuellement d'un forfait restent ainsi séparées des prestations de cet ensemble de thèmes pouvant être dotées d'un forfait. Une évaluation n'a pu se faire étant donné la disparité des données réunies par la collecte complémentaire dans ce domaine très particulier. D'autres simulations de propositions ainsi que nos propres analyses, effectuées également dans d'autres CMDs que les CMDs proposées citées jusqu'à présent, n'ont conduit à aucune modification du système à cause de la base de données disponible.

La participation pour la collecte de suggestions pour 2006 étant à nouveau massive, on dispose de possibilités d'analyse supplémentaires pour l'aménagement du système G-DRG pour l'année 2007, grâce à une base de données plus large de l'année 2005, les codes OPS de la *Réhabilitation précoce neurologique-neurochirurgicale* (8-552.-) et de l'*Autre réhabilitation précoce* (8-559.-) ayant déjà pu être codé normalement.

### **3.3.2.10 Gastroentérologie/Endoscopie**

Cette année encore, la collecte de suggestions a apporté de nombreuses propositions pour l'aménagement du système G-DRG dans le domaine de la gastroentérologie.



La « rémunération moindre pour plus de prestation » reste comme l'année dernière un problème actuel. Ainsi il a été exposé non seulement dans la collecte de suggestions pour 2006 mais aussi par de nombreuses remarques que des mesures effectuées en plus peuvent conduire à une dépréciation du cas. Ce serait souvent le cas dans la CMD 06 *Maladies et troubles des organes digestifs* lors de la réalisation de mesures interventionnelles. Pour répondre à cette situation et comme on l'avait déjà laissé entendre l'année passée, on a procédé dans la CMD 06 à un tri dépassant le cadre de la partition. Etaient concernés les DRGs de la partition médicale et de l'autre partition. Des explications plus détaillées à ce sujet se trouvent au chapitre 3.3.3.3.

On peut citer en exemple comme l'un des résultats de ces analyses, l'interrogation du DRG G70A *Autres affections graves des organes digestifs avec CMAs extrêmement sévères* (poids relatif : 1,296) de la partition médicale avant le DRG G50Z *Gastroscopie pour maladies non graves des organes digestifs, avec CMAs extrêmement sévères ou sévères* (poids relatif : 0,722), qui se trouve dans l'autre partition. On évite ainsi une rémunération moindre pour des cas qui étaient jusqu'à présent classifiés dans le DRG G50Z du fait de la réalisation d'une gastroscopie.

Les DRGs G54Z *Coloscopie, plus de 2 journées d'hospitalisation, sans CMAs extrêmement sévères ou sévères, sans intervention de complication* et G55Z *Gastroscopie pour maladies non graves des organes digestifs, plus de 2 journées d'hospitalisation, sans CMAs extrêmement sévères* du système G-DRG 2005 sont devenus superflus suite au tri, étant donné que la prestation endoscopique ne s'avérait plus apte comme séparateur de coûts.

Le DRG G49Z *Coloscopie et gastroscopie, moins de 3 journées d'hospitalisation* a été supprimé en raison d'une problématique semblable, car ici aussi on était en présence d'une sous-rémunération pour plus de prestation. La motivation du codage de l'endoscopie dépendait de la durée de séjour (1, 2, 3 journées).

La définition établie jusqu'à présent du DRG de base G09 *Interventions bilatérales pour hernies inguinales et fémorales, âge > 55 ans* et du DRG G24Z *Interventions pour hernies de la paroi abdominale, ombilicales et autres hernies, âge > 0 ans ou interventions bilatérales pour hernies inguinales ou fémorales, âge > 55 ans* a été élargie de façon à ce que les cas subissant différentes opérations de hernies en une seule séance soient maintenant également représentés.

Pour pouvoir représenter correctement les coûts des opérations d'atrésies anales chez les nouveau-nés, on a analysé le déplacement des codes correspondants dans divers DRGs. Finalement, le déplacement des codes dans le DRG G17Z *Autre résection rectale* s'est avéré être la meilleure solution. Cela signifie par rapport au système de l'année dernière une évaluation nettement supérieure du traitement de malformations anorectales.

### 3.3.2.11 Obstétrique

Dans le domaine de l'obstétrique, les points principaux abordés dans le cadre de la collecte de suggestions pour 2006 concernaient des domaines de problèmes qui étaient déjà connus ces dernières années. Il s'agissait par exemple :

- de la réorganisation de la CMD 14 *Grossesse, naissance et suites de couches* selon le modèle australien

- de la représentation de la durée de séjour avant l'accouchement avec le code 9-280 *Traitement en hospitalisation avant l'accouchement durant le même séjour* de l'OPS 2005.
- De la représentation des interventions de chirurgie fœtale au sein de la CMD 14

Le système G-DRG distingue entre les « DRGs d'accouchement » comme les DRGs de base O01 *Césarienne*, O02 *Accouchement vaginal avec procédure opératoire de complication* et O60 *Accouchement vaginal* et les « DRGs de non accouchement » comme par exemple la O64 *Faux travail*. En ce qui concerne le groupage des naissances, on avait attiré l'attention sur le fait que celles-ci, à l'exception des DRGs d'accouchement prévus à cet effet, étaient également groupées dans une faible proportion dans les DRGs de non-accouchement. Mais, d'un autre côté, on a représenté des cas dans les DRGs d'accouchement pour lesquels il n'y a pas eu d'accouchement. On a par conséquent proposé de modifier la structure de la CMD 14 selon le modèle australien, celle-ci prévoyant la classification dans les DRGs de base O02 et O60 simplement sur la base de diagnostics issus des domaines O80 – O82 *Accouchement* ainsi que Z37.-! *Résultat de l'accouchement*.

Cela n'était pas encore totalement réalisable pour l'aménagement du système G-DRG de cette année. On a cependant élargi la définition existante des DRGs de base O02 et O60 de manière à ce que les cas avec accouchement selon le code Z37.-! soient maintenant réellement attribués à ces groupes de cas, ce qui a entraîné une amélioration de l'ensemble du système. Parallèlement, l'utilisation des diagnostics de Z37.-! a été détaillée dans les Directives de Codage allemandes (DKR 1507e).

Les analyses effectuées pour nettoyer le DRGs d'accouchement des « non-accouchements » n'ont par contre pas donné de résultats homogènes, de sorte que ceux-ci n'ont pas pu être mis en pratique lors de la révision de cette année. Il est prévu de réétudier cette thématique pour l'aménagement du système G-DRG pour l'année 2007.

Nous avons déjà reçu l'année dernière des remarques indiquant la durée de séjour avant l'accouchement comme un séparateur de coûts possible dans les DRGs d'accouchement. Etant donné que les analyses effectuées en remplacement à l'époque pour simuler cette problématique étaient restées sans résultat, on a initié l'admission d'un tel code OPS dans la version OPS 2005. Dans les données de cette année des hôpitaux de calcul des coûts, ce code OPS n'était pas encore disponible, c'est pourquoi on a procédé à la place à de nouvelles analyses de la date d'admission, d'opération et de sortie. Dans ce contexte le code O09.-! *Durée de la grossesse* s'est cependant avéré être un meilleur séparateur de coûts, de sorte qu'une différenciation des DRGs d'accouchement a finalement été effectuée sur la base des diagnostics de O09.-! *Durée de la grossesse*, ce qui a conduit à une subdivision du DRG de base O01 en cinq degrés de sévérité, du DRG de base O02 en deux degrés de sévérité et du DRG de base O60 en quatre degrés de sévérité. Les DRGs d'accouchement ont pu être ainsi définis de manière beaucoup plus différenciée, ce qui a permis de séparer les cas à hauts coûts des cas moins coûteux.

Pour la première fois, on a pris en compte la réalisation d'interventions de chirurgie fœtale dans le DRG O65A *Autre admission hospitalière prénatale avec thérapie intra-utérine du fœtus*. Parallèlement, les procédures pour thérapie intra-utérine du fœtus et autres opérations intra-utérines sur le fœtus ont été encore mieux différenciées dans la version OPS 2006, de sorte que des calculs plus approfondis seront possibles dans les prochaines années.

Suite à nos analyses menées sur les autres DRGs de la CMD 14 à la recherche de séparateurs de coûts possibles, on a pu réévaluer des cas de cerclage ou de fermeture du col de l'utérus dans le DRG de base O05 *Procédures opératoires particulières pendant la grossesse*. Les calculs visant à une meilleure représentation des complications durant la grossesse et l'accouchement sont restés sans résultat.

### 3.3.2.12 Gériatrie

Les DRGs de traitement complexe de réhabilitation précoce gériatrique, qui avaient été admis pour la première fois en 2004 dans le système G-DRG, et distingués en 2005 de la réhabilitation précoce sauf dans le DRG K01A, ont été analysés lors de l'aménagement de cette année pour vérifier les possibilités de différenciation plus fine. Les propositions les plus diverses et concernant quasiment toutes les CMDs ont été faites sur ce sujet.

En raison des modifications de description de prestation du code OPS pour le Traitement complexe de la réhabilitation précoce gériatrique, nous avons réalisé aussi pour ce domaine de prestation une collecte de données complémentaires auprès des hôpitaux calcul des coûts. Les analyses du Traitement complexe de réhabilitation précoce gériatrique se basaient ainsi sur les données concrétisées communiquées de manière complémentaire. On n'a cependant ni pu établir une segmentation des DRGs analysés au moyen du code OPS 8-550.2 *Traitement complexe de réhabilitation précoce gériatrique ; au moins 21 jours de traitement et 30 unités thérapeutiques*, ni former un nouveau DRG dans les CMDs respectives au moyen du code OPS 8-550.0 *Traitement complexe de réhabilitation précoce gériatrique ; au moins 7 jours de traitement et 10 unités thérapeutiques* étant donné que les cas disponibles étaient trop peu nombreux ou que les résultats n'apparaissaient pas de manière homogène. Un groupement dans un DRG défini au moyen du traitement complexe de réhabilitation précoce gériatrique, continue donc de n'être possible que par les codes OPS 8-550.1 et 8-550.2. Ceux-ci exigent une durée de traitement d'au moins 14 jours de traitement et de 20 unités thérapeutiques.

De nombreuses propositions concrètes ont été également faites pour définir le traitement complexe de réhabilitation précoce gériatrique en association avec des interventions chirurgicales ou urologiques. Cependant on n'a pas pu établir de DRGs pour le traitement complexe de réhabilitation précoce gériatrique en association avec une toilette des plaies chirurgicales ou également avec des procédures spéciales comme des interventions de chirurgie cardiaque, chirurgie vasculaire, chirurgie de la glande mammaire ou urologiques, ou bien dans le contexte des germes multirésistants, étant donné qu'il n'était pas possible d'évaluer les simulations effectuées en raison d'un nombre de cas trop faible.

Une segmentation à partir de l'indice de Barthel  $\leq 35$  points (code ICD U50.- et U51.-) et de la FIM [Functional Independence Measure] motrique de 13 à 42 points a entraîné une séparation des coûts dans le DRG de base B44 *Traitement complexe de réhabilitation précoce gériatrique pour maladies et troubles du système nerveux*. En outre cette caractéristique a été admise comme critère d'entrée du DRG de base B44. Pour les autres DRGs étudiés du Traitement complexe de réhabilitation précoce gériatrique, aucune amélioration n'a été obtenue par différenciation sur la base de l'indice de Barthel.

Il n'a pas été possible d'effectuer d'autres améliorations du système à partir de la collecte de données complémentaires, du fait que soit les situations proposées ne pouvaient pas être simulées en raison d'une sous-représentation dans l'échantillon, soit les résultats étaient contradictoires ou non homogènes en raison du faible nombre de cas. Les améliorations de représentation des patients gériatriques par les modifications effectuées sur l'ICD-10-GM permettra cependant une analyse des cas gériatriques encore plus fine pour les prochaines années.

### 3.3.2.13 ORL

Dans le cadre de la collecte de suggestions de cette année, nous avons reçu de nombreuses propositions concernant une réorganisation des DRGs opératoires dans la CMD 03 *Maladies et troubles de l'oreille, du nez, de la bouche et de la gorge*. Un grand nombre de ces propositions a pu être mis en pratique. Il a été proposé de représenter dans des DRGs distincts les interventions opératoires sur le nez et les sinus, qui étaient répartis sur différents DRGs dans le système DRG version 2005, ce qui a pu être mis en place quasiment intégralement. Par contre, la réorganisation du même type proposée pour les interventions opératoires de l'oreille et de l'apophyse mastoïde par regroupement de cas présentant des procédures correspondantes n'a abouti à aucune amélioration du système.

On a pu encore mettre en œuvre des propositions concernant l'admission et le déplacement de codes pour les fractures combinées de la mâchoire, les plasties des arcades alvéolaires et du vestibule, les repositionnements de fractures du visage, les greffons microvasculaires libres, le prélèvement et la transplantation de muscles, tendons et fascias, les plasties par lambeau et les transplantations cutanées libres, les ostéotomies de la face moyenne, ainsi qu'une meilleure représentation des diagnostics dans le domaine de la perte de l'ouïe ou de la diminution de l'audition. Par ces modifications de la CMD 03 pour les cas présentant des procédures coûteuses les plus diverses, on a pu obtenir une représentation plus homogène.

Les modifications effectuées par le DIMDI dans l'OPS pour l'année 2006 dans les chapitres d'ORL 5-19, 5-20 et 5-21, n'ont pas encore permis de simulation dans le cadre de l'aménagement du système G-DRG de cette année en raison de l'absence de désignation de prestation, et ne pourront servir de base aux analyses que lors des prochains calcul des coûts.

### 3.3.2.14 Médecine des soins intensifs

Dans le domaine de la médecine des soins intensifs et de la ventilation artificielle, on avait déjà effectué des modifications importantes lors du calcul des coûts 2004. Les réorganisations les plus importantes apportées au système G-DRG étaient à l'époque

- la différenciation des DRGs de ventilation artificielle dans la pré-CMD au moyen des attributs « Interventions opératoires » (gradués selon les catégories de coûts), « Traumatisme multiple » et « Procédures dépendant de la médecine des soins intensifs » et

- l'établissement de la fonction « Procédures de complication » comme séparateur de coûts significatif, également à l'extérieur des DRGs de ventilation artificielle.

Ces deux réorganisations ont fait leurs preuves dans le calcul des coûts de cette année, et ont été reprises après de nombreuses analyses, et de légères modifications, dans la version G-DRG 2006.

On a pu obtenir un grand progrès dans la représentation adéquate de prestations de médecine de soins intensifs en prenant pour la première fois en considération le *Traitement complexe de soins intensifs* dans la classification G-DRG.

### **Traitement complexe de soins intensifs**

Avec le code 8-980 *Traitement complexe de soins intensifs*, on a admis un nouvel attribut dans l'OPS version 2005 pour qualifier une thérapie intensive hautement coûteuse. Ce code a été défini en suivant étroitement les propositions des sociétés de discipline médicale concernées, et tient compte d'un grand nombre de paramètres importants de la médecine de soins intensifs :

- des prestations coûteuses de médecine de soins intensifs comme les procédés de monitoring invasif, l'administration de catécholamine ou la thérapie par perfusion à hautes doses (on utilise le système international *Therapeutic intervention scoring system* ou **TISS**)
- des paramètres importants cliniques et d'analyses de laboratoire du patient comme par exemple la fréquence cardiaque, la fonction rénale et le niveau en potassium (on utilise ici le *Simplified acute physiology score* ou **SAPS II**)
- de certaines affections chroniques qui alourdissent considérablement la thérapie intensive (tumeurs malignes, SIDA)
- de l'âge du patient
- du statut d'admission (admission prévue ou cas d'urgence)

On calcule à partir de ces éléments une fois par jour un nombre de points (0 à maximum 184), on additionne ces valeurs quotidiennes pour l'ensemble du séjour de sorte qu'on ne chiffre qu'un seul code OPS *Traitement complexe de soins intensifs*. Celui-ci quantifie par conséquent le coût global du cas traité en soins intensifs.

Cette prestation n'ayant été codée pour la première fois qu'en 2005, on aurait dû avoir des données de calcul des coûts pour une évaluation de la prestation seulement en 2006. En raison de l'importance particulière de cette thématique, on a cependant déjà tenté d'obtenir dès le système G-DRG version 2006 une meilleure représentation de la médecine de soins intensifs à l'aide de ce nouvel attribut.

Dans le cadre de la communication de données complémentaires, l'InEK a recueilli 30.000 cas venant de 33 cliniques comportant des données de traitement complexe de soins intensifs, une grande partie présentant un nombre de points exact. Vu l'effort nécessaire fourni par les cliniques (qui ont quelquefois procédé à une nouvelle saisie des données), la participation massive pour fournir des données complémentaires représente déjà un grand succès.

On a ainsi pu d'une part différencier encore plus les DRGs de ventilation artificielle A06, A07, A11 et A13, et calculer d'autre part 3 nouveaux DRGs pour thérapie de soins intensifs coûteuse pour les cas sans ventilation artificielle >96 heures grâce aux attributs de cas supplémentaires.

## Ces DRGs

F97Z	<i>Traitement complexe de soins intensifs &gt;1104 points de coûts pour maladies et troubles de l'appareil circulatoire avec procédure opératoire particulière avec un poids relatif de 11,808</i>
G36Z	<i>Traitement complexe de soins intensifs pour maladies et troubles des organes digestifs &gt; 1104 points de coûts (poids relatif 13,337)</i>
W36Z	<i>Traitement complexe de soins intensifs &gt; 1104 points de coûts pour traumatisme multiple (poids relatif 17,156)</i>

recueillent des cas hautement coûteux traités de manière opératoire ou conservatrice (à l'exception du DRG F97Z), qui jusqu'à présent du fait de l'absence de l'attribut *Ventilation artificielle >96 heures* n'étaient pas attribués aux DRGs de ventilation artificielle de la pré-MDC évalués à un haut niveau, mais à un « DRG de soins non intensifs » de la CMD respective où ils étaient sous-financés. En règle générale, les cas concernés étaient des patients à séjour de longue durée dans leurs DRGs d'origine.

Ces DRGs ont été définis avec un haut seuil d'entrée. 1105 points de coûts pour un traitement complexe de médecine de soins intensifs correspondent à un patient nécessitant un traitement de soins intensifs durant 10-14 jours maximum. Dans ce contexte, un upcoding notable semble à peine possible.

**Autre différenciation des DRGs de ventilation artificielle**

La durée de ventilation artificielle comme critère primaire d'attribution aux DRG A06 jusqu'à A13 s'est de nouveau révélé comme étant le meilleur séparateur de coûts. En plus des critères de segmentation introduits dans le G-DRG 2005 (opérations, traumatisme multiple) on a pu établir le *Traitement complexe de médecine de soins intensifs* comme critères de segmentation supplémentaire dans quatre de ces cinq DRGs. Les cas particulièrement coûteux présentant un nombre important de points sont ainsi attribués aux DRGs ayant la rémunération la plus forte du DRG de base respectif, un haut seuil d'entrée étant également utilisé ici : selon le DRG, une limite inférieure de 1105 à voire même 3681 points de coûts est nécessaire.

Une autre innovation est l'introduction d'une segmentation en fonction de l'âge dans trois DRGs (A06, A09, A13) qui conduit à meilleure rémunération pour les patients en soins intensifs qui ont moins de 16 ans.

**Fonction de procédures de complication**

Plusieurs souhaits de modification ont été exprimés concernant ce critère de segmentation nouvellement introduit l'année dernière, suggérant non seulement l'établissement mais aussi la radiation de codes de cette fonction ayant pour effet l'augmentation du degré de sévérité dans plusieurs CMDs. Un grand nombre d'analyses n'a pourtant pas pu vérifier l'effet positif de ces modifications. La mise en place d'une nouvelle logique qui exige maintenant pour cette fonction « deux procédures différentes » au lieu des « deux procédures » exigées jusqu'à maintenant, s'est cependant avérée être une amélioration. Ainsi des cas qui – contrairement à la prescription des directives de codage – portent deux fois la procédure « Traitement par positionnement » du patient, ne remplissent plus les conditions de cette fonction selon le G-DRG 2006.

Cette fonction s'est avérée être un critère de segmentation opérationnel pour le calcul des coûts de cette année. Cela s'exprime aussi par le fait que le nombre de DRGs

segmentés de cette façon, a continué d'augmenter. Ce qui est nouveau, c'est la validité de groupage de la fonction par exemple dans la CMD 08 *Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif* et dans la CMD 21 A *Traumatisme multiple*.

### **Eléments de financement complémentaires**

Le calcul des coûts de cette année a de nouveau montré qu'une partie des paiements additionnels figurant déjà dans le catalogue de tarification forfaitaire par cas, comme par exemple pour les produits sanguins et les dialyses, continue d'être d'une grande importance pour une représentation adéquate de la médecine des soins intensifs. Les modifications apportées aux paiements additionnels sont décrites en détail dans le chapitre 3.4.1.3.

### **Possibilités d'aménagement à venir**

La réduction de ce que l'on appelle la lacune de calcul des coûts OPS grâce à la collecte de données complémentaires en ce qui concerne le traitement complexe de médecine de soins intensifs, s'est avérée être très réussie. Mais on doit s'attendre à ce que les possibilités d'analyses et de mise en œuvre quant au thème de la médecine des soins intensifs, augmenteront encore considérablement en 2006 grâce à ces informations pour la totalité des données de calcul des coûts et de celle des données DRG selon § 21 KHEntgG. En outre, les codes qui ont été également nouvellement introduits en 2005 pour les produits sanguins et les médicaments hautement onéreux, promettent d'autres constatations utiles pour le calcul des coûts de l'année prochaine.

Etant donné qu'il est déjà apparu cette année que les catégories de coûts du code *Traitement complexe de soins intensifs* avaient été définies de manière assez large, l'OPS version 2006 a fait l'objet de différenciations supplémentaires sur ce point.

### **3.3.2.15 Cardiologie et chirurgie cardiaque chez l'enfant**

Les enfants présentant des maladies cardiaques sont représentés dans deux CMDs différentes dans le système G-DRG version 2006. Tous les cas âgés de moins de 28 jours ainsi que le cas âgés de moins d'un an et présentant un poids à l'admission de moins de 2 500 grammes, sont classés dans la CMD 15 *Nouveau-nés*, et les autres cas en règle générale dans la CMD 05 *Maladies et troubles de l'appareil circulatoire*.

Comme l'année dernière, suite aux indications de la collecte de suggestions et à notre initiative, des analyses complexes ont été effectuées pour identifier les différences de coûts entre enfants et adultes, ce qui a entraîné des modifications dans ce domaine. L'âge en tant que séparateur de coûts a été introduit dans deux autres DRGs. F75B *Autres maladies de l'appareil circulatoire sans CMA's extrêmement sévères ou ulcère cutané, âge <18 ans* et F49D *Actes diagnostiques invasifs de cardiologie en dehors d'un infarctus aigu du myocarde, moins de 3 journées d'hospitalisation, âge <15 ans*. Le nombre de DRGs de la CMD 05 *Maladies et troubles de l'appareil circulatoire* segmentés selon l'âge a encore augmenté par rapport au système G-DRG version 2005, pour être maintenant de sept DRGs.

### **Modifications dans la CMD 15 Nouveau-nés**

L'année dernière, la segmentation existant dans le DRG de base P02 *Interventions cardiopulmonaires ou vasculaires chez les nouveau-nés* en fonction de *problèmes sévères* a été remplacée par une segmentation par la durée de ventilation artificielle.

Pour les analyses de cette année, la durée de ventilation artificielle s'est avérée être de loin le meilleur séparateur de coûts dans ce DRG. Plusieurs interventions vasculaires ont cependant été rajoutées au tableau de procédures du DRG de base P02. Vous trouverez des explications plus détaillées sur la CMD 15 au chapitre 3.3.2.28.

### **3.3.2.16 Maladies et troubles de l'appareil circulatoire**

#### ***Syndrome coronarien aigu***

Il a été proposé dans le cadre de la collecte de suggestions, de représenter tous les cas présentant un syndrome coronarien aigu (infarctus du myocarde, angine de poitrine instable) dans un DRG de base qui devait être différencié selon les catégories suivantes :

- intervention coronarienne avec/sans implantation de stent
- acte diagnostique invasif au moyen d'un cathéter cardiaque
- équipement de l'hôpital (existence d'un laboratoire pour cathéters cardiaques)
- statut de transfert et moment du transfert
- traitement en service de soins intensifs

Une proposition similaire englobait également les prestations suivantes dans cette classification :

- administration d'inhibiteurs du récepteur glycoprotéine (GP) IIb/IIIa et
- thrombolyse systémique.

Ces propositions ont été calculées dans de nombreuses variantes, mais elles n'ont pas pu être mises en œuvre dans la forme proposée. D'une part, la représentation commune de patients présentant un syndrome coronarien aigu dans un DRG de base aurait réduit la différenciation de la représentation par rapport à la définition de groupe de cas appliquée jusque là. D'autre part, le fondement des données pour quelques-uns des attributs proposés ne suffisait pas. Des désignations de prestation nécessaires manquaient dans les données des hôpitaux de calcul des coûts (inhibiteurs du récepteur GP IIb/IIIa) ou avaient été saisis pour seulement peu de cas (thrombolyse systémique). Dans les analyses détaillées concernant la représentation des patients transférés, ceux-ci ne se distinguaient pas.

Dans le domaine des interventions coronariennes comme dans celui des actes diagnostiques invasifs cardiologiques, il existe déjà une représentation hautement différenciée dans le système G-DRG qui a pu être encore améliorée pour 2006.

#### ***Cardiologie interventionnelle***

Cette année encore, des analyses approfondies ont été réalisées dans le domaine de la cardiologie interventionnelle, en particulier on a étudié en détail les cas présentant des interventions combinées. Par exemple, les patients ayant fait non seulement l'objet d'une angioplastie coronarienne transluminale percutanée (ACTP) mais aussi d'une angioplastie transluminale percutanée de vaisseaux périphériques (ATP) ont été groupés dans le système G-DRG 2006 dans le DRG de base F24 *Implantation d'un stimulateur cardiaque, système « double chambres » ou angioplastie coronarienne percutanée avec diagnostic complexe et intervention hautement complexe ou avec*



*angioplastie percutanée*, ce qui correspond à une réévaluation des cas présentant cette intervention combinée.

Pareillement, les cas chez qui on réalise une curiethérapie intracoronarienne, sont nettement réévalués dans le système G-DRG 2006 par la représentation dans la DRG F52B *Angioplastie coronarienne percutanée à diagnostic complexe, sans CMA's extrêmement sévères ou curiethérapie intracoronarienne*.

Le procédé diagnostique *Endosonographie des vaisseaux sanguins* a été également réévalué. Celui-ci est évalué à partir de 2006 dans le DRG de base F 49 comme une *procédure complexe*, et mène ainsi au DRG F49A *Actes diagnostiques invasifs cardiologiques en dehors d'un infarctus du myocarde aigu, plus de 2 jours d'hospitalisation, avec procédure complexe*.

L'implantation de plusieurs stents (coatés ou non coatés) avait déjà conduit dans le système G-DRG 2005 à un groupage dans un DRG mieux doté, cela n'avait cependant pas été le cas pour la combinaison d'un stent non coaté et d'un stent coaté, ce qui a par conséquent été corrigé pour la version G-DRG 2006.

D'autres modifications dans le domaine de la cardiologie d'intervention ont été réalisées :

- création d'un nouveau DRG pour l'occlusion interventionnelle d'un défaut de l'atrium et du septum ventriculaire
- création d'un nouveau DRG pour la thérapie intracoronarienne avec des cellules souches (non évalué)
- création d'un nouveau DRF pour les actes diagnostiques cardiologiques invasifs chez les enfants de moins de 15 ans

### **Chirurgie cardiaque et vasculaire**

Dans le domaine de la chirurgie cardiovasculaire, on a déjà commencé à procéder à une profonde réorganisation des systèmes G-DRG 2004 et 2005. Les DRGs de chirurgie valvulaire et de pontage coronarien ont été par exemple largement différenciés.

Des propositions ont été faites concernant cette répartition afin de tenir compte d'autres procédures augmentant le niveau de sévérité, comme par exemple l'implantation d'un stimulateur cardiaque pendant le même séjour à l'hôpital, ou la réalisation de mesures ablatives durant la même opération. Ces propositions n'ont cependant pas pu être mises en œuvre étant donné que les calculs réalisés avec les données des hôpitaux de calcul des coûts n'avaient pas montré d'amélioration de l'ensemble du système. On a cependant réalisé une réévaluation de certaines opérations de chirurgie valvulaire (annuloplastie).

Il n'y a donc eu que des modifications modérées dans le domaine de la chirurgie cardiovasculaire pour 2006.

### **Autres modifications dans le domaine des maladies et troubles de l'appareil circulatoire**

On a créé le DRG F97Z *Traitement complexe de soins intensifs > 1104 points de coûts pour maladies et troubles du système de l'appareil circulatoire avec procédure opératoire particulière*. Dans la version G-DRG 2005, les cas de ces nouveaux DRGs étaient répartis sur différents DRGs dans la partition opératoire, et ils ont maintenant

fait l'objet d'une réévaluation en partie très forte par une représentation séparée. La définition de ce DRG est expliquée en détail au chapitre 3.3.2.14.

Lors de l'analyse de l'année dernière, il est apparu en particulier que pour les cas d'endocardite pour lesquels un cathétérisme cardiaque avait été effectué, cela conduisait à un manque à gagner important. On a donc effectué des différenciations dans le système G-DRG 2005 pour les DRGs comportant des actes diagnostiques interventionnels au moyen de diagnostics augmentant le niveau de sévérité. Cette année, on a réalisé une analyse approfondie des cas d'endocardite sans opération interventionnelle, et vérifié l'aptitude de différents points comme séparateurs de coûts. Ici, l'analyse s'est concentrée sur les diagnostics reliés augmentant le niveau de sévérité de sorte que le DRG de base F61 *Endocardite infectieuse* sera encore mieux différencié à partir de 2006 au moyen de diagnostics secondaires de complication (par ex. ostéomyélite, hémorragies intracérébrales).

A la différence de la CMD 15, la CMD 05 représente non seulement les adultes mais aussi les enfants de plus de 28 jours, dans la mesure où leur poids à l'admission est de plus de 2 500 grammes (segmentation d'âge : cf. à ce sujet chapitre 3.3.2.15). Outre l'âge, la valeur PCCL est apparue dans quelques DRGs comme un bon séparateur de coûts de sorte que dans huit DRGs des nouvelles segmentations ont été effectuées au moyen des attributs « CMA's sévères » ou « CMA's extrêmement sévères ».

### 3.3.2.17 Traitement de la sclérose en plaques

A propos de la sclérose en plaques, nous n'avons reçu cette année que peu de suggestions pour l'aménagement pour l'année 2006. Lors des analyses, on n'a pas obtenu de résultats applicables dans ce domaine, de sorte qu'aucune modification n'a été effectuée dans le système G-DRG. La différenciation réalisée de la version ICD-10-GM 2005 quant au groupe de codes G35 *Sclérose en plaques*, permettra de réaliser des études plus différenciées dans le domaine de la sclérose en plaques lors de l'aménagement du système G-DRG pour l'année 2007.

### 3.3.2.18 Germes multirésistants

Les codes accueillis dans l'ICD-10.GM depuis la version 2004 pour une codification spécifique des germes multirésistants, étaient disponibles pour l'aménagement du système G-DRG de cette année. Cependant les calculs n'apportèrent en de nombreux endroits aucune modification du système DRG, en particulier en ce qui concerne la prise en considération de codes ICD pour les germes multirésistants, car ceux-ci ne se confirmèrent pas comme séparateurs de coûts.

On a cependant créé par analogie aux codes du B95-97 *Bactéries, virus et autres agents infectieux comme cause de maladies classifiées dans d'autres chapitres*, le code U80.0! *Staphylocoque aureus avec résistance à l'oxacilline, aux antibiotiques glycopeptides, chilonones, streptogramines et oxazolidinones (SAMR)* et U80.1! *Streptocoque pneumoniae avec résistance à la pénicilline, l'oxacilline, aux antibiotiques macrolides, oxazolidinones, streptogramines* dans la matrice CCL. Ces codes peuvent ainsi également augmenter le niveau de sévérité.

Pour pouvoir étudier à l'avenir plus en détail la problématique exposée depuis longtemps des germes multirésistants, on a créé un nouveau code OPS 8-987.-

*Traitement complexe pour peuplement ou infection par agents infectieux multirésistants [AIMR] ; traitement complexe en unité d'isolement spéciale.*

### 3.3.2.19 Oncologie :

On a poursuivi comme l'année dernière l'objectif d'une représentation différenciée des prestations pour les soins des patients en oncologie dans le cadre de l'aménagement pour l'année 2006.

L'illustration plus différenciée de la chimiothérapie a constitué l'un des points essentiels de l'aménagement pour l'année 2006. La codification de la chimiothérapie a été différenciée pour l'OPS-301 version 2004 de telle manière qu'on a pu enfin faire une distinction en fonction de la complexité au lieu de la classification précédente selon le type d'application. On a ainsi pu différencier les DRGs de base R60 *Leucémie myéloïde aiguë* et R63 *Autre leucémie aiguë* dans onze DRGs de chimiothérapie en tout. Un DRG pour *Chimiothérapie hautement complexe avec intervention opératoire pour néoformations hématologiques et solides* (R16Z), a pu être créé dans le domaine de la partition opératoire de la MDC 17 *Néoformations hématologiques et solides*. Le tableau 12 ci-dessous montre un aperçu de la différenciation effectuée dans les DRGs de base R60 et R63. L'étendue des poids relatifs qui ont pu être nettement augmentés (de 1,225 – 5,859 à 1,078 – 9,907) devient nettement visible. La classification décrite ci-dessous joue également un rôle.

<b>CMD</b>	<b>DRGs de chimiothérapie dans le système G-DRG version 2005</b>	<b>PR</b>	<b>DRGs de chimiothérapie dans le système G-DRG version 2006</b>	<b>PR</b>
<b>Pré</b>	A42A	4,093	A42A	4,233
<b>17</b>			R16Z	4,327
	R60A	5,859	R60A	9,907
	R60B	5,259	R60B	6,145
	R60C	4,077	R60C	5,744
			R60D	4,535
			R60F	1,967
	R63A	4,144	R63A	7,748
	R63B	3,774	R63B	4,351
	R63C	3,170	R63C	3,860
			R63D	3,224
	R63E	1,225	R63E	2,749
R63G			1,078	

Tableau 12 :: DRGs de représentation de la chimiothérapie

On a procédé cette année pour la première fois à un tri dans la CMD 17 dépassant en grande partie le cadre de la partition, ce qui signifie que les DRGs de la partition opératoire et les DRGs de la partition médicale ont été triés selon un poids relatif décroissant dans leur hiérarchie d'interrogation dans l'algorithme. On a ainsi pu éliminer largement la problématique de la moindre rémunération pour plus de prestation, qui faisait par exemple qu'un cas de chimiothérapie qui aurait été classé dans le DRG R63A *Autre leucémie aiguë avec chimiothérapie, dialyse ou septicémie* de la version G-DRG 2005, était classé à cause d'une intervention opératoire dans le DRG R11B *Lymphome et leucémie avec procédure opératoire particulière sans CMA extrêmement sévères ou sévères* présentant un poids relatif bien inférieur à celui du DRG R63A. Le classement est expliqué plus en détail au chapitre 3.3.3.3.

Du fait de la modification de l'année dernière des Directives de Codage allemandes (DKR 0201d) pour les cas dont l'admission du patient était due principalement à une chimiothérapie systémique de la tumeur primaire et/ou des métastases, on a cherché des possibilités de simuler ces modifications. On a pu identifier les cas concernés par des tests de plausibilité et en modifier les codes conformément à la DKR 0201. On a donc pu tenir compte de la modification de la directive de codage lors de l'aménagement du système G-DRG pour l'année 2006, et calculer les poids relatifs des DRGs en résultant.

Dans des analyses propres, on a examiné la présence de métastases ou de chimiothérapie en cas de tumeurs solides (par ex. dans les DRGs de base G60, N60) comme critère de segmentation. Mais ces caractéristiques ne se confirmèrent pas comme séparateurs de coûts.

Comme pour la chimiothérapie systémique, une réglementation correspondante a été introduite pour les cas avec radiothérapie systémique (thérapie par radioiode, irradiation totale) dans les Directives de Codage allemandes 2006 (DKR 0201e). Mais il n'a pas été possible d'obtenir des modifications aussi importantes que celles obtenues pour système G-DRG version 2005 pour la représentation des radiothérapies dans le cadre l'aménagement de système G-DRG de cette année. Il faut cependant citer ici la représentation nouvellement établie des radiothérapies dans le domaine de l'ophtalmologie. Des explications détaillées à ce sujet se trouvent au chapitre 3.3.2.3.

Nous avons reçu cette année encore de nombreuses suggestions pour la création de nouveaux paiements additionnels qui ont entraîné en substance les modifications suivantes :

- création de nouveaux paiements additionnels également pour le domaine de l'oncologie comme par exemple *Cetuximab* (ZE48) et *Doxorubicine liposomale* (ZE 52)
- En raison des remarques concernant un sous-financement structurel pour le traitement oncologique des enfants, lorsque ceux-ci reçoivent ces médicaments administrés en doses typiques, on a pu mettre en place onze paiements additionnels, parmi lesquels également des paiements additionnels non oncologiques, des catégories supplémentaires de dose pour les enfants dont la facturation est limitée en fonction de l'âge du patients (par ex. <10 ans).
- création d'un nouveau paiement additionnel non évalué pour *Boost de cellules souches après greffe réussie de cellules souches hématopoïétiques, avec préparation in-vitro* (ZE2006-44)

- représentation des *Actes diagnostiques complexes pour affections hématologiques et oncologiques chez les enfants et les adolescents* (ZE2006-45)

La thématique des Paiements additionnels est exposée en détail au chapitre 2.5 et 3.4.1.3.

### **3.3.2.20 Syndrome de Parkinson**

Nous n'avons reçu aucune suggestion dans le domaine du syndrome de Parkinson pour l'aménagement du système forfaitaire G-DRG pour l'année 2006, de sorte qu'il n'a été procédé à aucune modification.

Les codes de l'ICD-10-GM version 2006 différenciés pour la première fois en fonction du degré de sévérité pour G20.- *Syndrome primaire de Parkinson* vont permettre à l'avenir d'effectuer des analyses plus approfondies.

### **3.3.2.21 Paralysie par section médullaire**

Après une vaste prise en considération du domaine de la Paralysie par section médullaire dans le cadre de l'aménagement du système G-DRG pour l'année 2005, le complexe de la Paralysie par section médullaire a fait de nouveau l'objet d'analyses approfondies dans le cadre de l'aménagement pour l'année 2006. Comme cela a été suggéré à plusieurs reprises, le DRG B61Z *Affections aiguës et blessures de la moelle épinière* a été examiné quant à un nettoyage de la liste des codes de divers codes comme par exemple pour la pose de cathéter en cas de paralysie de la vessie. Ces analyses ainsi que d'autres propositions de réorganisation du système n'ont cependant pas apporté d'amélioration d'ensemble, de sorte que finalement l'aménagement de cette année n'a apporté aucune modification dans le DRG B16Z et dans l'ensemble de thèmes concernant la paralysie par section médullaire.

Une différenciation sûre des paralysies par section médullaire selon qu'elles sont « aiguës » ou « chroniques » ne sera possible que dans le cadre des analyses de l'année prochaine étant donné que le code ICD G82.- *Paraparésie, tétraparésie et tétraplégie* a été suffisamment différencié en 2005 et qu'on devrait ainsi disposer d'une base de données suffisante pour l'aménagement de l'année 2007.

### **3.3.2.22 Traumatisme craniocérébral (TCC)**

Dans le cadre de la collecte de suggestions, nous avons reçu des propositions concernant l'hypothermie thérapeutique comme option de thérapie dans le cas des traumatismes craniocérébraux. Du fait qu'on ne disposait d'aucune désignation de prestation correspondante dans l'OPS 2005, il n'a pas été possible de vérifier si cette thérapie était envisageable comme séparateur de coûts.

Tout comme dans le système G-DRG 2005, le DRG A43Z *Réhabilitation précoce pour coma éveillé et locked-in syndrome* est resté sans évaluation pour 2006. La proposition de réunir tous les cas avec coma éveillé ou traumatisme craniocérébral sévère sans

réhabilitation précoce dans un autre DRG non évalué, n'a pas été mise en œuvre, car les analyses effectuées n'ont montré aucune amélioration de l'ensemble du système.

On a analysé en outre intensivement la classification de blessures de la CMD 21A *Traumatisme multiple*. On a ainsi pu rayer deux codes de diagnostics pour les blessures de la tête non spécifiques de la logique de définition pour les traumatismes multiples, de sorte que la définition du traumatisme multiple a pu être encore précisé au sein du système G-DRG.

### 3.3.2.23 Apoplexie cérébrale

Pour pouvoir mieux représenter et analyser les soins spécialisés administrés aux patients d'apoplexie cérébrale, on a introduit dans l'OPS version 2005 un code pour le traitement complexe neurologique de l'apoplexie cérébrale aiguë. Une large saisie de données complémentaires avait déjà permis dans le cadre de l'aménagement du système G-DRG de cette année un traitement étendu de cette thématique, grâce auquel on a finalement pu réduire ce qu'on appelle la lacune OPS de calcul des coûts.

Les analyses n'ont donc pas été effectuées comme l'année dernière au moyen de l'attribut « stroke-unit » comme caractéristique de service spécialisé, mais au contraire en fonction du traitement complexe effectivement réalisé pour apoplexie cérébrale selon la définition du *Traitement complexe neurologique de l'apoplexie cérébrale aiguë* (8-981.\*) de l'OPS version 2005.

Il en a résulté sept nouveaux DRGs dans la CMD 01 *Maladies et troubles du système nerveux*. D'une part le DRG de base B69 *Accident ischémique transitoire (AIT) et occlusions de vaisseaux extracrâniens* a été complété par le critère du traitement complexe neurologique de l'apoplexie cérébrale aiguë. Ce DRG est maintenant segmenté en plus du niveau de sévérité, au moyen du traitement complexe neurologique de l'apoplexie cérébrale aiguë et de sa durée. Ont été créés les nouveaux DRGs B69A *Accident ischémique transitoire (AIT) et occlusions de vaisseaux extracrâniens avec CMAs extrêmement sévères et traitement neurologique complexe de l'apoplexie cérébrale aiguë*, B69B *Accident ischémique transitoire (AIT) et occlusions de vaisseaux extracrâniens avec traitement neurologique complexe de l'apoplexie cérébrale aiguë, plus de 72 heures, sans CMAs extrêmement sévères* et B69D *Accident ischémique transitoire (AIT) et occlusions de vaisseaux extracrâniens avec traitement neurologique complexe de l'apoplexie cérébrale aiguë, jusqu'à 72 heures, sans CMAs extrêmement sévères*.

Le DRG de base B70 *Apoplexie* a été différencié de manière similaire, ce qui a permis d'établir les quatre nouveaux DRGs suivants : B70A *Apoplexie avec ventilation artificielle >95 et <178 heures ou avec hémorragie intracrânienne et traitement neurologique complexe de l'apoplexie cérébrale aiguë, plus de 72 heures*, B70B *Apoplexie avec traitement neurologique complexe de l'apoplexie cérébrale aiguë, plus de 72 heures ou avec thrombolyse systémique, sans hémorragie intracrânienne, plus d'une journée d'hospitalisation*, B70D *Apoplexie avec traitement neurologique complexe de l'apoplexie cérébrale aiguë, jusqu'à 72 heures, sans hémorragie intracrânienne, plus d'une journée d'hospitalisation* et B70F *Apoplexie avec traitement neurologique complexe de l'apoplexie cérébrale aiguë, décédé <4 jours après admission*. Ici encore le traitement neurologique complexe de l'apoplexie cérébrale aiguë a été établi en tant que critère supplémentaire et est maintenant significatif pour

le groupage en association avec la durée de ce traitement complexe outre la condition de l'hémorragie intracrânienne.

Un grand nombre d'autres critères significatifs pour les coûts ont été largement analysés, et parmi eux le critère de la lyse systémique a été mis en place dans le DRG B70B.

On a pu en outre condenser le DRG B83C avec le DRG B70A, la durée de la ventilation artificielle en tant que condition d'entrée pour le DRG B70A ayant parallèlement été abaissée à >95 et <178 heures.

Dans le système G-DRG version 2005, les cas d'apoplexie cérébrale ayant nécessité une ventilation artificielle de longue durée avec procédures opératoires supplémentaires ont été regroupés dans les DRGs ayant un poids relatif plus faible que les DRGs dans lesquels ils auraient été classés s'il n'y avait pas eu de procédure opératoire.

En modifiant la logique d'attribution, on a obtenu une représentation améliorée de ces cas d'apoplexie cérébrale aiguë qui ont été non seulement ventilés artificiellement mais aussi opérés, dans le DRG de base B02 *Craniotomie complexe ou opération de la colonne vertébrale ou autre opération onéreuse sur le système nerveux avec ventilation artificielle >95 heures* ou en cas de réhabilitation précoce supplémentaire dans le DRG B11Z *Réhabilitation précoce avec craniotomie, grande opération de la colonne vertébrale, procédure opératoire particulière ou opération onéreuse sur le système nerveux avec ventilation artificielle >95 heures*, de sorte que ces cas sont maintenant dotés d'une rémunération appropriée.

La partition opératoire de la CMD 01 a été également soumise à un examen intensif quant au traitement neurologique complexe de l'apoplexie cérébrale aiguë, cependant en raison du faible pourcentage de nombre de cas dans les données de calcul des coûts fournies de manière complémentaire cette année, il n'a pas encore été possible d'effectuer une analyse concluante ayant pu permettre une représentation correspondant aux suggestions ou se basant sur nos propres analyses.

Dans la base de données de l'année 2005 servant pour l'aménagement pour l'année 2007, le code OPS 8-981.\* *Traitement neurologique complexe de l'apoplexie cérébrale aiguë* en fera partie de manière régulière ce qui permettra de procéder à des analyses plus complètes.

### **3.3.2.24 Thérapie de la douleur**

Dans la version OPS 2005, le code 8-918 a été différencié au niveau de la durée du traitement :

8-918.0 *Thérapie multimodale de la douleur : au moins 7 jusqu'à maximum 13 jours de traitement*

8-918.1 *Thérapie multimodale de la douleur : au moins 14 jusqu'à maximum 20 jours de traitement*

8-918.2 *Thérapie multimodale de la douleur : au moins 21 jours de traitement*

Les propositions voulant déjà tenir compte de cette différenciation dans les DRGs de thérapie de la douleur de la version G-DRG 2006, - étant donné que les codes n'étaient pas encore indiqués dans les données des hôpitaux de calcul des coûts,

n'étaient pas calculables sous la forme proposée. On n'a pas pu non plus réaliser de simulations fiables par analyses de substitution.

Grâce au code différencié en fonction de la durée de traitement *Thérapie multimodale de la douleur* dans les données de calcul des coûts de l'année 2005, on obtiendra des possibilités d'analyses nettement plus étendues. Cela sera sans doute aussi le cas aussi plus tard pour le code nouvellement admis dans la version OPS 2006 *Traitement multimodal de la douleur de courte durée*.

La création de nouveaux DRGs, comme par exemple pour la *Thérapie multimodale de la douleur pour néoformations malignes*, a été proposée dans le cadre de la collecte de suggestions, ce qui n'a pas pu être mis en œuvre en raison du faible nombre de cas concernés dans les données de calcul des coûts.

Les propositions visant à classer les codes OPS pour certains procédés thérapeutiques de la douleur (cathéter spinal permanent, pompes à médicaments implantables pour anesthésie intrathécale) dans divers DRGs opératoires, ont été analysées, mais n'ont pas pu être mises en pratique du fait que seul un très faible nombre de cas était concerné parmi les données des hôpitaux de calcul des coûts et qu'en conséquence une évaluation n'a pas été possible.

Ainsi les DRGs créés l'année dernière pour la thérapie multimodale de la douleur dans la CMD 01 *Maladies et troubles du système nerveux*, CMD 08 *Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif*, CMD 19 *Maladies et troubles psychiques* et CMD 23 *Facteurs influant sur l'état de santé et autre mise à contribution de la santé publique* ont été conservés, il n'a cependant pas été possible de calculer un poids relatif pour l'année 2006 pour le DRG U42Z *Thérapie multimodale de la douleur pour maladies et troubles psychiques* sur la base des données disponibles.

### 3.3.2.25 Grands brûlés

Comme c'était déjà le cas pour le système G-DRG version 2005, deux DRGs de médecine des grandes brûlés n'ont pas pu être dotés d'un poids relatif.

Il s'agit des DRGs suivants :

- Y01Z *Interventions opératoires ou ventilation artificielle >95 heures pour brûlures sévères* et
- Y61Z *Brûlures sévères*

La raison continue d'être que le nombre de cas et l'homogénéité des coûts (grand nombre de patients à hospitalisation de longue durée) ne constituaient pas une base suffisante pour le calcul d'un forfait.

Il a été suggéré dans le cadre de la collecte de suggestions pour 2006 que certaines brûlures du second degré (degré de gravité IIb en association avec les procédures *Escarotomie* ou *Transplantation de greffon cutané*) soient rajoutées au DRG Y10Z. Etant donné qu'une différenciation des degrés de sévérité IIa et IIb ne peut pas encore être représentée dans la ICD-10-GM version 2004, plusieurs variantes de cette proposition ont été calculées sur la base des attributs disponibles. On n'a finalement pu mettre en pratique que l'admission des brûlures du second degré à partir de 30% de la surface du corps concernée dans le DRG Y01Z.



### 3.3.2.26 Tuberculose

La définition du DRG de base E76 *Tuberculose* avait déjà pu être élargie lors de l'aménagement du système G-DRG pour 2005, en y ajoutant les infections mycobactériennes non tuberculeuses et les formes de tuberculose n'affectant pas principalement les organes respiratoires. On a pu appliquer cette année une proposition prévoyant le déplacement des pneumoconioses associées à une tuberculose du DRG de base E74 dans le DRG de base E76, étant donné que l'analyse montrait que ces cas pouvaient être représentés de manière adéquate dans le DRG de base E76. Au delà d'une durée de séjour de 14 jours, on classe donc dans le système G-DRG version 2006 également des patients avec pneumoconioses et tuberculose dans un DRG non évalué, sur la base de l'évolution de leur durée de séjour et de la proportion de patients à hospitalisation de longue durée.

En outre, la représentation de la tuberculose dans l'ICD-10-GM version 2006 a été différenciée quant au codage des résistances de mycobactéries contre les antituberculiniques avec le code U82.-! *Mycobactéries résistantes aux antituberculiniques (médicaments de premier rang)*. Il sera ainsi éventuellement possible de procéder aux différenciations correspondantes des cas de tuberculose pour les calculs de coûts à venir.

### 3.3.2.27 Chirurgie traumatologique

Les prestations de chirurgie traumatologique sont déjà représentées dans le système G-DRG depuis la version 1.0 dans deux CMDs. Les blessures multiples graves sont classées dans la CMD 21A *Traumatisme multiple*, d'autres blessures pour la majorité dans la CMD 08 *Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif*. Cette séparation s'est avérée efficace ces dernières années mais aussi pour le calcul des coûts de cette année.

#### ***Interventions multiples dans la CMD 08***

Les cas qui présentent certes des blessures multiples mais qui ne remplissent pas encore les conditions de la CMD 21A *Traumatisme multiple*, ou pour lesquels plusieurs interventions ont été nécessaires pour une autre raison, s'avèrent problématiques. Dans le système G-DRG version 2005, ils ont été classés dans les DRGs opératoires de la CMD 08, en règle générale en fonction de l'intervention la plus coûteuse, le fait qu'une ou plusieurs blessures aient été traitées par opération étant rarement significatif pour le groupage. De nombreuses suggestions ont été faites dans le cadre de la collecte de suggestions pour une meilleure représentation de ces cas. Une partie de ces propositions reposait sur des attributs peu exploitables pour la définition d'interventions multiples, on proposait par exemple un DRG ayant pour définition « plus de quatre procédures opératoires ». Les propositions pour l'établissement d'un paiement additionnel pour une « intervention opératoire supplémentaire » allaient dans le même sens.

Dans ce contexte, une définition est dite « exploitable » lorsqu'elle couvre le plus grand nombre possible de cas très coûteux et en même temps le plus petit nombre possible de cas peu coûteux, et cela non seulement dans les données de calcul des coûts mais aussi (vraisemblablement) pour l'année d'application 2006, - et est donc la moins sujette possible à des modifications du comportement de codage. Le seul nombre de

procédures codifiées ne remplit pas ces exigences. Ainsi, une solution n'englobant pas tous les cas hautement onéreux, s'avère être la plus appropriée lorsqu'elle évite une dévaluation des cas onéreux par un fort ajout de cas simples en raison de sa grande précision de segmentation.

Pour certains DRGs de la MDC 08 qui présentent un grand nombre de cas et ne sont pas encore très homogènes dans le système G-DRG 2005, on a pu atteindre cet objectif entre autres par la nouvelle fonction *Intervention sur plusieurs localisations*. Cette fonction prend comme facteur augmentant le niveau de sévérité le fait qu'« au moins deux interventions (non banales) sur plusieurs localisations (qui ne sont pas immédiatement voisines) » ont été effectuées. La figure 6 ci-dessous illustre comment le « non immédiatement voisines » a été défini :

	Bassin	Pied	Main	Articulation de la hanche	Articulation de la genou	Bras	Cuisse	Omaplade/calvicule	Avant-bras	Avant-bras	Bas de la jambe	Colonne vertébrale
Bassin				X			X					X
Pied											X	
Main										X		
Articulation de la hanche							X					
Articulation de la genou							X				X	
Bras								X	X	X		
Cuisse												
Omaplade/calvicule									X			
Articulation de la épaule												
Avant-bras												
Bas de la jambe												
Colonne vertébrale												

	Fonction "Intervention sur plusieurs locations" TRUE
X	n'est pas valable comme "plusieurs locations" au profit d'une segmentation exploitable
	meme location ou couples redondants

Figure 6: Fonction « Intervention sur plusieurs localisations »

La fonction *Intervention sur plusieurs localisations* fait partie de la définition dans les DRGs de base suivants de la CMD 08 :

- 102 Greffe de tissu/de peau, sauf sur la main, avec procédures de complication, interventions sur plusieurs localisations, dommage sévère des parties molles et CMAs sévères ou avec CMAs extrêmement sévères
- 108 Autres interventions sur l'articulation de la hanche et le fémur

- 113 *Interventions complexes sur l'humérus, le tibia, le péroné et l'articulation de la cheville*
- 122 *Greffe de tissu/de peau, sauf sur la main, avec CMAs extrêmement sévères ou sévères I02*

Les interventions multiples sur une même localisation ne remplissent pas les conditions de la fonction décrite ci-dessus. Les interventions aux extrémités des deux côtés en sont un exemple. Etant donné que la caractéristique complémentaire droite/gauche/des deux côtés n'a été admise que dans la version 2005 de l'OPS, une intervention bilatérale n'a donc pu être saisie dans le cadre de l'aménagement de cette année que de manière accessoire avec la logique *deux procédures du tableau [...]*. Cette logique décrit non seulement une intervention bilatérale (que l'on a dû coder en 2004 avec deux codes OPS) mais aussi plusieurs interventions d'un seul ou des deux côtés. Pour prévenir une dévaluation de ce critère de segmentation par un comportement de codage modifié, on n'a admis que peu d'interventions onéreuses dans les tableaux utilisés par la logique *deux procédures de [...]*.

Comparé à la version 2005 du système G-DRG, on a tenu compte de la situation *Intervention bilatérale ou plusieurs intervention* dans quatre autres DRGs de la CMD 08 :

- 108 *Autres interventions sur l'articulation de la hanche et le fémur*
- 113 *Interventions complexes sur l'humérus, le tibia, le péroné et l'articulation de la cheville*
- 120 *Intervention sur le pied*
- 157 *Interventions modérément complexes sur l'humérus, le tibia, le péroné et l'articulation de la cheville*

### **Segmentations combinées**

D'autres attributs qui ont été également largement étudiés dans les DRGs de chirurgie traumatologique étaient :

- Proportion du dommage sur les parties molles lors de fractures
- Infection de l'os ou des parties molles
- PCCL
- Parésie cérébrale infantile
- Interventions supplémentaires sur les vaisseaux, nerfs, muscles et tendons

Pour limiter l'augmentation de complexité du système vu le grand nombre de facteurs augmentant les coûts dans respectivement plusieurs DRGs, on a regroupé des situations semblables au niveau des coûts. On a par exemple le DRG I13A *Interventions complexes sur l'humérus, le tibia, le péroné et l'articulation de la cheville avec intervention multiple ou procédure complexe ou diagnostic complexe (tableau 13)* :

Logique selon manuel de définition de la version G-DRG 2006	Contenu de la logique
---	-----------------------

Au moins deux procédures dans tableau TAB-I13-4 <b>ou</b>	Deux interventions onéreuses ou plus <b>ou</b>
Procédure avec caractéristique complémentaire B dans tableau TAB-I13-5 <b>ou</b>	Intervention bilatérale <b>ou</b>
Diagnostic dans tableau TAB-I13-1 <b>ou</b>	Infection de l'os ou des parties molles <b>ou</b>
Procédure dans tableau TAB-I13-6 ou procédure dans tableau TAB-I13-7 <b>ou</b>	Intervention supplémentaires sur les vaisseaux, nerfs <b>ou</b>
Procédure dans tableau TAB-I13-8 <b>ou</b>	Intervention onéreuse supplémentaire sur les muscles et tendons <b>ou</b>
Diagnostic dans tableau TAB-I13-2 <b>ou</b>	Fracture avec dommage sévère des parties molles <b>ou</b>
Intervention sur plusieurs localisations	Fonction expliquée ci-dessus

Tableau 13 : Logique de définition du DRG I13A

### **Traumatisme multiple**

Dans la version 2006 G-DRG, les blessures multiples continuent d'être groupées dans la CMD 21A *Traumatisme multiple*. En substance, la logique d'attribution de cette CMD (*blessure sévère d'au moins deux systèmes d'organes*) est restée inchangée depuis G-DRG 1.0. Cette année encore, lors de l'aménagement il n'y avait pas lieu de changer la représentation des blessures multiples sévères pour créer une CMD distincte.

On a cependant pu nettoyer certaines imprécisions de cette définition, par exemple le code S06.9 *Blessure intracrânienne, non précisée* (avec lequel on peut aussi désigner une commotion cérébrale en cas de codage imprécis) a été rayé du tableau correspondant.

En outre les interventions sur la colonne vertébrale de patients à traumatisme multiple ont été réévaluées. Ces opérations ont été déplacées du DRG W02 *Traumatisme multiple avec autres procédures opératoires* dans le DRG W04, qui s'appelle maintenant *Traumatisme multiple avec interventions sur l'articulation de la hanche, le fémur, les extrémités et la colonne vertébrale*.

Tant dans le DRG de base W02 *Traumatisme multiple avec interventions sur l'articulation de la hanche, le fémur, les extrémités et la colonne vertébrale* que dans le DRG de base W04 *Traumatisme multiple avec autres procédures opératoires*, on a pu obtenir une représentation différenciée des patients particulièrement onéreux par une segmentation avec des procédures de complication ou interventions sur plusieurs localisations.

En outre la CMD 21A *Traumatisme multiple* est dotée d'un nouveau DRG W36Z *Traitement complexe de soins intensifs >1104 points de coûts pour traumatisme*

*multiple*. Les DRGs définis par le *Traitement complexe de soins intensifs* sont présentés en détail au chapitre 3.3.2.14.

### 3.3.2.28 Soins administrés aux enfants

Un grand rôle a de nouveau été joué cette année dans le cadre de l'aménagement du système G-DRG par l'examen systématique de tous les DRGs quant à des segmentations possibles selon différentes classes d'âges. Tandis que dans la version 2005 du système G-DRG, 55 DRGs en tout étaient segmentés selon l'âge, on a pu établir pour la version 2006 du système G-DRG des nouvelles segmentations en fonction de l'âge pour 51 autres DRGs, ce qui donne une totalité de 106 DRGs différenciés en fonction de l'âge (de l'enfant).

On a de nouveau consacré beaucoup d'attention à la représentation des enfants et nouveau-nés soumis à une ventilation artificielle de longue durée. On a également étudié dans ce contexte le groupage des nouveau-nés soumis à une ventilation artificielle de longue durée dans les DRGs de ventilation artificielle de la pré CMD. Les modifications simulées dans ce contexte n'ont cependant pas pu être mises en œuvre, car n'apportant aucune amélioration pour l'ensemble du système. Dans trois des cinq DRG de base pour les cas soumis à une ventilation artificielle de longue durée, on a cependant pu différencier la représentation des enfants d'un âge <16 ans. Il s'agit précisément des DRGs A06B, A09A et A13D.

Dans le domaine des affections gastrointestinales, la représentation du traitement opératoire de malformations anorectales a été améliorée. Celles-ci ne seront désormais plus groupées dans le DRG de base G11 *Pyloromyotomie ou anoproctoplastie et reconstruction de l'anus et du sphincter*, mais dans le DRG G17Z *Autre résection rectale*, ce qui signifie une nette réévaluation de ces cas onéreux. La représentation des cas présentant des dysfonctionnements somatoformes autonomes de l'appareil digestif supérieur ou inférieur a également changé, ceux-ci étant groupés à partir de 2006 dans le DRG U64Z *Troubles dus à l'angoisse ou autres troubles affectifs et somatoformes* ou dans le DRG U41Z *Thérapie à caractère social et neuropédiatrique* ou U43Z *Thérapie psychosomatique, âge <18 ans* (dans le cas d'une thérapie socio-, neuro-, pédiatrico-psychosomatique ou d'une thérapie psychosomatique).

A partir de 2006, avec le code OPS 8-986 *Traitement complexe multimodal rhumatologique de l'enfant et de l'adolescent*, on peut codifier ces thérapies pour la première fois de manière différenciée en fonction de la durée du traitement. Grâce à des analyses spéciales qui tiennent compte d'une durée de séjour correspondante, de la présence de « diagnostics rhumatologiques » et de caractéristiques minimum réunies sous le code 8-986, on a déjà pu faire entrer ce code dans le nouveau DRG I97 non évalué *Traitement complexe rhumatologique pour les maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif* pour la version 2006 du système G-DRG. En outre, les cas d'arthrite chronique juvénile polyarticulaire et oligoarticulaire avec contraction ou épanchement ou niveau de l'articulation ont été réévalués par le groupage dans le DRG I66A *Autres affections du tissu conjonctif, plus d'une journée d'hospitalisation, avec plusieurs diagnostics complexes ou avec diagnostic complexe, avec dialyse*.

En ce qui concerne les paiements additionnels énumérés dans les annexes 2, 4, 5 et 6 de la FPV 2006, des explications détaillées sont données au chapitre 3.3.2.19 (thématique Oncologie) ainsi que 2.5 et 3.21.3 (thématique Paiements additionnels).

**CMD 15**

Dans la version 2006 G-DRG, la CMD 15 *Nouveau-nés* comprend en tout 42 DRGs, ce sont quatre DRGs de plus que pour la version 2005 G-DRG. D'une part le DRG P60B a été subdivisé par un degré de sévérité supplémentaire sur la base de l'admission en raison d'un « transfert ». Le DRG P60B *Nouveau-né, transféré <5 jours après admission sans procédure opératoire significative, transfert d'un autre hôpital*, contient ainsi des cas portant comme mention d'admission « V » (transfert) ou « K » (admission) pour transfert d'un autre hôpital dans le cadre d'une coopération. Les cas qui sont admis pour poursuivre un traitement dans les cliniques ou unités pédiatriques correspondantes, sont ainsi réévalués. Le DRG P60C *Nouveau-né, transféré <5 jours après admission sans procédure opératoire significative, sans transfert d'un autre hôpital*, contient tous les autres cas du DRG P60B de la version 2005 G-DRG, qui ne portent pas comme mention d'admission « transfert », mais, comme tous les cas du DRG P60B, mais « transfert » comme raison de sortie.

Dans la version G-DRG 2006, on a tout d'abord différencié les cas ayant un poids à l'admission <999 grammes, selon qu'une procédure opératoire significative avait été effectuée ou pas. Ceux-ci seront regroupés à l'avenir dans les DRGs P61A *Nouveau-né, poids à l'admission <600 g avec procédure opératoire significative*, P61C *Nouveau-né, poids à l'admission 600-749 g avec procédure opératoire significative*, P62A *Nouveau-né, poids à l'admission 750-874 g avec procédure opératoire significative* et P62C *Nouveau-né, poids à l'admission 875-999 g avec procédure opératoire significative*.

Dans le domaine des interventions opératoires, les analyses se concentraient parallèlement sur la représentation des interventions multiples au sein de la CMD 15 qui est principalement utilisée pour les nouveau-nés présentant des malformations. Mais du fait qu'on ne disposait que de peu de cas dans les données des hôpitaux de calcul des coûts pour effectuer les calculs, il n'a pas été possible de procéder cette année à des modifications dans ce domaine.

Le DRG P03D *Nouveau-né, poids à l'admission 1000-1499 g avec procédure opératoire significative ou ventilation artificielle >95 heures, sans problèmes multiples sévères* a été supprimé et condensé avec le DRG P03C en raison de la similitude des coûts.

Cette année encore, nous avons de nouveau reçu des propositions contenant la réévaluation de procédures en tant que « procédure opératoire significative » pour les DRG de base de P03 à P06, ou la suppression de procédures (par ex. apport d'oxygène ou luminothérapie chez le nouveau-né), qui sont significatives de regroupement dans les DRGs P65C, P66C et P67C. Toutes ces simulations n'ont cependant pas donné d'amélioration pour l'ensemble du système et n'ont donc pas été prises en compte. De même de nombreux calculs ont été réalisés pour l'ajout ou la suppression de diagnostics du tableau *Problème grave chez le nouveau-né*, pour lesquels des informations concrètes avaient été fournies dans le cadre de la collecte de suggestions. La suppression du diagnostic T88.4 *Intubation non réussie ou difficile* a été effectuée. L'ajout de diagnostics n'a pas été possible dans de nombreux cas, car il s'agissait ici d'attributs « peu exploitables ». Cela signifie que la définition d'un diagnostic est si large au niveau du contenu que le codage peut englober des affections aussi bien sévères que légères, comme par exemple pour le code P29.1

*Troubles du rythme cardiaque chez le nouveau-né.* Aucune différence au niveau des coûts n'a donc pu être constatée.

Comme il a été proposé, on a de nouveau calculé le groupement des enfants ayant un poids inférieur à 3 500 g dans la CMD 15 *Nouveau-nés* au niveau de la pré-CMD, mais cette année encore il n'en résulta aucun effet positif sur l'ensemble du système qui aurait rendu possible une mise en œuvre.

Comme en 2005, aucun DRG de la CMD 15 n'est concerné par la réglementation concernant la réadmission selon § 2 alinéa 1 et 2 FPV 2006 pour l'année qui vient.

### 3.3.3 Changements formels

#### 3.3.3.1 Changements de désignation des DRGs de base (ABC au lieu de ZZZ)

Dans le système G-DRG version 2005, le nombre des DRGs de base non segmentés (les groupes dits Z-DRGs) a nettement augmenté bien qu'une différenciation grandissante des DRGs ait été effectuée. L'augmentation des DRGs de base non segmentés a résulté de la séparation des DRGs de base segmentés jusqu'à présent en deux ou plusieurs DRGs de base autonomes (par exemple F19A/B au lieu de F19Z/F55Z) pour pouvoir procéder à un classement cohérent selon les poids relatifs de coûts. Dans ce contexte, le manque de clarté des DRGs de base allant ensemble a été critiqué, et le souhait d'une plus grande transparence et de compréhension des réorganisations a été exprimé. C'est ce qui a conduit à un large renumérotation des DRGs de base qui avaient reçu l'année dernière des numéros de DRGs de base disparates en raison du tri effectué.

Les DRGs ont été dotés de l'ancien numéro (commun) du DRG de base, lorsqu'on était en présence de conditions de segmentation simples, comme par exemple :

- PCCL
- Age
- Diagnostics
- Jours d'hospitalisation

Grâce au regroupement de ces DRGs, les segmentations simples de degré sévère sont à nouveau identifiables. On a renommé en tout 81 DRGs de cette façon. Les DRGs concernés par les changements de désignation sont reconnaissables à l'aide du tableau de migration qui a été publié sur le site Internet de l'institut.

L'aperçu suivant (tableau 14) compare un exemple de redésignation dans les versions du système G-DRG 2005 et 2006 :

Système G-DRG Version 2005	Système G-DRG Version 2006
<b>F19Z</b> Autre intervention percutanée transluminale sur le cœur, l'aorte, les vaisseaux pulmonaires avec CMAs extrêmement sévères	<b>F19A</b> Autre intervention percutanée transluminale sur le cœur, l'aorte, les vaisseaux pulmonaires avec CMAs extrêmement sévères
<b>F55Z</b> Autre intervention percutanée	<b>F19B</b> Autre intervention percutanée

transluminaires sur le cœur, l'aorte, les vaisseaux pulmonaires sans CMAs extrêmement sévères	transluminaires sur le cœur, l'aorte, les vaisseaux pulmonaires sans CMAs extrêmement sévères
---	---

Tableau 14 : Exemple d'un changement des numéros de DRGs de base

### 3.3.3.2 Déconcentration

Le désir de transparence et de lisibilité a été également exprimé dans le cadre des concentrations de DRGs effectuées l'année dernière. Comme résultat de l'aménagement du système G-DRG version 2005, on a obtenu tout d'abord plus de 1.000 groupes de cas DRG. Ce très grand nombre de DRGs a été concentré ensuite pour donner les 878 groupes de cas du catalogue de tarification forfaitaire par cas (système 2005), ce qui a donc réduit nettement le nombre des DRGs. Il a été suggéré dans le but d'une plus grande transparence de procéder à une séparation de DRGs compliqués concentrés du système 2005 (déconcentration), ce qui a pu être appliqué au total pour six DRGs.

L'aperçu suivant (tableau 15) compare un exemple de déconcentration dans les versions du système G-DRG 2005 et 2006 :

Système G-DRG Version 2005	Système G-DRG Version 2006
<b>F07Z</b> Amputation avec intervention vasculaire supplémentaire ou autres interventions avec cœur-poumon artificiel, âge <1 an ou avec procédures de complication ou opération complexe	<b>F28A</b> Amputation avec intervention vasculaire supplémentaire
	<b>F07Z</b> Autres interventions avec cœur-poumon artificiel, âge <1 an ou avec procédures de complication ou opération complexe

Tableau 15 : Exemple de déconcentration

### 3.3.3.3 Classement

#### **Problématique de la « rémunération moindre pour plus de prestation » et ébauches de solutions en 2004**

La problématique faisant qu'un cas, du fait d'une prestation supplémentaire, soit classé dans un DRG avec un poids relatif induisant une rémunération plus faible que ce qu'il aurait reçu sans cette prestation, est désigné par « rémunération moindre pour plus de prestation ». Dans le cadre de l'aménagement de l'année dernière, la recherche d'une solution à ce problème a été largement évoquée. Les modifications déjà effectuées pour la version G-DRG 2005 peuvent être résumées en substance par deux points :

- création de nouveaux DRGs pour interventions multiples typiques



- classement cohérent de tous les DRGs des partitions opératoires selon un poids relatif décroissant

L'application du deuxième point a entraîné la création de nombreux DRGs de base dans les CMDs respectives. Bien que, comme cela a été expliqué au chapitre 3.3.3.1., un regroupement de segmentations simples en un seul DRG de base a pu être réalisé pour la version G-DRG 2006, bien que le classement ait été conservé, le nombre de 40 DRGs opératoires continue d'être dépassé dans les CMDs 05 *Maladies et troubles de l'appareil circulatoire* et 08 *Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif*. Cela a pour conséquence que pour ces deux CMDs, le groupe de numéro pour la partition opératoire (01-39) n'a pas été respecté et que par conséquent les DRGs opératoires peuvent porter des chiffres entre 40 et 99.

### **Modifications en 2005**

Le problème de base posé par la moindre rémunération pour plus de prestation est le plus fortement marqué dans les partitions opératoires, mais ne se limite pas à celles-ci. Par exemple, il était encore possible dans la version G-DRG 2005 qu'un cas remplissant les conditions du DRG R60A *Leucémie myéloïde aiguë avec chimiothérapie, avec diagnostic de complication ou dialyse ou pose d'une chambre implantable* (poids relatif 5,859) soit attribué au DRG de base R11 *Lymphome et leucémie avec autres procédures opératoires* (poids relatif de 1,079 à 2,362) en raison d'une opération supplémentaire, ce qui représente une nette dévaluation de ce cas.

Pour cette raison on a procédé dans la mesure du possible dans la CMD 17 *Néoformations hématologiques et solides* à un classement de tous les DRGs au-delà de la partition.

En outre on a effectué dans 4 CMDs un classement commun de la partition médicale et de l'autre partition, cela concerne :

CMD 03 *Maladies et troubles de l'oreille, du nez, de la bouche et de la gorge*

CMD 06 *Maladies et troubles des organes digestifs*

CMD 07 *Maladies et troubles du système hépatobiliaire et du pancréas*

CMD 11 *Maladies et troubles des organes urinaires*

Dans toutes les autres CMDs qui présentent non seulement une autre partition mais aussi une partition médicale, le classement dépassant la partition a été également simulé mais non pas mis en pratique, étant donné qu'il n'apportait aucune amélioration à l'ensemble du système.

## **3.3.4 Transition de version et aménagements des classifications ICD et OPS**

### **3.3.4.1 Passage aux versions valables à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2006 des classifications ICD-10 et OPS**

Les données médicales sur lesquelles repose l'aménagement du système G-DRG de l'année 2004, se fondent sur des diagnostics et procédures qui ont été codés selon la version ICD-10-GM 2004 ou version OPS-201 2004. La version G-DRG 2004/2006 qui

a été la première des versions G-DRG devant être publiées sur le site Internet de l'InEK, représente la nouvelle classification DRG avec les codes de ces versions. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2006, on utilise pour le codage la version ICD-10-GM 2006 et la version OPS 2006. Le manuel de définition G-DRG a dû être adapté aux versions respectives en vigueur. Cette adaptation s'est faite en deux étapes :

1. passage à l'ICD-10-GM version 2005/OPS version 2005
2. passage à l'ICD-10-GM version 2006/OPS version 2006

A la suite de quoi les versions correspondantes ont été publiées (version G-DRG 2005/2006 et version G-DRG 2006).

L'ICD-10-GM version 2006 valable à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2006 contient en tout 13 173 codes, et donc 76 de plus que l'ICD-10-GM version 2005 (13 097). Plus de 95% des codes (13 030) sont totalement identiques (code et texte).

L'OPS version 2006 contient en tout 22 812 codes (OPS officielle seulement), ce sont 381 de plus que l'OPS version 2005 (22 431). Ici aussi la grande majorité des codes est totalement identique (avec 21 187 inscriptions identiques au niveau du code et du texte, ce qui correspond également à plus de 90%).

La première étape importante de la transition, est l'indication obligatoire de la latéralisation qui vient d'être inscrite à l'OPS version 2005. 12 648 codes sont concernés par cette mesure (OPS officielle). Ces codes sont caractérisés dans l'OPS et dans les manuels de définition des versions G-DRG 2005/2006 par « ↔ ». Les codes différents de l'OPS-301 version 2004 pour la procédure unilatérale et bilatérale sont remplacés par un code avec une caractéristique supplémentaire correspondante.

### 3.3.4.2 Traitement des codes non identiques

Pour les codes identiques, il n'y a pas nécessité de transition. Pour les codes non identiques, la transition choisie consistait la plupart du temps en une transition classificatoire s'orientant sur le tableau de transition de l'Institut Allemand de Documentation et d'Information Médicale (DIMDI). Il a cependant été nécessaire de s'en distancer partiellement. On peut retenir à ce sujet deux variantes :

- la transition classificatoire
- la transition suivant l'algorithme de groupage

Les exemples suivants donnent des explications sur ces variantes.

#### **Exemple 1 - Transition classificatoire**

Ancien code (ICD-10-GM version 2005) :

G20            *Syndrome de Parkinson primaire*

Nouveaux codes (ICD-10-GM version 2006) :

G20.00        *Syndrome de Parkinson primaire sans ou avec une faible diminution : sans fluctuation d'effet*

G20.01        *Syndrome de Parkinson primaire sans ou avec une faible diminution : avec fluctuation d'effet*

G20.10	<i>Syndrome de Parkinson primaire avec diminution modérée jusqu'à sévère : sans fluctuation d'effet</i>
G20.11	<i>Syndrome de Parkinson primaire avec diminution modérée jusqu'à sévère : avec fluctuation d'effet</i>
G20.20	<i>Syndrome de Parkinson primaire avec diminution extrême : sans fluctuation d'effet</i>
G20.21	<i>Syndrome de Parkinson primaire avec diminution extrême : avec fluctuation d'effet</i>
G20.90	<i>Syndrome de Parkinson primaire sans désignation plus détaillée : sans fluctuation d'effet</i>
G20.91	<i>Syndrome de Parkinson primaire sans désignation plus détaillée : avec fluctuation d'effet</i>

Tous les nouveaux codes ont été transposés sur l'ancien code G20 selon le tableau de transition du DIMDI. Cela signifie concrètement pour le manuel de définition :

- Dans chaque tableau du manuel de définition version 2005/2006, dans lequel l'ancien code ICD G20 figure, les huit nouveaux codes ont été respectivement inscrits à sa place. Dans ce cas, quatre tableaux sont concernés :
  - tableau de diagnostic principal de la CMD 01 *Maladies et troubles du système nerveux*
  - tableau de diagnostic principal du DRG B67 *Maladies dégénératives du système nerveux*
  - tableau de diagnostic principal du DRG B67 qui sert au groupage dans les DRGs B67A et B67B (*Maladies dégénératives du système nerveux lors de la maladie de Parkinson*)
  - tableau de diagnostic *Conflit d'âge Adultes*
- Dans la matrice CCL, on a respectivement traité les huit nouveaux codes comme l'ancien code, et les a donc inscrits dans la ligne 30 de la matrice CCL. Toutes les exclusions de CMA de l'ancien code G20 ont été créées de manière analogique pour l'ensemble des huit codes.

### **Exemple 2 – Transition s'orientant sur l'algorithme de regroupement**

On a inscrit dans l'OPS version 2006 deux nouveaux codes pour certaines procédures de don de foie vivant :

5-503.5	<i>Résection d'une partie du foie et hépatectomie (pour transplantation) : hémihépatectomie à droite [résection des segments 5 à 8] pour don d'organe vivant</i>
5-503.6	<i>Résection d'une partie du foie et hépatectomie (pour transplantation) : résection d'autres combinaisons de segments pour don d'organe vivant</i>

Dans la transition classificatoire du DIMDI, l'ancien code

5-503.x	<i>Résection d'une partie du foie et hépatectomie (pour transplantation) : divers</i>
---------	---

est attribué aux nouveaux codes de l'OPS version 2005. Une transition basée sur ce modèle aurait signifié pour la classification G-DRG que les nouveaux codes pour le

don d'organe vivant aurait conservé la fonction de l'ancien code dans la version G-DRG 2006. Le DRG Z02Z *Don de foi (don d'organe vivant)* du système G-DRG 2006 ne serait pas sinon pas concerné par les nouvelles méthodes. En raison du diagnostic principal imposé par les Directives de Codage allemandes Z52.6 *Donneur de foie*, les cas correspondants auraient été groupés dans la CMD 23 *Facteurs qui influencent l'état de santé, et autre mise à contribution de la santé publique* et y auraient été classés dans le DRG non spécifique Z01Z *Procédures opératoires pour autres états qui entraînent une mise à contribution de la santé publique*.

Pour éviter cette situation, on a effectué ici une transition s'écartant de la recommandation classificatoire des deux nouveaux codes sur l'ancien code :

5-503.3 *Résection d'une partie du foie et hépatectomie (pour transplantation) : résection partielle gauche, pour don d'organe vivant*

On a ainsi pu obtenir une illustration adéquate dans le DRG Z02Z *Don de foie (don d'organe vivant)*.

### 3.3.4.3 Traitement des codes nouvellement introduits

Pour les codes nouvellement rajoutés dans les classifications ICD-10-GM et OPS pour lesquels on ne disposait pas de recommandation de transition de la part du DIMDI, il y avait trois variantes possibles de prise en considération dans le manuel de définition version 2006 :

#### ***Variante 1 : On ne tient pas compte de ces codes.***

C'est la démarche typique lors de l'entrée de nouveaux codes OPS dans la classification G-DRG. En raison du manque d'informations sur les coûts de la procédure qui ne pouvaient pas être encore codifiées l'année de la collecte des données de calcul des coûts, une évaluation de ces prestations n'est en règle générale pas possible. Les codes nouvellement admis dans les OPS version 2006 de 8-987 *Traitement complexe pour colonisation ou infection avec des germes multirésistants* en sont un exemple. Ces codes sont des procédures valables dans la classification G-DRG 2006 non significatives au niveau du groupage.

Par principe une non prise en compte générale dans le manuel de définition n'est possible que pour les codes OPS. Un nouveau code ICD doit être cependant attribué en suivant la logique du système, au moins à un DRG de la partition médicale d'une CMD (ou bien aux diagnostics principaux non valides).

L'entrée d'un nouveau code sans valeur au niveau du groupage peut avoir pour conséquence qu'un diagnostic ou une procédure pouvant être codé(e) qui est éventuellement associé(e) à des coûts importants, devient sans importance pour le classement DRG, risquant ainsi de ne pas être codé(e), ce qui complique par la suite le calcul des coûts de ces prestations.

#### ***Variante 2 : On crée ou modifie des DRGs en fonction des codes rajoutés aux classifications ICD-10-GM et OPS.***

Pour une telle démarche, on ne disposait la plupart du temps d'aucune base pour un calcul des coûts. On a cependant pu réaliser pour certains codes une classification dans un DRG grâce à une collecte de données supplémentaire et à une prise en

compte dans le calcul des coûts. Les codes OPS 8-985\* *Traitement de motivation de malades dépendants [Cure de désintoxication qualifiée]*, qui sont significatifs au niveau du groupage dans deux DRGs de base, en sont un exemple, comme on l'explique en détail au chapitre 3.3.2.2.

**Variante 3 : Les codes nouvellement créés sont rattachés à d'anciens codes présentant un contenu ou des coûts semblables.**

Cette méthode a été utilisée pour la représentation de quelques procédures nouvellement admises, on a traité par exemple le changement bronchoscopique d'une attelle dans le manuel de définition version 2006 de manière analogue à l'implantation correspondante.

Les nouveaux codes sans recommandation de transition de la part du DIMDI ont été traités en règle générale selon la variante 1. Les variantes 2 et 3 n'ont été appliquées qu'exceptionnellement. On a ainsi pu rester fidèle au principe de base de la transition des codes ICS et OPS étant d'obtenir une congruence de contenu la plus grande possible entre les versions 2004/2006, 2005/2006 et 2006 du système G-DRG.

### 3.3.4.4 Traitement de la caractéristique supplémentaires de latéralisation de localisation

Avec l'introduction de la caractéristique supplémentaire de latéralisation de localisation dans la version OPS 2005, il a été nécessaire de procéder à un profond remaniement des codes dans la classification. Le passage aux codes de l'OPS version 2005 a représenté cette année la première étape du processus de transition en deux étapes. L'année dernière, la problématique du « traitement de la caractéristique supplémentaire lors de la transition » était survenue lors de la deuxième étape de la transition.

La démarche suivie en 2005 a été réutilisée sans changement. On doit tenir compte ici de deux situations différentes :

**Situation 1 – Codes déjà différenciés selon « unilatéral/bilatéral »**

Pour certaines interventions, des codes différenciés existaient déjà dans l'OPS-301 version 2004 pour les interventions unilatérales et bilatérales. Ceux-ci sont remplacés dans l'OPS version 2005 par un nouveau code avec une indication de localisation :

OPS-301 version 2004

5-324.0- *Lobectomie simple et bilobectomie du poumon : lobectomie unilatérale sans lymphadénectomie radicale, chirurgie ouverte*

5-324.4- *Lobectomie simple et bilobectomie du poumon : lobectomie bilatérale sans lymphadénectomie radicale, chirurgie ouverte*

OPS version 2005

5-324.a↔ *Lobectomie simple et bilobectomie du poumon : lobectomie sans lymphadénectomie radicale, chirurgie ouverte*

Etant donné que, si l'indication de latéralisation n'est pas respectée, des codes perdent quasiment leur différenciation, on a dû procéder à une modification de la logique de groupage en certains endroits. Ceci était nécessaire dans la mesure où les codes

unilatéraux et bilatéraux de l'OPS-301 version 2004 avaient une fonction différente dans l'algorithme DRG. On peut citer en exemple ici le DRG E01Z *Interventions de contrôle, lobectomie bilatérale et résections pulmonaires étendues*, qui ne contient dans la version G-DRG 2004/2006 que les codes de 5-324.4- mais non pas les codes de 5-324.0. Une adaptation de la logique était donc nécessaire ici pour la version G-DRG 2005/2006 qui garantit que, malgré la perte de différenciation des codes, le contenu du DRG ne se modifie pas comparé au calcul des coûts. On a donc dû intégrer dès l'année dernière une nouvelle syntaxe dans le logiciel de groupage et adapter le manuel de définition. Avec la logique d'interrogation « Procédure avec caractéristique supplémentaire B », il continue d'être possible de tenir compte de manière différenciée des interventions bilatérales dans le système de groupage.

### **Situation 2 – Construction auxiliaire « intervention bilatérale » dans l'algorithme**

Jusqu'à présent les DRGs avec des interventions bilatérales, dans la mesure où aucun code spécifique n'existait pour l'intervention unilatérale/bilatérale, ne pouvaient être extraits dans l'algorithme de groupage que de manière non spécifique par le biais de la logique « deux procédures issues d'un tableau ». Cela englobait cependant aussi plusieurs interventions sur un côté. Toutes les logiques dans lesquelles plusieurs interventions ou des interventions bilatérales étaient extraites, devaient être adaptées pour la version G-DRG 2005/2006. On peut citer en exemple le DRG D01A *Implantation cochléaire, bilatérale*. Ici on a dû changer la logique

« Au moins deux procédures dans tableau TAB-D01-1 »

de la version G-DRG 2004/2006 en

« Au moins deux procédures dans tableau TAB-D01-1 ou procédure avec caractéristique supplémentaire B dans tableau TAB-D01-1 »

pour obtenir une représentation au contenu semblable dans la version G-DRG 2005/2006.

On n'a cependant pas pu renoncer au critère « Au moins deux procédures dans tableau [...] », étant donné que les DRGs calculés de cette façon contiennent aussi deux interventions d'un seul côté. La latéralisation de localisation disponible à l'avenir constituera une meilleure base de calcul des coûts pour de telles analyses.

### **3.3.4.5 Adaptation des classifications ICD-10 et OPS**

Comme l'année dernière, les suggestions d'aménagement des classifications ICD-10-GM Version 2006 et OPS Version 2006 ne pouvaient être remises qu'à l'Institut Allemand de Documentation et d'Information Médicale (DIMDI). Les propositions reçues par l'InEK dans le cadre de la procédure visant à une reformulation des codes ont été transmises aux services compétents du DIMDI

Outre les modifications proposées dans le cadre de la collecte de suggestions pour 2006, la création d'autres nouveaux codes est apparue comme nécessaire dans le cadre de l'aménagement du système G-DRG. L'InEK en a fait la demande auprès du DIMDI et ces codes ont pu être rapidement intégrés à l'OPS version 2006 et à l'ICD-10-GM version 2006.

On a par exemple constaté ainsi grâce aux données des hôpitaux de calcul des coûts, qu'il est utile, en raison des nombres de cas et des indications de coûts disponibles, de différencier plus finement les codes 8-980.2 à 8-980.6 du code 8-980 *Traitement complexe de soins intensifs* au moyen des points de coûts, pour permettre ici à l'avenir des représentations plus détaillées dans le cadre des calculs de coûts.

Comme autres exemples on peut citer les nouveaux codes de 8-012 *Administration de médicaments Liste 1* et 8-013 *Administration de médicaments Liste 2* pour la facturation des paiements additionnels pour les médicaments hautement coûteux.

### 3.3.5 Adaptations des Directives de Codage allemandes

Pour l'année 2006, les partenaires auto-administrés s'étaient entendus pour poursuivre le profond remaniement des Directives de Codage allemandes déjà commencé en 2005 dans le but d'un élagage. A la suite de quoi on a supprimé ou condensé des Directives de codage isolées pour éviter les redondances de contenu non seulement au sein des DKRs mais aussi dans l'ICD-10-GM et l'OPS. Il a été procédé en outre à un remaniement rédactionnel ainsi qu'à une adaptation à la modification de la classification des diagnostics/procédures et à la modification de la classification G-DRG pour 2006.

Ci-dessous quelques exemples de modifications/clarifications significatives :

- Radiothérapie : adoption d'une réglementation analogue pour le codage pour hospitalisation pour radiothérapie systémique d'une tumeur primaire et/ou de métastases dans la directive DKR 0201
- clarification de l'ordre de codification d'étiologie/de manifestation en dehors du système croix-étoile (+/\*)
- clarification du codage du code Z37.-! de l'ICD-10-GM *Résultat de l'accouchement* dans la directive DKR 1507

En outre, la nécessité d'une modification pour quelques directives de codage dérivant indirectement des modifications expliquées au chapitre 3.3.4.5 des classifications ICD-10 et OPS a été constatée.

### 3.4 Chiffres statistiques

#### 3.4.1 Résultats principaux et modifications par rapport à l'année dernière

##### 3.4.1.1 Elargissement et réorganisation des groupes de cas

###### *Chiffres caractéristiques*

Le système G-DRG version 2006 comprend en tout 954 DRGs. Le tableau 16 ci-dessous donne un aperçu des modifications effectuées par rapport au système G-DRG 2005.

	Nombre de DRGs	Changement par rapport à l'année dernière
Système G-DRG 2006	954	+ 76
dans le catalogue de tarification forfaitaire par cas	912	+ 67
non évalués (annexe 3)	40	+ 7
DRGs d'hospitalisation partielle uniquement	2	+ 2
DRGs pour une journée d'hospitalisation explicite	17	- 2
DRGs pour une journée d'hospitalisation implicite	241	+ 25

Tableau 16 : Aperçu du système G-DRG Version 2006

Dans le catalogue de paiements additionnels complémentaires (annexe 2 FPV) figurent 40 paiements additionnels évalués (année passée : 35). Le nombre de paiements additionnels résultant de conventions individuelles avec les hôpitaux selon § 6 alinéa 1 KHEntgG (annexe 4 FPV) est de 42 (année passée : 36).

###### **Modification du nombre de DRGs par CMD**

Le tableau A-4 de l'annexe donne un aperçu du changement du nombre de DRGs par CMD.

##### 3.4.1.2 DRGs non évalués

Dans le système G-DRG 2006, le nombre des DRGs représentés comme « ne pouvant pas être dotés d'un forfait » a augmenté de sept par rapport au système G-DRG 2005 pour arriver à en tout 40. Ceux-ci ont été définis de manière définitive de sorte que seul le montant de la rémunération de ces DRGs doit être négocié individuellement avec l'hôpital selon § 6 alinéa 1 KHEntgG.



Une analyse approfondie de tous les DRGs a été effectuée de manière analogue à la démarche des années précédentes :

- homogénéité de tous les cas
- homogénéité des inliers
- nombre minimum de cas
- dispersion de la durée de séjour
- rémunération des patients à longue hospitalisation proportionnellement aux coûts se rapportant à la journée
- possibilité d'un classement fiable et précis aux séparations fines, au moyen des classifications ICD-10 et OPS existantes, en association avec certaines directives de codage.

L'examen critique de l'ensemble de ces aspects dans cadre du système G-DRG 2006 a montré que dans les 40 forfaits de cas énumérés dans l'annexe 3 de la FPV 2006, le DRG s'avérait « non apte à être doté d'un forfait » du fait du non-respect d'un ou plusieurs critères.

### 3.4.1.3 Paiements additionnels

Nous avons étudié 229 prestations spéciales et extrêmement coûteuses quant à la possibilité de les représenter de manière adéquate dans le système DRG, en utilisant la méthode établie l'an dernier. Les informations complémentaires sur les cas fournies par les hôpitaux de calcul des coûts, ont servi cette fois encore comme base centrale pour la définition et l'évaluation des prestations devant bénéficier de paiements additionnels. Le tableau 17 montre le nombre de paiements additionnels du système G-DRG 2006 par rapport au système G-DRG 2005 :

	<b>Système G-DRG Version 2005</b>	<b>Système G-DRG Version 2006</b>
<b>Paiements additionnels évalués avec un montant de rémunération</b>		
Procédures opératoires et interventionnelles (y compris dialyses et procédures apparentées)	12	11
Administration de médicaments et de produits sanguins	23	29
<b>Paiements additionnels selon § 6 alin.1 KHentgG</b>		
Procédures opératoires et interventionnelles (y compris dialyses et procédures apparentées)	25	28
Administration de médicaments et de produits sanguins	9	11
Formes particulières de traitement	2	3
<b>Totalité</b>	<b>71</b>	<b>82</b>

Tableau 17 : Comparaison du nombre de paiements additionnels dans les systèmes G-DRG 2005 et 2006

Les formes particulières de traitement sont le *Traitement complexe par médecine anthroposophique* (ZW 2005-26/2006-26), les *Soins apportés aux personnes extrêmement handicapées* ainsi que le *Traitement complexe par naturopathie* (ZE 2006-40).

La figure 7 donne un aperçu des modifications structurelles apportées dans le domaine des paiements additionnels du système G-DRG 2006 par rapport à celui de l'an dernier.

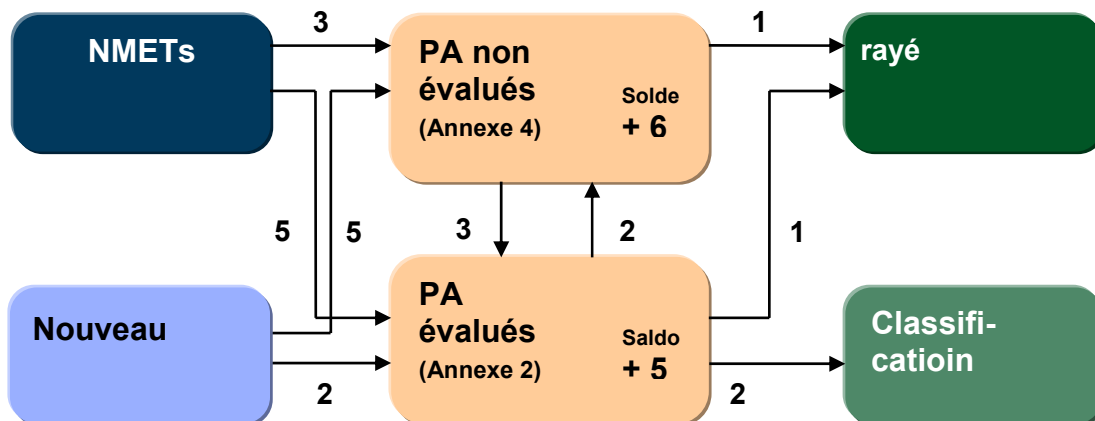


Figure 7: Modifications structurelles des paiements additionnels dans le système G-DRG 2006 par rapport à 2005

Quarante paiements additionnels ont été dotés d'une somme de rémunération et ajoutés à l'annexe 2 de la FPV 2006.

Les prestations ZE 03 et 04 représentées (*Implantation ou changement d'une endoprothèse en cas de tumeur*) ont pu être admises dans la classification. Cela est aussi le cas pour l'*Implantation ou changement d'un neurostimulateur pour la stimulation cérébrale, système à plusieurs électrodes* qui était à l'origine ZE 08. Le ZE 22 *Administration parentérale de methotrexat*, a été supprimé du fait d'une trop faible signification au niveau des coûts. Les données disponibles pour ZE 02 *Hémodiafiltration* et pour les prestations anciennement représentées dans ZE 08 *Neurostimulateurs pour stimulation cérébrale ou de la moelle épinière, système à plusieurs électrodes*, n'étaient pas suffisantes pour une évaluation de sorte que pour les prestations concernées des paiements additionnels selon § 6 alinéa 1 KHEntgG ont été ajoutées à l'annexe 4.

Par contre, on a pu évaluer trois paiements additionnels figurant auparavant dans l'annexe 4 dans la procédure de cette année (ZE 36 *Plasmaphérèse*, ZE 37 *Photophérèse extracorporelle*, ZE 38 *Administration parentérale d'immunoglobuline humaine, spécifiquement contre le virus de la cytomégalie*). En outre, on a pu définir et évaluer au moyen des paiements additionnels cinq des prestations issues du procédé NMET (ZE 48 *Administration parentérale d'aldesleukin*, ZE 49 *Administration parentérale de bortezomib*, ZE 50 *Administration parentérale de cetuximab*, ZE 52 *Administration parentérale de doxorubicine liposomale*, ZE 53 *Administration parentérale de pemetrexed*) ainsi que deux prestations nouvellement admises dans l'étude, de sorte que le nombre des paiements additionnels évalués de l'annexe 2 est maintenant au total de cinq.

Le montant de rémunération des procédures opératoires et interventionnelles évaluées a été déterminé en substance par l'utilisation de ressources matérielles hautement coûteuses (implants) et le cas échéant d'autres parts de coûts se rapportant à la procédure. Dans le domaine des médicaments, on a pu constater une tendance régressive au niveau du prix, qui est en partie nettement marquée. En conséquence, on a supprimé la catégorie de dosage inférieure (pour adultes) pour quatre paiements additionnels (ZE 24 *Administration parentérale de paclitaxel*, ZE 30 *Administration parentérale de complexe prothrombinique*, ZE 43 *Administration parentérale d'amphotéricine liposomale B*, ZE 47 *Administration parentérale d'antithrombine III*). Pour 11 paiements additionnels pour l'administration de médicaments et de produits sanguins, on a défini des catégories de quantité applicables pour le traitement des enfants (cf. chap. 3.3.2.19).

Dans la liste des paiements négociés individuellement avec l'hôpital selon § 6 alinéa 1 KHEntgG, on a admis 42 prestations, ce sont six de plus que l'an dernier. Une meilleure base de données a permis l'évaluation de trois prestations par une somme de rémunération et l'admission dans l'annexe 2 (ZE 36 *Plasmaphérèse*, ZE 37 *Photophérèse extracorporelle*, ZE 38 *Administration parentérale d'immunoglobuline humaine, contre le virus de la cytomégalie*). Un paiement additionnel (ZE 2005-20) a été supprimé à la demande des sociétés de discipline médicale. Des prestations ont été admises en complément, lesquelles remplissent les critères pour la définition d'un paiement additionnel, mais comme toutes les autres prestations réunies dans l'annexe 4 de la FPV 2006, elles n'ont cependant pas pu être évaluées apr un montant de rémunération sur la base des données disponibles. Par conséquent ces paiements additionnels doivent être fixés dans le cadre de conventions individuelles avec les hôpitaux selon § 6 alinéa 1 phrase 1 KHEntgG.

La représentation des paiements additionnels dans les annexes 2 à 6 de la FPV 2006 a été réalisée à la demande des instances des partenaires auto-administrés chargées de la mise en compte des prestations, et se justifie par la nécessité de pouvoir faire correspondre sans équivoque les codes de décompte de la méthode selon § 301 SGB V à la prestation définie.

### 3.4.2 Effet de compression

Le fait que des prestations coûteuses tout comme des prestations nettement moins coûteuses puissent être attribuées à un DRG ou des DRGs ayant des correspondances d'évaluation semblables, est qualifié d'effet de compression. On distingue à ce sujet

- l'effet de compression relatif au calcul des coûts
- et l'effet de compression documentaire.

L'effet de compression relatif au calcul des coûts se produit du fait que, dans le cadre du calcul des coûts bruts, les coûts d'un hôpital ne soient pas attribués aux cas en tant qu'origine, mais répartis de manière non différenciée sur tous les cas au moyen de méthodes d'évaluation forfaitaire. Au pire, on attribue la même valeur de coûts à chaque cas et on ne peut donc représenter aucune différence au niveau des poids relatifs.

L'effet de compression documentaire se produit d'une part, en raison du regroupement de cas ayant un haut taux de complications et de morbidité et donc des coûts élevés par erreur dans des groupes de cas dotés d'une évaluation moindre du fait d'une documentation inexacte de certaines caractéristiques significatives pour le groupage.

Et d'autre part, du fait que des cas ayant un degré de complication et de morbidité faible et donc des coûts moins élevés sont regroupés dans des groupes de cas dotés d'une évaluation élevée du fait d'une documentation inexacte (ici sur-codage). Les poids relatifs des DRGs à haute et à moindre évaluation deviennent ainsi similaires.

### ***Causes de réduction supplémentaire de l'effet de compression***

Comme cela avait déjà été le cas l'an dernier, l'amélioration de la base de données a contribué à une réduction notable de l'effet de compression au niveau de la documentation et du calcul des coûts dans le cadre de l'aménagement du système.

La qualité de codage encore augmentée ainsi que la nouvelle amélioration du classement des coûts individuels se rapportant aux cas des hôpitaux de calcul des coûts ont contribué à la réduction de l'effet de compression, non seulement au niveau de la documentation mais aussi au niveau du décompte des coûts. Parallèlement, les tests de plausibilité plus étendus (cf. Chap. 2.1) et associés à une vérification approfondie au cas par cas, ainsi que la réalisation d'analyses explicites de cas ont permis de réduire encore nettement la déformation des poids relatifs.

### ***Représentation de la réduction de l'effet de compression***

On peut mesurer l'écartement du système G-DRG en observant par exemple le quotient du quantile de  $\alpha$  et de  $(1-\alpha)$  des poids relatifs. On peut ainsi chiffrer l'écart des poids relatifs entre les DRGs à faible évaluation et les DRGs à haute évaluation. Plus  $\alpha$  est grand, plus le quotient est élevé. Quand on compare deux systèmes (par exemple les systèmes G-DRG version 2005 et version 2006), l'augmentation du quotient signifie une réduction de l'effet de compression.

Dans l'analyse, les DRGs ayant respectivement une moyenne de durée de séjour de 1,0 ne sont pas pris en considération.

La figure 8 ci-dessous représente les quotients pour divers  $\alpha$  ( $= 0,95, 0,9, 0,8$  et  $0,75$ ) dans la comparaison des systèmes G-DRG se suivant chronologiquement (version 1.0 à version 2006).

Pour  $\alpha = 0,95$  on obtient par exemple en comparant le système G-DRG version 2005 et le système G-DRG version 2006, un quotient de 24,9. Celui-ci était l'année dernière (comparaison du système G-DRG version 2004 et système G-DRG version 2005) encore de 21,5. L'écartement des poids relatifs a augmenté ici de 16%. Pour  $\alpha = 0,8$ , le déploiement est augmenté par exemple de 8%.

La décompression du système a été encore augmentée par le système G-DRG version 2006.

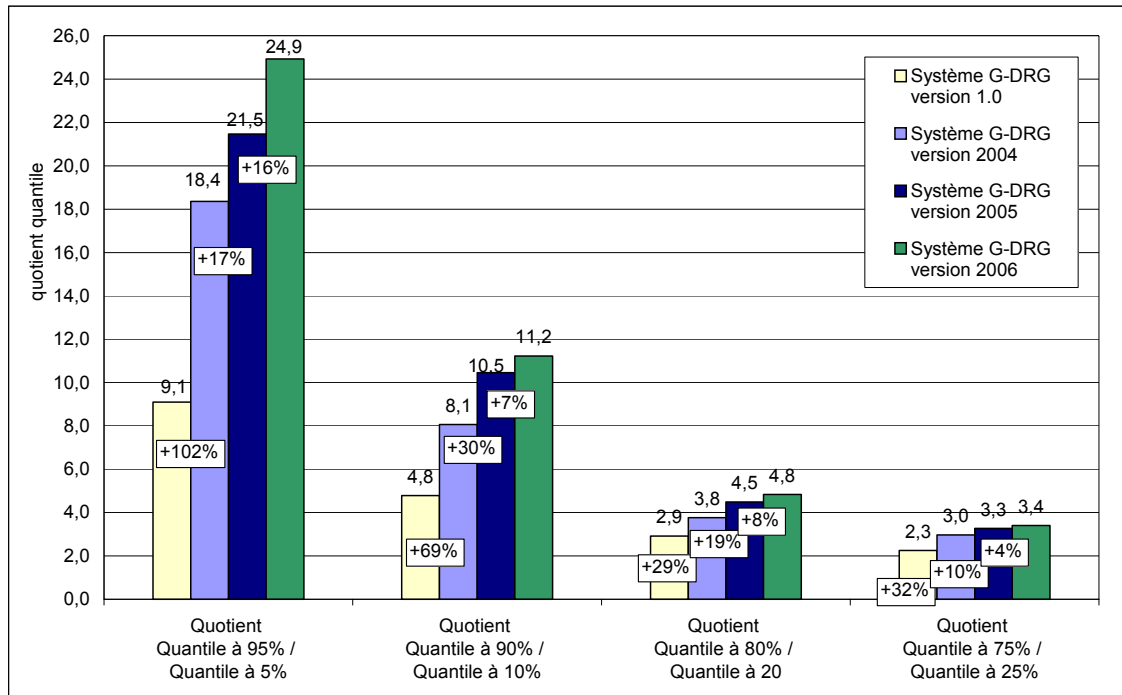


Figure 8 : Quotient des quantiles de  $\alpha$  et  $(1-\alpha)$  pour les systèmes G-DRG version 1.0 à 2006 pour  $\alpha=0,95$ ,  $\alpha=0,9$ ,  $\alpha=0,8$  et  $\alpha=0,75$

Une autre perspective montre également que l'effet de compression a pu être réduit : pour les poids relatifs des deux systèmes G-DRG 2005 et 2006, les quantiles d'un pour cent sont calculés et comparés (cf. figure 9). On peut constater que les poids relatifs les plus chers du système 2006 sont plus élevés que ceux du système 2005.

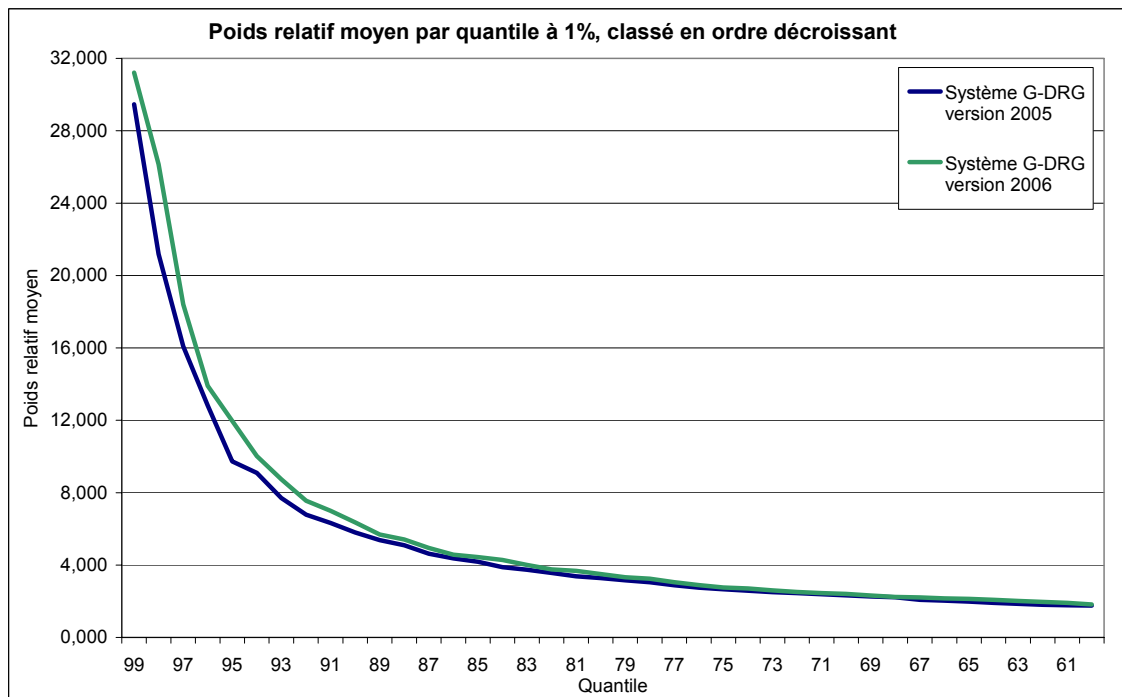


Figure 9 : Quantiles d'un pour cent pour les systèmes G-DRG version 2005 et 2006, classement décroissant

### 3.4.3 Qualité statistique de la classification

Pour évaluer la qualité des systèmes de rémunération forfaitaire, on considère tout d'abord leur aptitude à former des catégories de coûts homogènes. Pour cela on peut évaluer mathématiquement la qualité de la classification à l'aide de mesures de dispersion des coûts. On a pris dans ce contexte la valeur  $R^2$  comme mesure de réduction de variance (cf. chap. 3.4.3.1), le coefficient d'homogénéité des coûts de cas ainsi que l'intervalle de fiabilité pour la moyenne de coûts par cas des inliers (cf. chap. 3.4.3.2).

L'analyse se basait sur l'ensemble de cas disponible après vérifications et épurations des cas traités en unités principales. Ces 2 425 876 cas (cf. chap. 3.2.1.1) ont été groupés non seulement selon le système G-DRG version 2005 mais aussi selon le système G-DRG version 2006.

N'ont été analysés que les DRGs dotés d'un poids relatif dans le catalogue forfaitaire par cas pour les unités principales. Les deux DRGs d'erreur 960Z *Non groupable* et 961Z *Diagnostic principal non autorisé* ainsi que les DRGs non évalués (annexe 3) n'ont pas été pris en considération. En outre les DRGs d'une journée d'hospitalisation explicite des deux systèmes G-DRG ont été exclus de l'analyse étant donné qu'ils n'ont pas été déterminés exclusivement pour des raisons d'homogénéité des coûts.

On a donc utilisé dans le cadre des analyses 825 DRGs (pour le système G-DRG version 2005) et 893 DRGs (pour le système G-DRG version 2006).

#### 3.4.3.1 Analyse de la réduction de variance

Pour évaluer le système G-DRG version 2006 en comparaison avec le système G-DRG version 2005, on a pris la valeur  $R^2$  comme mesure de la réduction de variance. Cette mesure statistique montre la proportion de dispersion des coûts s'expliquant par la classification. Plus ce taux de dispersion expliquée dans les catégories est faible comparé à la dispersion entre les catégories, plus la qualité du système est grande.

On a calculé et comparé les valeurs  $R^2$  sur la base des données de l'année 2004 – pour tous les cas et pour les inliers, dans les deux versions. On en a tiré les mesures suivantes (cf. tableau 18) :

	Système G-DRG- version 2005	Système G-DRG- version 2006	Amélioration (en %)
Valeur $R^2$ sur la base de tous les cas	0,6617	0,6805	2,8
Valeur $R^2$ sur la base des inliers	0,7759	0,7884	1,6

Tableau 18 : Comparaison de la réduction de variance  $R^2$  dans le système G-DRG version 2005 et dans le système G-DRG version 2006 (base de données : données de l'année 2004)

En étant appliquée à tous les cas, la réduction de variance a pu être améliorée de quasiment 3%. On a obtenu pour les inliers une valeur de  $R^2$  de presque 0,79. Ainsi la valeur  $R^2$  en tant que mesure de réduction de variance sur la base des inliers a pu être à nouveau augmentée de 1,6% dans le système G-DRG version 2006 par rapport à celle du système G-DRG version 2005. Ces augmentations doivent être jugées en tenant compte de la modification de la structure d'échantillon. Par le rajout de 81 hôpitaux de calcul des coûts qui ont participé pour la première fois au calcul des coûts, on est en présence du risque latent d'une augmentation de l'effet de compression et par conséquent d'une inertie voire d'une diminution de la réduction de variance atteinte. Sur ce point, l'augmentation de réduction de variance traduite dans le tableau 18 doit être interprétée comme étant nettement plus importante qu'il n'apparaît dans sa représentation par le calcul.

Une augmentation du nombre de catégories tend à provoquer une augmentation de la valeur  $R^2$ . L'augmentation du nombre des DRGs de 878 à 956 (et de 825 à 893 DRGs pour la base de données sur laquelle se fonde l'analyse de  $R^2$ ) entraîne automatiquement une augmentation de  $R^2$ . Celle-ci n'est cependant que d'une importance mineure.

Sur la base de tous les cas et par l'augmentation de  $893-825 = 68$  DRGs, on constaterait une augmentation de  $R^2$  (théorique) de 0,000028 pour une évolution de classification non ciblée, c'est-à-dire aléatoire. L'augmentation réelle de la valeur  $R^2$  pour une évolution de classification ciblée (y compris l'augmentation du nombre de catégories de DRGs) est de 0,0189. L'amélioration de la réduction de variance est de 675 par un aménagement ciblé du système G-DRG est de 675 fois l'effet d'augmentation pure du nombre de catégories de DRGs.

Sur la base des inliers, ce facteur est de 347 (augmentation théorique de  $R^2$  de 0,000036 par augmentation de DRGs avec une évolution de classification aléatoire, augmentation réelle de la valeur  $R^2$  de 0,0125 pour une évolution de classification ciblée).

Outre la considération de l'ensemble du système G-DRG, on peut aussi calculer la réduction de variance pour chaque CMD.

La figure 10 ci-dessous représente les valeurs  $R^2$  par CMD sur la base des inliers. Le classement des CMDs est décroissant en fonction de la valeur  $R^2$  pour le système G-DRG version 2006 (échelle à gauche).

L'indice indique le rapport entre la réduction de variance de la CMD respective pour le système G-DRG version 2006 et à la réduction de variance de la CMD respective du système G-DRG version 2005. Une ligne de référence pour la valeur d'indice 100 facilite la comparaison (échelle à droite).

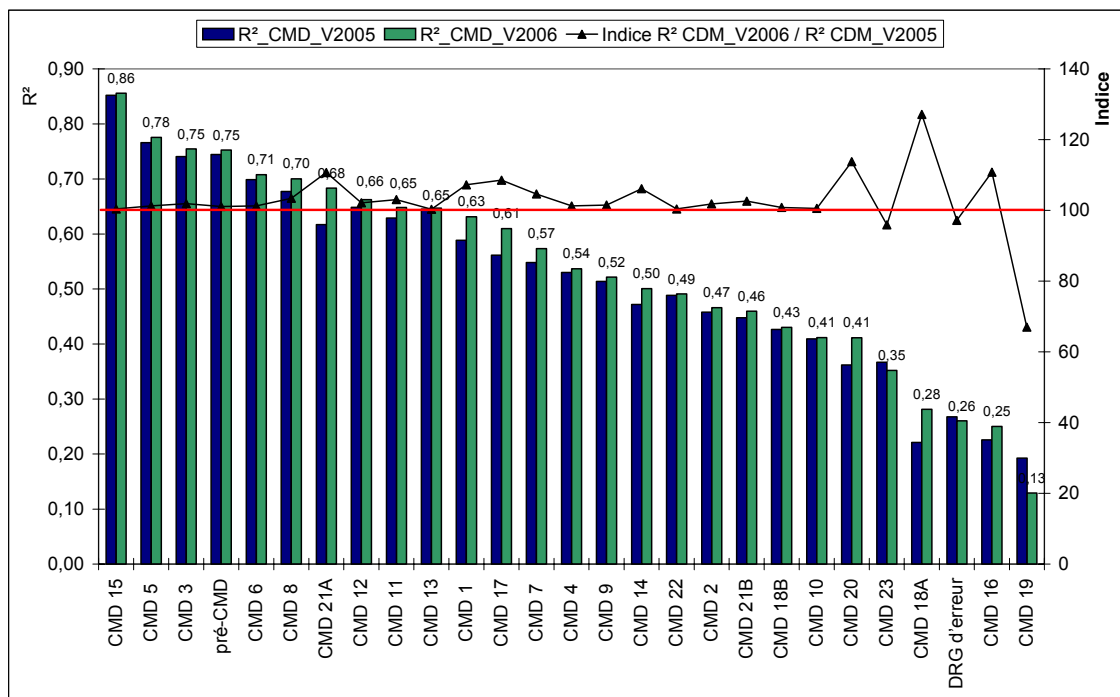


Figure 10 : Valeur R<sup>2</sup> par CMD pour le système G-DRG Version 2005 et Version 2006, base :inliers (classement selon valeur R<sup>2</sup> pour système G-DRG version 2006), données de l'année 2004

Cette représentation exprime clairement les différences de réduction de variance entre les CMDs. On peut voir une modification positive dans le système G-DRG version 2006 par rapport au système G-DRG version 2005 à l'exception de trois CMDs (indice >100).

Dans les CMDs suivantes

- CMD 18A VIH (indice 127),
- CMD 20 Usage d'alcool et de drogues et troubles psychiques induits par l'alcool et les drogues (indice 114),
- CMD 16 Affections du sang, des organes hématopoïétiques et du système immunitaire (indice 111) et
- CMD 21A Traumatisme multiple (indice 111)

on a pu obtenir en pourcentage les augmentations les plus nettes de la valeur R<sup>2</sup>.

La réduction de variance a aussi pu être augmentée dans les CMDs 01, 05, 06 et 08 qui représentent dans les deux versions du système G-DRG presque la moitié des cas des DRGs analysés.

- CMD 01 Maladies et troubles du système nerveux : de 0,59 à 0,63 (indice 107)
- CMD 05 Maladies et troubles de l'appareil circulatoire : de 0,77 à 0,78 (indice 101)
- CMD 06 Maladies et troubles des organes digestifs : de 0,70 à 0,71 (indice 101)
- CMD 08 Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif : de 0,68 à 0,70 (indice 103)



### 3.4.3.2 Analyse de l'homogénéité des coûts

Une autre possibilité d'analyse de l'amélioration de la classification G-DRG consiste à comparer l'homogénéité des coûts des DRGs dans les deux systèmes G-DRG version 2005 et version 2006 à l'aide des coefficients d'homogénéité des coûts.

Si l'on divise les DRGs en fonction du coefficient d'homogénéité des coûts en catégories, on obtient, sur la base des inliers (données de l'année 2004) pour les DRGs analysés, la situation suivante (cf. tableau 19) :

Coefficient d'homogénéité des coûts	Système G-DRG- version 2005		Système G-DRG- version 2006		Modification de la proportion
	<i>Nombre</i>	<i>Proportion (en %)</i>	<i>Nombre</i>	<i>Proportion (en %)</i>	<i>Modification (en %)</i>
Moins de 55%	10	1,2	5	0,6	-53,8
55 à moins de 60%	58	7,0	34	3,8	- 45,8
60 à moins de 65%	230	27,9	197	22,1	- 20,9
65 à moins de 70%	256	31,0	323	36,2	+ 16,6
70 à moins de 75%	185	22,4	224	25,1	+11,9
75% et plus	86	10,4	110	12,3	+18,2
<b>Totalité</b>	<b>825</b>		<b>893</b>		

Tableau 19 : Comparaison du coefficient d'homogénéité pour le système G-DRG version 2005 et version 2006, base : inliers, données de l'année 2004

Les catégories ayant une forte homogénéité sont plus fortement représentées de manière relative et absolue dans le système G-DRG version 2006 que dans la version 2005.

Si l'on cumule les catégories d'homogénéité, alors ici aussi l'augmentation des DRGs très homogènes au niveau des coûts devient évidente. Dans la figure 11 outre les catégories d'homogénéité cumulées (échelle de gauche), on voit comme indice le rapport entre les proportions dans les catégories d'homogénéité respectives pour le système G-DRG version 2006 et pour le système G-DRG version 2005 (échelle de droite). Une ligne de référence pour la valeur d'indice 100 facilite la comparaison.

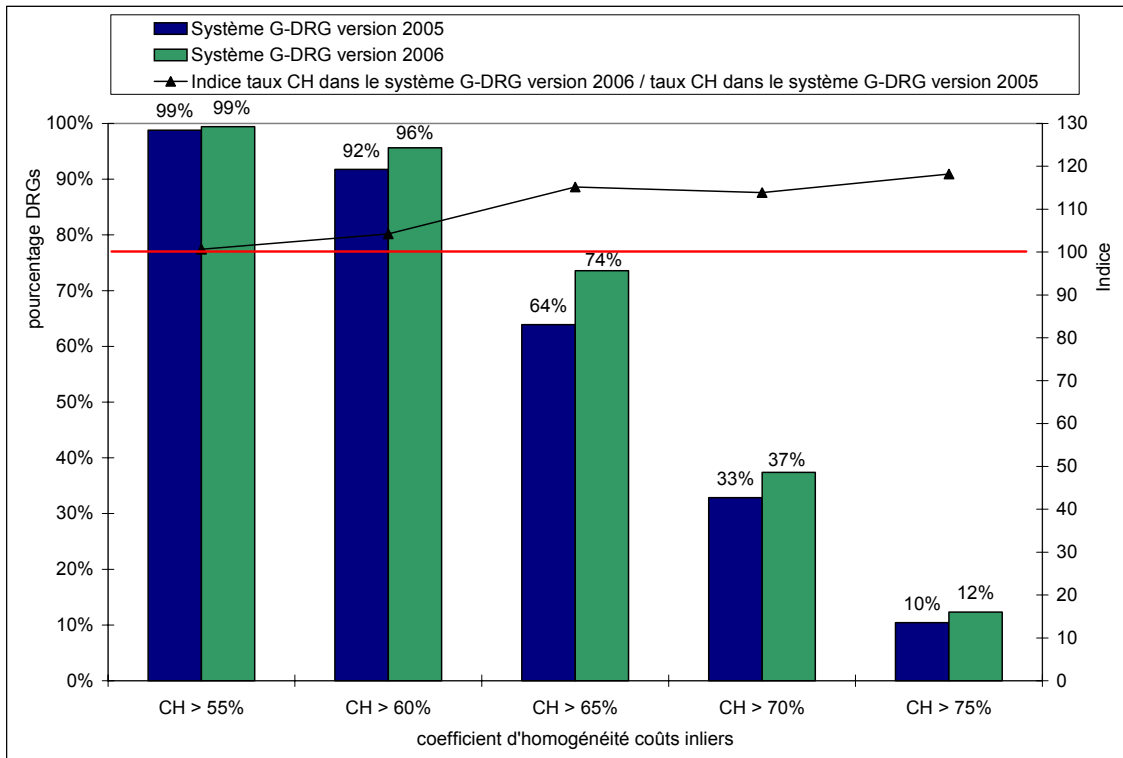


Figure 11 : Comparaison des catégories d'homogénéité de coûts par cas cumulées pour le système G-DRG version 2005 et version 2006 quant au pourcentage DRG, base : inliers, données de l'année 2004

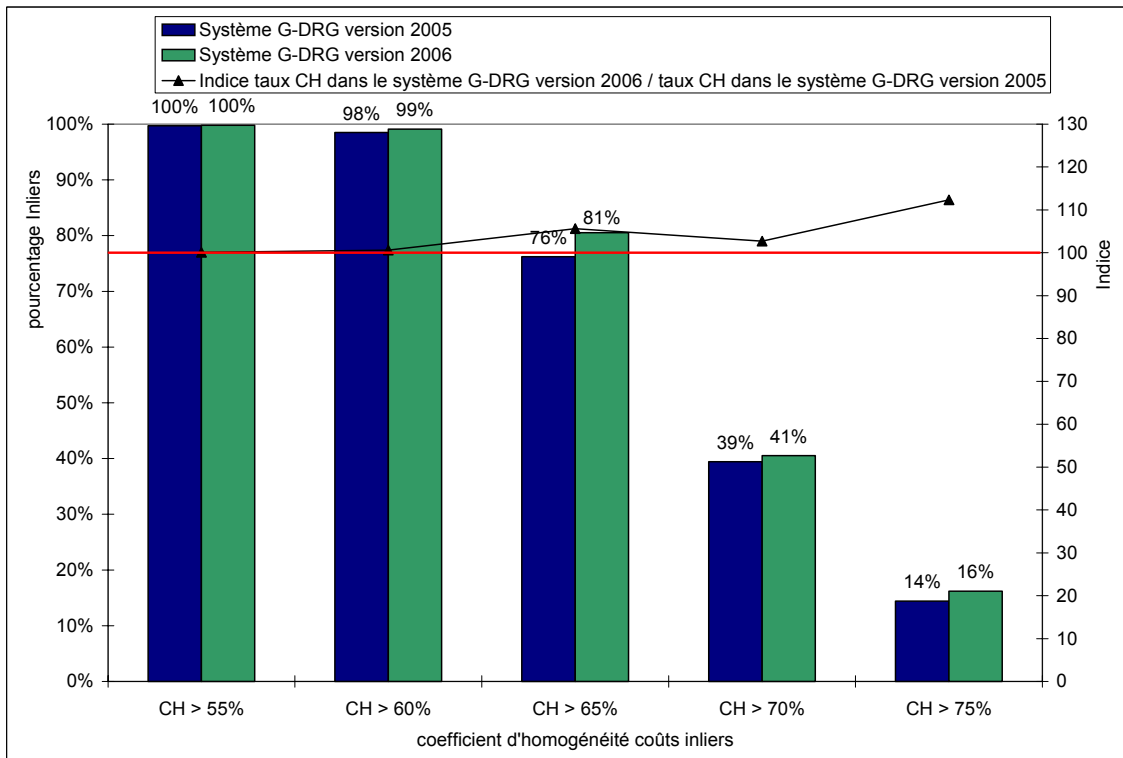


Figure 12 : Comparaison des catégories d'homogénéité de coûts par cas cumulées pour le système G-DRG version 2005 et version 2006 quant au pourcentage de cas, base : inliers, données de l'année 2004

La proportion de DRGs (cf. fig. 11) ayant un coefficient d'homogénéité de plus 70% a augmenté de 33% à 37% (indice 114). Pour les DRGs très homogènes au niveau des coûts qui présentent un coefficient d'homogénéité de plus de 75%, l'indice est de 118.

Dans la figure 12 on constate aussi une amélioration quand on observe la proportion de cas des inliers au lieu de la proportion des DRGs dans les catégories de coefficients d'homogénéité. C'est dans les DRGs très homogènes au niveau des coûts qui présentent un coefficient d'homogénéité de plus de 70%, que se regroupent par exemple 41% des inliers dans le système G-DRG version 2006.

### **Analyse de l'intervalle de confiance des coûts par cas**

On peut calculer à partir des chiffres statistiques des coûts par cas d'un DRG, un intervalle de confiance (IC) autour de la moyenne des coûts de cas des inliers. On a ainsi une autre possibilité d'étudier l'homogénéité des groupes de cas. Une grande proportion de cas, dont les coûts se situent à l'intérieur des limites de l'IC, sont un indice que ce DRG forme un groupe de cas homogène au niveau des coûts et illustre la situation des coûts de manière réaliste.

Pour calculer l'IC de 95% autour de la moyenne des coûts de cas d'un DRG, on a utilisé les chiffres statistiques de la fonction de répartition de la répartition t avec  $p = 0,05$  et des degrés de liberté  $(n-1)$ .  $n$  est le nombre de inliers du DRG considéré.

Les DRGs analysés ont été répartis dans des catégories qui reflètent la proportion décrite. Le tableau 13 suivant montre la proportion de DRGs dans les différentes catégories pour les systèmes G-DRG version 2005 et version 2006.

Dans le système G-DRG version 2006, 90 à 95% des cas présentent dans presque 60% des DRGs des coûts de cas se situant au sein de l'IC de 95% de la moyenne de coûts de cas des inliers. Seulement 6% des DRGs ont une proportion de moins 85% dans l'IC de 95%.

Proportion de cas dans IC de 95% coûts moyens inliers	Système G-DRG-version 2005		Système G-DRG-version 2006		Modification de la proportion
	Nombre	Proportion (en %)	Nombre	Proportion (en %)	
Moins de 80%	21	2,5	17	1,9	-23,9
80 à moins de 85%	59	7,2	37	4,1	- 42,5
85 à moins de 90%	268	32,5	263	29,5	- 9,4
90 à moins de 95%	441	53,4	531	59,5	+ 11,4
95% et plus	36	4,4	45	5,0	+ 14,5
<b>Totalité</b>	<b>825</b>		<b>893</b>		

Tableau 13 : Proportion de DRGs dont les coûts par cas se situent à l'intérieur des limites de l'intervalle de confiance de 95% autour de la moyenne de coûts par cas des inliers DRG, base : système G-DRG version 2005 et version 2006, données de l'année 2004

Les catégories ayant une plus grande proportion de cas sont plus fortement représentées de manière relative et absolue dans le système G-DRG version 2006 que dans la version 2005. La figure 14 ci-dessous représente les données sous forme cumulée.

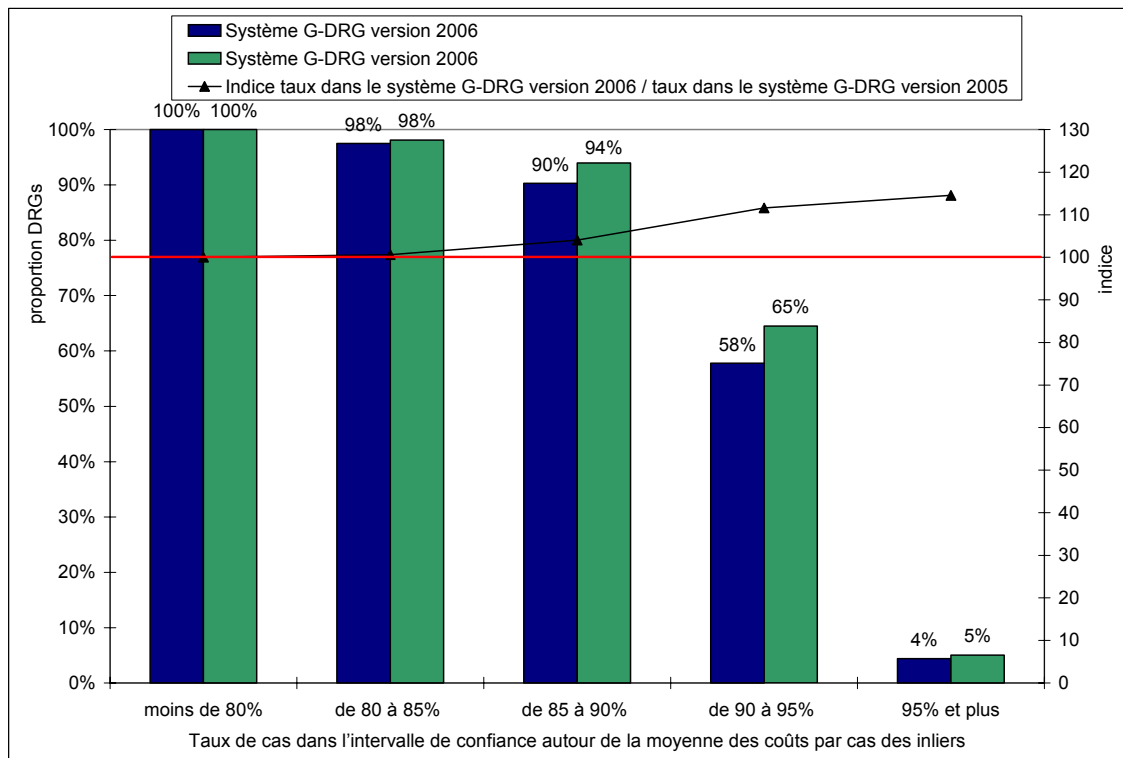


Figure 14 : Pourcentages cumulés des DRGs dont les coûts par cas se situent à l'intérieur des limites de l'intervalle de confiance de 95% autour de la moyenne de coûts par cas des inliers DRG, base : système G-DRG version 2005 et version 2006, données de l'année 2004

En comparaison, la proportion de DRGs avec une proportion de cas de plus de 90% au sein de l'IC de 95% de la moyenne des coûts par cas des inliers a nettement augmenté.

Ces résultats soulignent d'une manière générale l'homogénéité des coûts du système G-DRG version 2006.

### 3.4.4 Examen de la représentativité de la durée de séjour

Pour vérifier la représentativité des données des hôpitaux de calcul des coûts, on a procédé à un alignement de ces données avec les données DRG selon § 21 KHEntgG. Dans les deux ensembles de données, on a observé les inliers dans les unités principales, définis par les durées limites de séjour du catalogue de tarification

forfaitaire par cas pour 2006. Les cas transférés ont été inclus seulement pour certains DRGs (cf. tableau A-1 de l'annexe).

Pour les données des hôpitaux de calcul des coûts, on a obtenu un haut degré de détail de plausibilité par les tests de plausibilité différenciés (cf. chap. 2.1) et les vérifications individuelles s'y rattachant. Les 17,7 millions d'ensembles de données DRG selon § 21 KHEntgG ont été également plausibilisés par la réalisation de groupements de cas et de tests de plausibilité médicaux (cf. chap. 2.1). L'objectif étant la plus grande homogénéité possible de coûts de la classification G-DRG, le contrôle de représentativité devrait être effectué dans les deux ensembles de données à l'aide des données de coûts ; ceci n'a cependant pas été directement possible en raison du manque d'informations sur les coûts dans les données DRG selon § 21 KHEntgG.

C'est pourquoi on a pris en remplacement la durée de séjour comme paramètre de contrôle de représentativité. On peut ainsi créer une relation de manière générale - bien que ce ne soit pas toujours valable pour le cas particulier -.

Par contre, les fréquences relatives des DRGs et des degrés de sévérité ainsi que les distributions d'âge ne forment pas des paramètres adéquats, et n'ont donc pas été retenus.

#### **Aperçu de la démarche analytique**

- On a tout d'abord vérifié à l'aide d'un **test d'adéquation** si les distributions de durée de séjour respectives présentent une distribution normale ou log-normale.
- Le **contrôle de représentativité** de la distribution de durée de séjour a été effectué au moyen d'un procédé de test non paramétrique.
- L'analyse de la **différence des moyennes de durée de séjour** examine l'importance pratique du résultat du contrôle de représentativité.
- Pour finir, on a effectué une analyse du **coefficient d'homogénéité de la durée de séjour** qui offre une possibilité supplémentaire pour analyser la dispersion de la durée de séjour en se focalisant sur le comportement de dispersion.

On a pris 5% comme niveau de signification pour les analyses statistiques.

Les DRGs suivants n'ont pas été inclus dans l'analyse de la durée de séjour :

- 17 DRGs d'une journée d'hospitalisation (justification : cf. introduction au chap. 3.4.3),
- 62 DRGs avec moins de 30 cas (justification : cf. ci-dessous dans le passage concernant le contrôle de représentativité). Cela concernait principalement des DRGs de la *pré-CMD* (25 DRGs) et de la *CMD 15 Nouveau-nés* (11 DRGs),
- 18 DRGs calculés sur la base de la communication de données complémentaires des hôpitaux de calcul des coûts (cf. chap. 3.2.1.2), par exemple Traitement complexe de soins intensifs, Traitement neurologique complexe (stroke-unit). Les attributs utilisés pour la définition de ces DRGs pour le calcul des coûts ne sont pas contenus dans les données DRG selon § 21 KHEntgG. Ainsi il n'est pas possible de procéder à une comparaison entre celles-ci et les données du calcul des coûts, étant donné que ces DRGs ne peuvent pas être touchés par les cas sans attributs supplémentaires issus de la collecte de données complémentaires.

Suite à ces restrictions 855 DRGs ont servi de base aux analyses.

**Test d'adéquation**

Le test d'adéquation de Kolmogorov-Smirnov pour vérifier si la distribution est normale ou log-normale, a montré que la distribution empirique des durées de séjour ne correspond à ces deux distributions que pour très peu de DRGs. L'hypothèse nulle d'une distribution normale n'a pu être conservée que pour seulement 29 DRGs des données DRG selon § 21 KHEntgG et 131 DRGs des données des hôpitaux de calcul des coûts, ce qui correspond à 3% et 15% (pour 855 DRGs). Pour le test de distribution log-normale, les taux étaient de 4% et 21%.

Le résultat obtenu par le test de distribution normale (symétrique) était prévisible du fait des distributions de durées de séjour pour la plupart biaisées ; les proportions pour la distribution log-normale – plutôt biaisée – présentaient des ordres de grandeur similaires.

**Contrôle de représentativité**

En conséquence on a effectué un contrôle de représentativité non paramétrique sur la durée de séjour – c'est-à-dire sans hypothèse de distribution – avec le test de Mann-Whitney. Ce test compare la tendance centrale de deux échantillons indépendants. Dans le test de Mann-Whitney, on utilise non pas les caractéristiques des données, mais leurs rangs. On peut supposer une représentativité lorsqu'on ne peut pas constater de différence significative.

Le résultat montre des distributions de durées de séjour représentatives pour 446 DRGs (52% pour 855 DRGs). La figure 15 ci-dessous montre la proportion de DRGs par CMD pour lesquels on n'a pas pu constater de différence significative quant à la tendance centrale dans les données des hôpitaux de calcul des coûts et les données DRG selon § 21 KHEntgG.

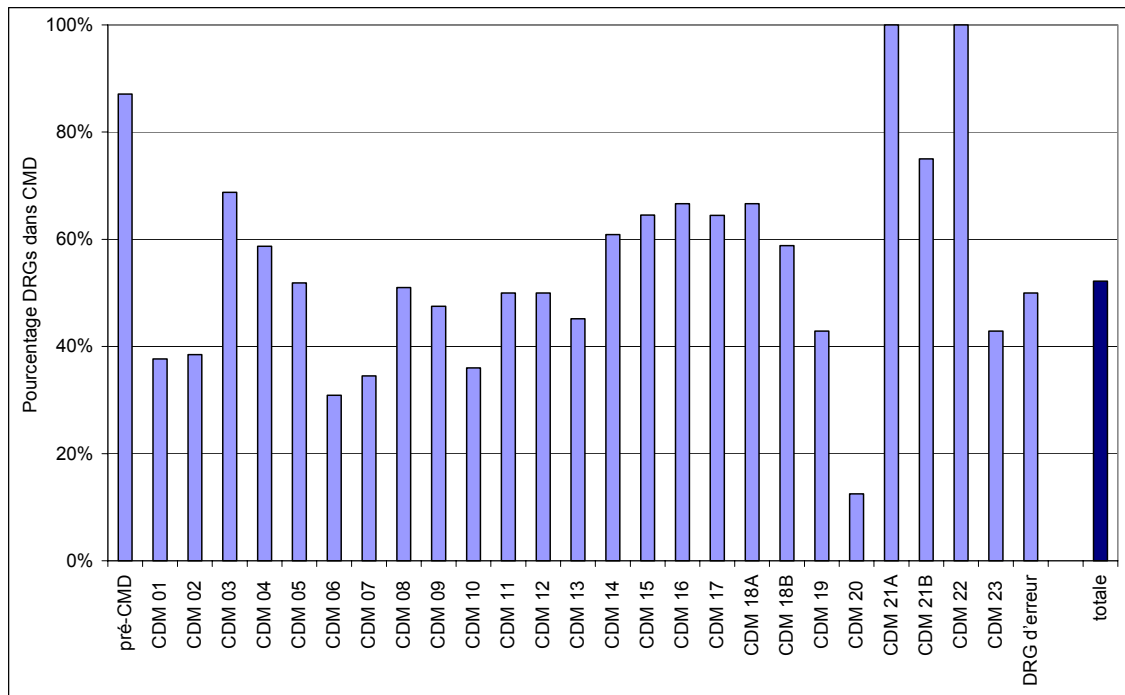


Figure 15 : Proportion des DRGs non significatifs par CMD dans le cadre du test de Mann-Whitney, quant à la distribution de la durée de séjour, inliers, données de l'année 2004

Un fait important concernant le test de signification ci-dessus est que, lorsqu'on est en présence de chiffres élevés de cas, des petits écarts peuvent être déjà déterminants pour faire apparaître des différences significatives. La puissance du test (la probabilité que des différences réellement existantes puissent être décelées par un test statistique) augmente entre autres avec l'augmentation de la taille de l'échantillon.

**Analyse de la différence des moyennes de durée de séjour**

Pour la plupart des DRGs, la différence des moyennes de durée de séjour est très faible : pour 584 des 855 DRGs analysés (68%), celle-ci est inférieure à +/-0,5 jours, 817 DRGs (96%) ont une différence d'au plus +/-1 jour et pour 840 DRGs (98%), celle-ci arrondie est d'au plus +/-2 jours.

La figure 16 ci-dessous montre que pour bien plus de la moitié (61%) des DRGs classés comme ayant une signification différente avec le test de Mann-Whitney, la différence arrondie entre les données des hôpitaux de calcul des coûts et les données DRG selon § 21 KHEntgG est de 0 jour.

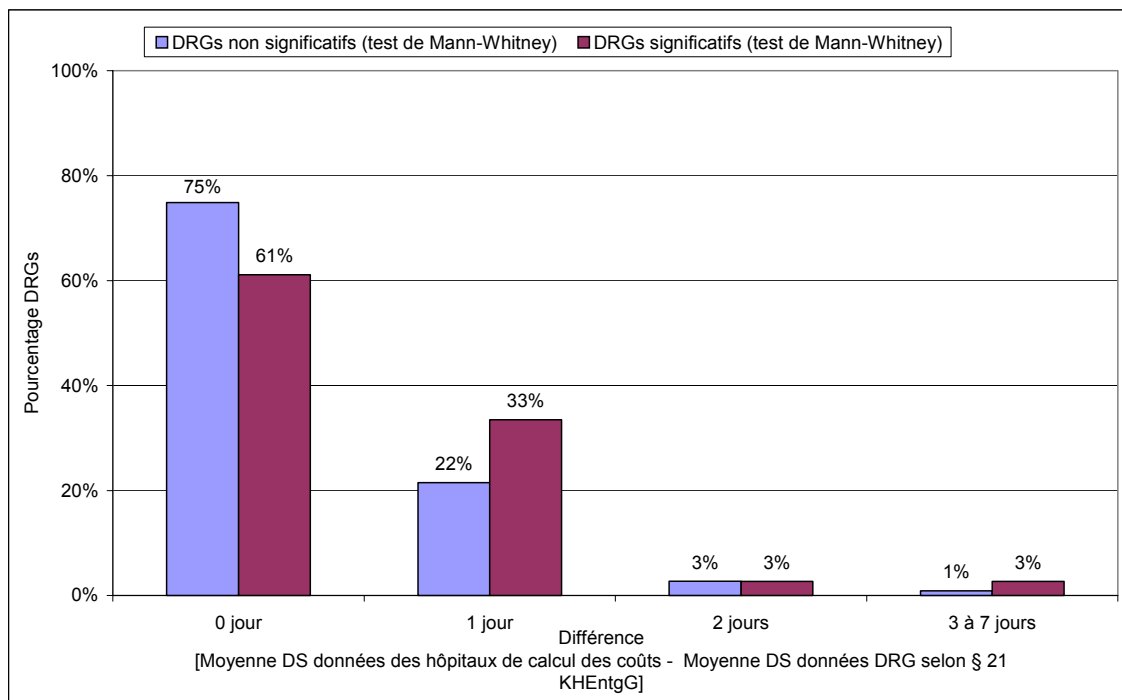


Figure 16 : Distribution de fréquence des différences absolues arrondies des moyennes des durées de séjour (données des hôpitaux de calcul des coûts - données DRG selon § 21 KHEntgG) pour les DRGs non significatifs et significatifs (pour le test de Mann-Whitney), inliers, données de l'année 2004

Malgré un taux de représentativité de 52% (cf. paragraphe Contrôle de représentativité), on peut retenir quant à la portée pratique du test de signification, que parmi les DRGs classés comme ayant une signification différente avec le test de Mann-Whitney, dans 95% (61%+33%) des DRGs, la différence arrondie des moyennes des durées de séjour entre les données des hôpitaux de calcul des coûts et les données DRG selon § 21 KHEntgG est de maximum +/-1 jour.

L'exemple des 25 DRGs analysés de la CMD 10 *Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles* est utilisé ci-dessous pour expliquer le rapport existant entre le résultat du contrôle de représentativité et les différences réelles des moyennes des durées de séjour.

Dans la figure 17, les barres représentent la différence entre les moyennes des durées de séjour dans les données des hôpitaux de calcul des coûts et celles dans les données DRG selon § 21 KHEntgG (échelle de gauche). Les DRGs sont triés selon un indice qui reflète l'écart relatif entre les moyennes des durées de séjour (échelle de droite). Une ligne de référence pour la valeur d'indice 100 facilite la comparaison. Les DRGs marqués d'un cercle sont ceux pour lesquels le test de Mann-Whitney n'a pas révélé de signification, c'est-à-dire ceux qui doivent être considérés comme étant représentatifs au sens du test de signification.

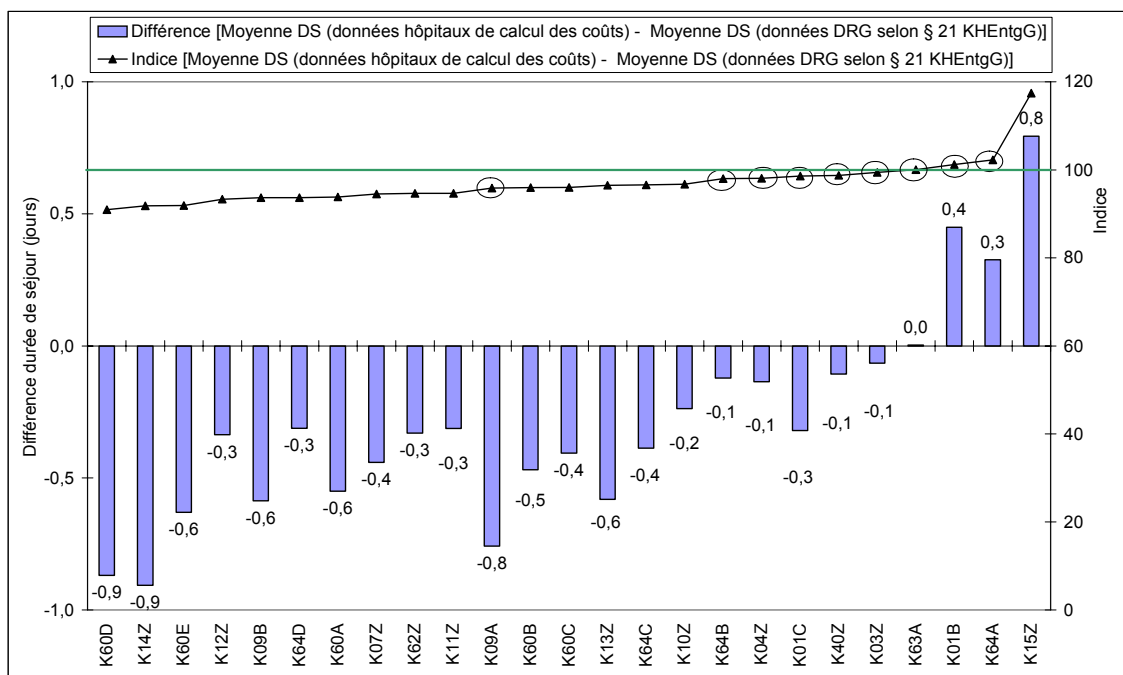


Figure 17 : Différences des moyennes des durées de séjour pour les DRGs de la CMD 10 triés selon indice, inliers, données de l'année 2004.

Les différences varient entre en tout -0,9 et +0,8 jours. Si on considère le résultat arrondi, on constate pour huit DRGs une différence de +/1 jour, pour les 17 DRGs restants celle-ci est inférieure à +/-0,5 jours, c'est-à-dire en chiffre arrondi 0 jour.

**Analyse du coefficient d'homogénéité de la durée de séjour**

On peut obtenir une autre comparaison des distributions de durées de séjour dans les données des hôpitaux de calcul des coûts et les données selon § 21 KH EntG par l'analyse du comportement de dispersion de la durée de séjour. On peut utiliser dans ce but le coefficient d'homogénéité de la durée de séjour (CH<sub>DS</sub>).

Si l'on divise les DRGs en catégories en fonction du CH<sub>DS</sub> sur la base des inliers, on obtient la distribution de fréquence empirique des catégories d'homogénéité représentée par la figure 18. Les distributions de fréquence des coefficients



d'homogénéité de la durée de séjour des données des hôpitaux de calcul des coûts et des données DRG selon § 21 KHEntgG sont quasiment identiques.

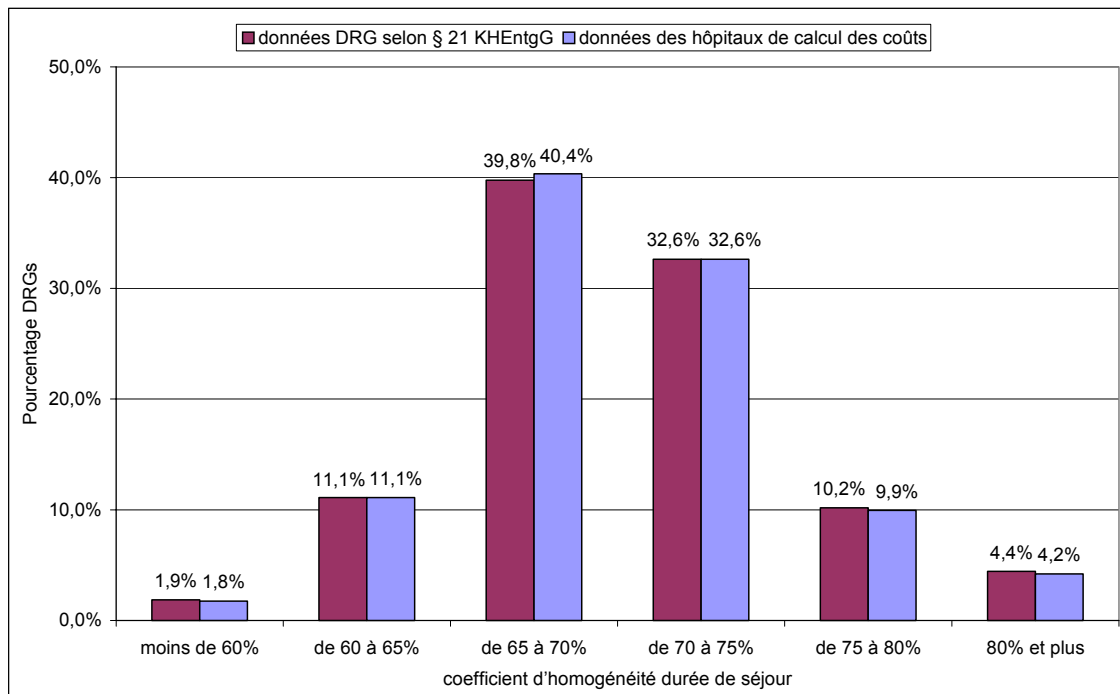


Figure 18 : Distribution de fréquence des catégories de coefficient d'homogénéité de la durée de séjour dans les données des hôpitaux de calcul des coûts et les données DRG selon § 21 KHEntgG, inliers, données de l'année 2004

On peut décrire la relation des coefficients d'homogénéité de durée de séjour avec un indice. La figure 19 ci-dessous représente cet indice sous forme triée pour les 855 DRGs analysés.

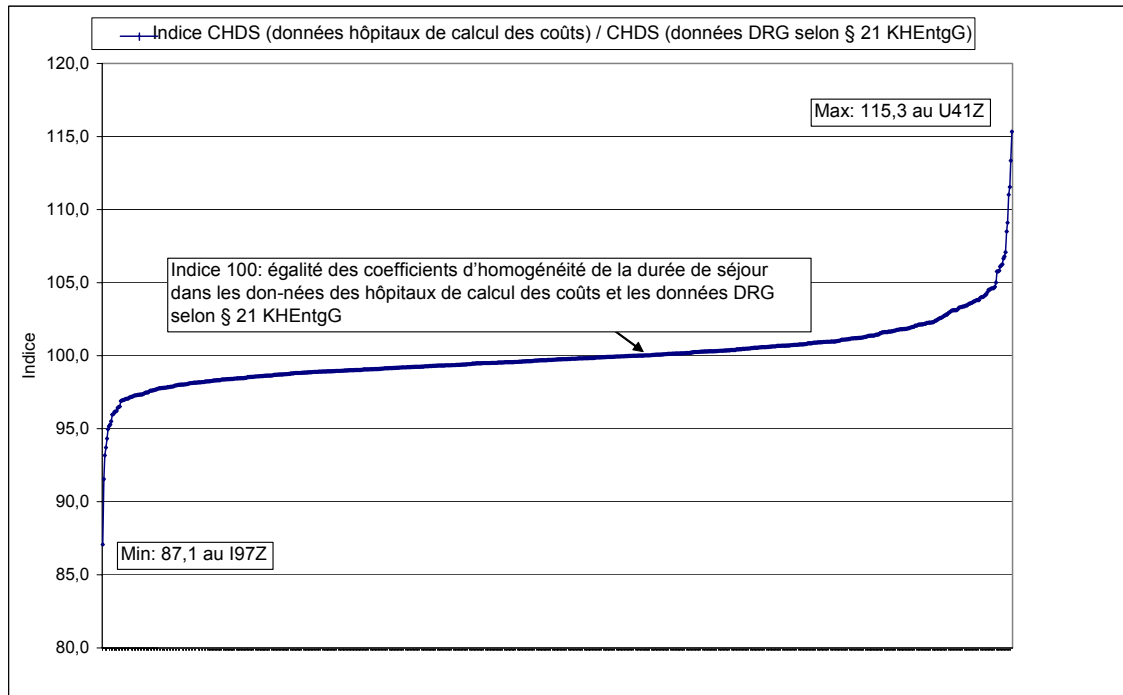


Figure 19 : Indice  $CH_{DS}$  (données des hôpitaux de calcul des coûts) /  $CH_{DS}$  (données DRG selon § 21 KHEntgG), triées, inliers, données de l'année 2004

On constate d'une manière générale une très bonne adéquation. Pour 835 DRGs sur 855 (98%), l'indice se situe entre 95 et 105 (c'est-à-dire l'écart relatif entre les données des hôpitaux de calcul des coûts et les données DRG selon § 21 KHEntgG est de maximum +/-5%). En ce qui concerne les résultats représentés par les figures 18 et 19, on peut donc parler d'une forte adéquation des coefficients d'homogénéité des durées de séjour.

### Conclusion

1. Comme on s'y attendait, les distributions empiriques des durées de séjour suivent seulement dans une faible mesure une distribution normale ou log-normale.
2. L'analyse de la durée de séjour qui avait été prise en remplacement comme paramètre pour le contrôle de représentativité de l'homogénéité des coûts, a donné pour la majorité des 855 DRGs analysés une différence très faible entre les moyennes des durées de séjour dans les données des hôpitaux de calcul des coûts et les données DRG selon § 21 KHEntgG.
3. L'analyse du coefficient d'homogénéité de la durée de séjour qui se focalise particulièrement sur la dispersion et ainsi sur l'homogénéité des répartitions, ne présente pas d'irrégularité significative entre les données des hôpitaux de calcul des coûts et les données DRG selon § 21 KHEntgG.
4. L'analyse des coefficients d'homogénéité des durées de séjour des données des hôpitaux de référence et des données selon § 21 KH EntG, associée à l'observation de l'écart de la moyenne de la durée de séjour dans les deux groupes de données, montrent que

- a) les tests de plausibilité n'ont pas créé ce qu'on appelle une « pseudo-homogénéité » dans les données sur lesquelles se base l'aménagement de la classification G-DRG et
- b) les mesures de dispersion prises comme base pour l'évaluation de l'aménagement de la classification G-DRG ont pu au moins servir de base de décision fiable pour la représentation des données selon § 21 KH EntG.

Le système G-DRG version 2006 ajusté sur la base des données des hôpitaux de calcul des coûts représente ainsi correctement les données DRG selon § 21 KH EntG quant à l'homogénéité des coûts et de la durée de séjour.

## **4 Perspectives de l'aménagement**

Le système G-DRG est appliqué activement depuis 2004 sur tout le territoire dans les relations de décompte entre hôpitaux et caisses-maladies. Tous les organismes concernés recueillent des expériences avec le système G-DRG et en tirent des conclusions qui peuvent être utilisées de manière constructive, par exemple dans le cadre de la collecte de suggestions, pour l'entretien et l'aménagement du système G-DRG. On peut déjà remarquer à partir de la correction du catalogue de tarification forfaitaire par cas 2006 des points de repère pour le prochain aménagement du système G-DRG qui méritent une attention particulière et que nous abordons ci-dessous brièvement.

### ***Rémunération des prestations d'hospitalisation partielle***

Le catalogue de tarification forfaitaire par cas pour 2006 ne contient que deux rémunérations pour des prestations en hospitalisation partielle. Les ébauches d'aménagement supposent tout d'abord un consensus sur la définition des cas traités en hospitalisation partielle. De plus, les données doivent être standardisées par une directive précise pour tous les hôpitaux dans le cadre du devoir de communication des données selon § 21 KHEntgG. Une répartition ultérieure d'ensembles de données de décompte pour répondre à ce devoir de communication des données doit cependant être évitée. Les directives de calcul des coûts pour les prestations en hospitalisation partielle doivent être formulées encore plus logiquement afin que les contrôles de plausibilité et de conformité puissent être utilisés à bon escient pour conforter la qualité des données

### ***Poids relatifs pour les soins dispensés par des praticiens en activité libérale***

Lors du calcul des coûts du catalogue 2006, on a disposé d'environ un tiers d'ensembles de données en plus par rapport à l'année précédente pour la base des calculs. Grâce à des tests de plausibilité améliorés, 54 DRGs ont pu être calculés séparément pour les soins dispensés par des praticiens en activité libérale. Cette tendance doit être poursuivie intensivement par exemple aussi par une orientation plus poussée des tests de plausibilité vers la conformité des ensembles de données au niveau du contenu.

### ***Collecte de données/tests de plausibilité***

Les hôpitaux de calcul des coûts ont encore mieux mis en pratique les directives du manuel de calcul des coûts que les années précédentes, entre autres du fait d'une rémunération forfaitaire de la participation au calcul des coûts liée à la qualité des données. Les contrôles de vraisemblance suivent l'évolution des directives de calcul des coûts et sont adaptés chaque année aux nouvelles exigences de calcul. On peut donc constater en même temps que les hôpitaux de calcul des coûts sont en mesure de fournir des efforts supplémentaires pour améliorer encore la qualité des données. Cela concerne aussi bien le respect des Directives de Codage allemandes que la mise en œuvre conforme des indications du manuel pour le calcul des coûts par cas. L'attention est particulièrement portée sur la justesse des ensembles de données pour le calcul des coûts au niveau de leur teneur pour encore augmenter la qualité des données. Les contrôles de vraisemblance et d'adéquation sont continuellement adaptés.

### ***Méthodologie de calcul des coûts***

L'ajout de frais particuliers pour des ressources matérielles particulièrement coûteuses est encore amélioré sur la base de directives de calcul des coûts plus rigoureuses. On y parvient entre autres grâce aux directives strictes que donne l'annexe 10 du manuel de calcul des coûts pour l'ajout valable de frais particuliers. En outre les « Modèles de répartitions cliniques » (MRC) seront soumis à des critères de contrôle encore plus stricts dans la prochaine phase de calcul des coûts pour garantir une répartition des coûts correspondant mieux à leurs causes en l'absence d'une saisie de coûts isolés. Les proportions de coûts par cas pour les coûts d'infrastructure varient au sein de l'échantillon de calcul des coûts. Les variations en partie considérables des proportions de coûts de cas pour les coûts d'infrastructure ne peuvent pas toujours être expliquées de manière plausible. La répartition des coûts de l'infrastructure médicale et en particulier de l'infrastructure non médicale est donc au centre des préoccupations d'aménagement de la méthodologie de calcul des coûts, avec pour objectif la mise en place de codifications obligatoires pour les blocs de coûts les plus importants.

***Pour combler la lacune d'innovation (catalogue OPS – lacune de calcul des coûts)***

Dans le cadre de l'aménagement du système G-DRG pour version 2005, on a pu pour la première fois réduire considérablement la « lacune d'innovation », étant donné que le calcul des coûts de l'année 2004 se basait déjà sur la différenciation des prestations de l'OPS-301 version 2004 ou sur des codes qui n'étaient pas encore inscrits dans l'OPS-301 version 2004. On a aussi recouru pour le calcul des coûts 2005, au procédé de la collecte de données complémentaire qui avait fait ses preuves, et analysé les différenciations de prestations de l'ICD-10-GM 2005 et de l'OPS version 2005 qui n'étaient pas encore disponibles dans les données de 2004. Ces informations n'auraient normalement pas pu être prises en considération pour le calcul des coûts de l'année 2006 – ou après l'introduction de nouveaux codes pour 2006- seulement en 2007.

La collecte complémentaire de données s'est avérée cette année encore, un instrument effectif pour réduire nettement la période allant de l'identification d'un nouveau procédé à la prise en considération dans le calcul des coûts, en passant par l'introduction d'un code OPS correspondant. On dispose ainsi pour l'aménagement du système G-DRG d'une méthode qui permet de mettre en place rapidement une rémunération adéquate des coûts de procédures innovantes. Les établissements dispensant des soins maximums peuvent en particulier en profiter. La mission de vérification de l'argumentation présentée dans le cadre de la procédure NMET sur la base des données réelles de calcul des coûts, demeure inchangée.

## Annexe

Tableau A-1 :

Groupes de cas DRG pour lesquels les cas transférés ont été pris en considération lors du calcul des coûts du poids relatif (cf. chap. 2.2)

DRG	Libellé du DRG
A01C	Transplantation hépatique sans ventilation artificielle >59 heures, sans rejet de la greffe
A03A	Transplantation pulmonaire avec ventilation artificielle >179 heures
A03B	Transplantation pulmonaire avec ventilation artificielle >47 et <180 heures
A03C	Transplantation pulmonaire sans ventilation artificielle >47 heures
A04D	Transplantation de moelle osseuse/transfusion de cellules souches allogènes, sans préparation in vitro, sauf en cas de plasmocytome, HLA-identique
A05A	Transplantation cardiaque avec ventilation artificielle >179 heures
A06A	Ventilation artificielle >1 799 heures avec procédure opératoire complexe ou traumatisme multiple, avec intervention hautement complexe ou traitement complexe de soins intensifs >3 680 points de coûts
A06B	Ventilation artificielle >1 799 heures avec procédure opératoire complexe ou traumatisme multiple, sans intervention hautement complexe, sans traitement complexe de soins intensifs >3 680 points de coûts ou sans procédure opératoire complexe, sans traumatisme multiple, avec trait. compl. soins intensifs >3 680 points ou âge <16 ans
A07B	Ventilation artificielle >999 et <1 800 heures avec procédure opératoire complexe, sans intervention hautement complexe, sans traitement complexe de soins intensifs >3 680 points de coûts, avec traumatisme multiple ou procédures de complication
A07C	Ventilation artificielle >999 et <1 800 heures sans traumatisme multiple, avec procédure opératoire complexe, sans intervention hautement complexe, sans procédures de complication, sans traitement complexe de soins intensifs >3 680 points ou sans procédure opératoire complexe, avec trait. compl. de soins intensifs >2 208 points
A07D	Ventilation artificielle >999 et <1 800 heures sans procédure opératoire complexe, sans traumatisme multiple, sans traitement complexe de soins intensifs >2 208 points de coûts
A09C	Ventilation artificielle >499 heures <1 000 heures sans procédure opératoire complexe, sans traumatisme multiple, avec procédures de complication
A09D	Ventilation artificielle >499 heures <1 000 heures sans procédure opératoire complexe, sans traumatisme multiple, sans procédures de complication

<b>DRG</b>	<b>Libellé du DRG</b>
A11D	Ventilation artificielle >249 et <500 heures sans procédure opératoire complexe, avec procédure opératoire particulière ou procédures de complication
A11E	Ventilation artificielle >249 et <500 heures sans procédure opératoire complexe, sans procédure opératoire particulière, sans procédures de complication
A13B	Ventilation artificielle >95 et <250 heures avec procédure opératoire complexe, sans intervention hautement complexe, sans traitement complexe de soins intensifs >1 104 points de coûts
A13C	Ventilation artificielle >95 et <250 heures sans procédure opératoire complexe, avec procédure opératoire particulière et procédures de complication, sans traitement complexe de soins intensifs >1 104 points de coûts
A13D	Ventilation artificielle >95 heures <250 heures sans procédure opératoire complexe, avec procédure opératoire particulière ou procédures de complication ou âge <16 ans
A13E	Ventilation artificielle >95 heures <250 heures sans procédure opératoire complexe, sans procédure opératoire particulière, sans procédures de complication, âge >15 ans
A15C	Transplantation de moelle osseuse / transfusion de cellules souches, autogène, âge > 17 ans, sans préparation in vitro
A17B	Transplantation rénale sans défaillance postopératoire du greffon rénal
A18Z	Ventilation artificielle >999 heures et transplantation hépatique, pulmonaire, cardiaque et de moelle osseuse ou transfusion de cellules souches
A42A	Prélèvement de cellules souches pour autogreffe avec chimiothérapie
A42B	Prélèvement de cellules souches pour autogreffe sans chimiothérapie
A60A	Défaillance et rejet d'un greffon d'organe, plus d'une journée d'hospitalisation, avec CMA extrêmement sévères
A60B	Défaillance et rejet d'un greffon d'organe, plus d'une journée d'hospitalisation, sans CMA extrêmement sévères
A60C	Défaillance et rejet d'un greffon d'organe, une journée d'hospitalisation
A63Z	Séjour d'évaluation avant transplantation pulmonaire, ou cœur-poumon
A64Z	Séjour d'évaluation avant transplantation hépatique, ou rein-pancréas
B02B	Craniotomie complexe ou opération de la colonne vertébrale ou autre opération coûteuse sur le système nerveux avec ventilation artificielle >95 heures, sans radiothérapie plus de 8 séances d'irradiation, âge <6 ans ou âge <18 ans avec grande intervention intracrânienne
B71A	Affections des nerfs cérébraux et périphériques avec diagnostic complexe avec CMAs extrêmement sévères ou para/tétraplégie avec CMAs extrêmement sévères ou sévères

DRG	Libellé du DRG
B83A	Apoplexie avec ventilation artificielle >499 heures
D02B	Résections complexes avec reconstructions au niveau de la tête et de la gorge sans intervention complexe
E03Z	Curiethérapie ou thérapie avec nuclides ouverts pour maladies et troubles de l'appareil respiratoire, plus d'un jour d'hospitalisation
E08A	Radiothérapie pour maladies et troubles de l'appareil respiratoire avec intervention opératoire ou ventilation artificielle >24 heures
E62A	Infections et inflammations complexes des organes respiratoires avec procédures de complication ou avec diagnostic complexe lors de l'état après transplantation d'organe
E75A	Autres maladies des organes respiratoires avec CMA extrêmement sévères, âge <10 ans
F01B	Pose d'un défibrillateur Cardioverter (AICD), stimulation double chambres, avec intervention cardiaque et vasculaire supplémentaire
F09Z	Autres interventions cardiothoraciques sans cœur-poumon artificiel, avec procédures de complication ou âge <3 ans
F35B	Autres interventions cardiothoraciques sans cœur-poumon artificiel, sans procédures de complication, âge >9 ans, sans CMA extrêmement sévères
F97Z	Traitement complexe de soins intensifs > 1 104 points de coûts pour maladies et troubles du système de l'appareil circulatoire avec procédure opératoire particulière
G01Z	Eviscération du petit bassin
G14Z	Traitement complexe de réhabilitation précoce gériatrique avec procédure opératoire particulière pour maladies et troubles des organes digestifs
H15Z	Radiothérapie pour maladies et troubles du système hépatobiliaire et du pancréas, plus d'un jour d'hospitalisation, plus de 9 séances d'irradiation
I11Z	Interventions pour l'élongation d'une extrémité
J01Z	Transplantation de tissu avec anastomose microvasculaire lors d'affections de la peau, du tissu sous-cutané et de la glande mammaire
J08A	Autre transplantation de peau ou débridement avec diagnostic complexe, avec intervention supplémentaire au niveau de la tête et de la gorge ou CMA extrêmement sévères, avec procédures complexe
J61C	Affections sévères de la peau, plus d'un jour d'hospitalisation, âge <18 ans
L69A	Autres affections sévères des organes urinaires, plus d'un jour d'hospitalisation avec CMA extrêmement sévères ou sévères, âge <10 ans
L72A	Microangiopathie thrombotique
O01A	Césarienne avec plusieurs diagnostics de complication, durée de la grossesse jusqu'à 25 semaines complètes



DRG	Libellé du DRG
O65A	Autre cause d'hospitalisation prénatale avec thérapie intra-utérine du fœtus
P01Z	Nouveau-né, décédé <5 jours après admission avec procédure opératoire significative
P04A	Nouveau-né, poids à l'admission 1 500-1 999 g avec procédure opératoire significative ou ventilation artificielle >95 heures, avec plusieurs problèmes sévères, avec ventilation artificielle >120 heures
P05A	Nouveau-né, poids à l'admission 2 000-2 499 g, avec plusieurs problèmes sévères, ventilation artificielle >120 heures
P06A	Nouveau-né, poids à l'admission >2 499 g avec procédure opératoire significative ou ventilation artificielle >95 heures, avec plusieurs problèmes sévères, avec ventilation artificielle >120 heures
P60B	Nouveau-né, transféré <5 jours après admission sans procédure opératoire significative, transféré d'un autre hôpital
P60C	Nouveau-né, transféré <5 jours après admission sans procédure opératoire significative, non transféré d'un autre hôpital
P61E	Nouveau-né, poids à l'admission <750 g, décédé <29 jours après admission
P62E	Nouveau-né, poids à l'admission 750-999 g, décédé <29 jours après admission
P65D	Nouveau-né, poids à l'admission 1500-1 999 g, sans procédure opératoire significative, sans ventilation artificielle >95 heures, sans problème
Q02B	Diverses procédures opératoires pour maladies du sang, des organes hématopoïétiques et du système immunitaire sans CMA extrêmement sévères, âge <6 ans
Q03A	Petites interventions pour maladies du sang, des organes hématopoïétiques et du système immunitaire, âge <10 ans
R01A	Lymphome et leucémie avec grandes procédures opératoires, avec CMA extrêmement sévères, avec procédure opératoire complexe
R16Z	Chimiothérapie hautement complexe avec intervention opératoire pour néoformations hématologiques et solides
R60A	Leucémie myéloïde aiguë avec chimiothérapie hautement complexe
R61C	Lymphome et leucémie non aiguë, avec dialyse
R63A	Autre leucémie aiguë avec chimiothérapie hautement complexe, avec dialyse ou septicémie ou avec agranulocytose ou pose de chambre implantable ou avec CMA extrêmement sévères
R63D	Autre leucémie aiguë avec chimiothérapie intensive ou modérément complexe, sans dialyse, sans septicémie, sans agranulocytose, ou pose de chambre implantable, avec CMA extrêmement sévères

<b>DRG</b>	<b>Libellé du DRG</b>
R63E	Autre leucémie aiguë avec chimiothérapie locale, avec dialyse ou septicémie ou avec agranulocytose ou pose de chambre implantable ou avec CMAs extrêmement sévères
S63A	Infection lors de maladie par VIH avec diagnostic complexe et CMAs extrêmement sévères
S65A	Autres affections lors de maladie par VIH avec infarctus cardiaque ou maladie cardiaque ischémique ou CMAs extrêmement sévères
T61A	Infections post-opératoires et post-traumatiques avec procédures de complication ou diagnostic de complication
W01B	Traumatisme multiple avec ventilation artificielle ou craniotomie, sans réhabilitation précoce, avec ventilation artificielle >263 heures
W02A	Traumatisme multiple avec interventions sur l'articulation de la hanche, le fémur, les extrémités et la colonne vertébrale avec procédures de complication ou interventions sur plusieurs localisations
901A	Procédure opératoire étendue sans rapport avec le diagnostic principal avec procédures de complication ou radiothérapie
901C	Procédure opératoire étendue sans rapport avec le diagnostic principal sans procédures de complication, sans radiothérapie, sans procédure opératoire complexe, avec autre intervention au niveau de la tête et de la colonne vertébrale
963Z	Diagnostic néonatal incompatible avec âge ou poids

Tableau A-2 :

DRGs pour lesquels on s'est servi pour le calcul des paiements additionnels de la forme modifiée de la déduction analytique ou de la médiane des coûts journaliers des patients à longue hospitalisation (cf. chap. 2.4)

<b>DRG</b>	<b>Libellé du DRG</b>
A01A	Transplantation hépatique avec ventilation artificielle >179 heures
A01B	Transplantation hépatique avec ventilation artificielle >59 heures et <180 heures ou avec rejet de la greffe
A01C	Transplantation hépatique sans ventilation artificielle >59 heures, sans rejet de la greffe
A02A	Transplantation du rein et du pancréas avec rejet de la greffe
A02B	Transplantation du rein et du pancréas sans rejet de la greffe
A03A	Transplantation pulmonaire avec ventilation artificielle >179 heures
A03B	Transplantation pulmonaire avec ventilation artificielle >47 et <180 heures
A03C	Transplantation pulmonaire sans ventilation artificielle >47 heures
A04A	Transplantation de moelle osseuse/transfusion de cellules souches allogènes, avec préparation in vitro, HLA-différente
A04B	Transplantation de moelle osseuse/transfusion de cellules souches allogènes, avec préparation in vitro, HLA-identique
A04C	Transplantation de moelle osseuse/transfusion de cellules souches allogènes, sans préparation in vitro, sauf en cas de plasmocytome, HLA-différente
A04D	Transplantation de moelle osseuse/transfusion de cellules souches allogènes, sans préparation in vitro, sauf en cas de plasmocytome, HLA-identique
A04E	Transplantation de moelle osseuse/transfusion de cellules souches allogènes, sans préparation in vitro, lors de plasmocytome
A05A	Transplantation cardiaque avec ventilation artificielle >179 heures
A05B	Transplantation cardiaque sans ventilation artificielle >179 heures
A06A	Ventilation artificielle >1799 heures avec procédure opératoire complexe ou traumatisme multiple avec intervention hautement complexe ou traitement complexe de soins intensifs >3 680 points de coûts
A06B	Ventilation artificielle >1 799 heures avec procédure opératoire complexe ou traumatisme multiple sans intervention hautement complexe, sans traitement complexe de soins intensifs >3 680 points de coûts ou sans procédure opératoire complexe, sans traumatisme multiple, avec trait. compl. soins intensifs >3 680 points ou âge <16 ans
A06C	Ventilation artificielle >1 799 heures sans procédure opératoire complexe, sans traumatisme multiple, sans traitement complexe de soins intensifs >3.680 points de coûts, âge >15 ans

DRG	Libellé du DRG
A07A	Ventilation artificielle >999 et <1 800 heures avec procédure opératoire complexe ou traumatisme multiple avec intervention hautement complexe ou traitement complexe de soins intensifs >3.680 points de coûts
A07B	Ventilation artificielle >999 et <1 800 heures avec procédure opératoire complexe, sans intervention hautement complexe, sans traitement complexe de soins intensifs >3 680 points de coûts, avec traumatisme multiple ou procédures de complication
A07C	Ventilation artificielle >999 et <1 800 heures sans traumatisme multiple, avec procédure opératoire complexe, sans intervention hautement complexe, sans procédures de complication, sans traitement complexe de soins intensifs >3 680 points ou sans procédure opératoire complexe, avec trait. compl. de soins intens. >2 208 points
A07D	Ventilation artificielle >999 et <1 800 heures sans procédure opératoire complexe, sans traumatisme multiple, sans traitement complexe de soins intensifs >2 208 points de coûts
A09A	Ventilation artificielle >499 et <1 000 heures avec procédure opératoire complexe ou traumatisme multiple avec intervention hautement complexe ou âge <16 ans
A09B	Ventilation artificielle >499 et <1 000 heures avec procédure opératoire complexe ou traumatisme multiple, sans intervention hautement complexe, âge >15 ans
A09C	Ventilation artificielle >499 heures <1 000 heures sans procédure opératoire complexe, sans traumatisme multiple, avec procédures de complication
A11A	Ventilation artificielle >249 et <500 heures avec intervention hautement complexe ou traitement complexe de soins intensifs >1 656 points ou sans procédure opératoire complexe, avec procédure opératoire particulière et procédures de complication, avec trait. compl. de soins intens. >1 656 points
A11B	Ventilation artificielle >249 et <500 heures avec procédure opératoire complexe, sans intervention hautement complexe, sans traitement complexe de soins intensifs >1 656 points de coûts
A11C	Ventilation artificielle >249 et <500 heures sans procédure opératoire complexe, avec procédure opératoire particulière et procédures de complication, sans traitement complexe de soins intensifs >1 656 points de coûts
A13A	Ventilation artificielle >95 et <250 heures avec intervention hautement complexe ou traitement complexe de soins intensifs >1 104 points ou sans procédure opératoire complexe, avec procédure opératoire particulière et procédures de complication, avec trait. compl. de soins intens. >1 104 points
A13B	Ventilation artificielle >95 et <250 heures avec procédure opératoire complexe, sans intervention hautement complexe, sans traitement complexe de soins intensifs >1 104 points de coûts

DRG	Libellé du DRG
A13C	Ventilation artificielle >95 et <250 heures sans procédure opératoire complexe, avec procédure opératoire particulière et procédures de complication, sans traitement complexe de soins intensifs >1 104 points de coûts
A15A	Transplantation de moelle osseuse / transfusion de cellules souches, autogène, âge <18 ans, avec préparation in vitro
A15B	Transplantation de moelle osseuse / transfusion de cellules souches, autogène, âge <18 ans ou avec préparation in vitro
A15C	Transplantation de moelle osseuse / transfusion de cellules souches, autogène, âge >17 ans, sans préparation in vitro
A15D	Transplantation de moelle osseuse / transfusion de cellules souches, autogène, en cas de néoformation au comportement incertain, lymphome ou néoformation maligne sur testicule et ovaire
A15E	Transplantation de moelle osseuse/transfusion de cellules souches autogène, lors de plasmocytome
A17A	Transplantation rénale avec défaillance postopératoire du greffon rénal
A17B	Transplantation rénale sans défaillance postopératoire du greffon rénal
A18Z	Ventilation artificielle >999 heures et transplantation hépatique, pulmonaire, cardiaque et de moelle osseuse ou transfusion de cellules souches
A42A	Prélèvement de cellules souches pour autogreffe avec chimiothérapie
A42B	Prélèvement de cellules souches pour autogreffe sans chimiothérapie
A60A	Défaillance et rejet d'un greffon d'organe, plus d'une journée d'hospitalisation, avec CMA extrêmement sévères
A60B	défaillance et rejet d'un greffon d'organe, plus d'une journée d'hospitalisation, sans CMA extrêmement sévères
A60C	Défaillance et rejet d'un greffon d'organe, une journée d'hospitalisation
B02A	Craniotomie complexe ou opération de la colonne vertébrale ou autre opération coûteuse sur le système nerveux avec ventilation artificielle >95 heures, avec radiothérapie, plus de 8 séances d'irradiation
B02B	Craniotomie complexe ou opération de la colonne vertébrale ou autre opération coûteuse sur le système nerveux avec ventilation artificielle >95 heures, sans radiothérapie plus de 8 séances d'irradiation, âge <6 ans ou âge <18 ans avec grande intervention intracrânienne
B02C	Craniotomie complexe ou opération de la colonne vertébrale ou autre opération coûteuse sur le système nerveux avec ventilation artificielle >95 heures, avec radiothérapie, moins de 9 séances d'irradiation
B02D	Craniotomie complexe ou opération de la colonne vertébrale ou autre opération coûteuse sur le système nerveux avec ventilation artificielle >95 heures, sans radiothérapie, âge >17 ans, avec grande intervention intracrânienne

DRG	Libellé du DRG
B02E	Craniotomie complexe ou opération de la colonne vertébrale ou autre opération coûteuse sur le système nerveux avec ventilation artificielle >95 heures, sans radiothérapie, âge >17 ans, sans grande intervention intracrânienne
B03Z	Interventions opératoires pour para/tétraplégie non aiguë ou interventions sur la colonne vertébrale et la moelle osseuse pour néoformation maligne ou avec CMAs sévères ou interventions pour paralysie cérébrale, dystrophie musculaire, neuropathie avec CMAs extrêmement sévères
B14Z	Craniotomie modérément complexe
B15Z	Radiothérapie pour maladies et troubles du système nerveux, plus d'un jour d'hospitalisation, plus de 10 séances d'irradiation
B16Z	Radiothérapie pour maladies et troubles du système nerveux, plus d'un jour d'hospitalisation, moins de 11 séances d'irradiation
B20Z	Craniotomie ou grande opération de la colonne vertébrale
C02A	Enucléations et interventions sur l'orbite en cas de néoformation maligne et radiothérapie pour néoformation maligne
C04A	Transplantation de cornée avec extraction extracapsulaire du cristallin (EEC)
C04B	Transplantation de cristallin sans extraction extracapsulaire du cristallin (EEC)
D02A	Résections complexes avec reconstructions au niveau de la tête et de la gorge avec intervention complexe
D02B	Résections complexes avec reconstructions au niveau de la tête et de la gorge sans intervention complexe
D08Z	Interventions sur la cavité buccale pour néoformation maligne
D09Z	Tonsillectomie pour néoformation maligne ou diverses interventions sur l'oreille, le nez, la bouche et la gorge avec CMAs extrêmement sévères
D18Z	Radiothérapie avec intervention opératoire pour maladies et troubles de l'oreille, du nez, de la bouche et de la gorge
D19Z	Radiothérapie pour maladies et troubles de l'oreille, du nez, de la bouche et de la gorge, plus d'un jour d'hospitalisation, plus de 10 séance d'irradiation
D20A	Autre radiothérapie pour maladies et troubles de l'oreille, du nez, de la bouche et de la gorge, plus d'un jour d'hospitalisation, âge > 70 ans ou avec CMAs extrêmement sévères
D20B	Autre radiothérapie pour les maladies et troubles de l'oreille, du nez, de la bouche et de la gorge, plus d'un jour d'hospitalisation, âge < 71 ans, sans CMAs extrêmement sévères
D25A	Interventions modérément complexes sur la tête et la gorge pour néoformation maligne

<b>DRG</b>	<b>Libellé du DRG</b>
D28Z	Ostéotomie sur une mâchoire et interventions complexes sur la tête et la gorge ou autres interventions sur la tête et la gorge pour néoformation maligne
D35Z	Interventions sur le nez et les sinus nasaux pour néoformation maligne
D60A	Néoformations malignes à l'oreille, au nez, à la bouche et dans la gorge, plus d'une journée d'hospitalisation, avec CMA's extrêmement sévères ou sévères
D60B	Néoformations malignes à l'oreille, au nez, à la bouche et la gorge, une journée d'hospitalisation, ou sans CMA's extrêmement sévères ou sévères
E60Z	Fibrose kystique (mucoviscidose)
F03Z	Intervention valvulaire cardiaque avec cœur-poumon artificiel, avec procédures de complication
F04Z	Intervention valvulaire cardiaque avec cœur-poumon artificiel, intervention triple ou âge <1 an ou intervention en hypothermie profonde
F05Z	Opération de pontage coronarien avec actes diagnostiques cardiologiques invasifs, avec procédures de complication ou intervention carotidienne
F06Z	Opération de pontage coronarien sans actes diagnostiques cardiologiques invasifs, avec procédures de complication ou intervention carotidienne
F07Z	Autres interventions avec cœur-poumon artificiel, âge <1 an ou avec procédures de complication ou opération complexe
F11A	Intervention valvulaire cardiaque avec cœur-poumon artificiel, intervention double ou en cas de malformation cardiaque de naissance, avec réopération ou actes diagnostiques invasifs
F11B	Intervention valvulaire cardiaque avec cœur-poumon artificiel, intervention double ou en cas de malformation cardiaque de naissance, ou avec réopération ou actes diagnostiques invasifs
F16Z	Opération de pontage coronarien avec actes diagnostiques cardiologiques invasifs, sans procédures de complication, sans intervention carotidienne, avec réopération ou infarctus
F22Z	Autre Intervention valvulaire cardiaque avec cœur-poumon artificiel
F23Z	Opération de pontage coronarien avec actes diagnostiques cardiologiques invasifs, sans procédures de complication, sans intervention carotidienne, sans réopération, sans infarctus
F30Z	Opération pour malformation cardiaque complexe de naissance
F31Z	Autres interventions avec cœur-poumon artificiel, âge >0 an, sans procédures de complication, sans opération complexe
F32Z	Opération de pontage coronarien sans actes diagnostiques cardiologiques invasifs, sans procédures de complication, sans intervention carotidienne
G15Z	Radiothérapie avec grande intervention abdominale

DRG	Libellé du DRG
G27A	Radiothérapie pour maladies et troubles des organes digestifs, plus d'un jour d'hospitalisation, plus de 8 séances d'irradiation, avec CMAs extrêmement sévères
G27B	Radiothérapie pour maladies et troubles des organes digestifs, plus d'un jour d'hospitalisation, plus de 8 séances d'irradiation, sans CMAs extrêmement sévères
G29A	Autre radiothérapie pour les maladies et troubles des organes digestifs, plus d'un jour d'hospitalisation, avec CMAs extrêmement sévères
G29B	Autre radiothérapie pour maladies et troubles des organes digestifs, plus d'un jour d'hospitalisation, sans CMAs extrêmement sévères
H01Z	Interventions sur le pancréas et le foie et opérations de shunt portosystémiques avec grande intervention ou radiothérapie
H15Z	Radiothérapie pour maladies et troubles du système hépatobiliaire et du pancréas, plus d'un jour d'hospitalisation, plus de 9 séances d'irradiation
H16Z	Autre radiothérapie pour maladies et troubles du système hépatobiliaire et du pancréas, plus d'un jour d'hospitalisation
I39Z	Radiothérapie pour maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, plus de 8 séances d'irradiation
I54Z	Radiothérapie pour maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, moins de 9 séances d'irradiation
J17Z	Radiothérapie pour les maladies et troubles de la peau, du tissu sous-cutané et de la glande mammaire, plus d'un jour d'hospitalisation, plus de 9 séances d'irradiation
J18Z	Autre radiothérapie pour maladies et troubles de la peau, du tissu sous-cutané et de la glande mammaire, plus d'un jour d'hospitalisation
J61A	Affections sévères de la peau, plus d'un jour d'hospitalisation, âge >17 ans avec CMAs extrêmement sévères ou ulcère cutané lors de para/tétraplégie
K03Z	Interventions sur les glandes surrénales en cas de néoformation maligne ou interventions sur l'hypophyse
K15Z	Radiothérapie pour maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques, plus d'un jour d'hospitalisation
L03Z	Grandes interventions sur les reins, les uretères et la vessie pour néoformation maligne, âge <19 ans ou avec CMAs extrêmement sévères ou sauf en cas de néoformation maligne, avec CMAs extrêmement sévères
L12Z	Radiothérapie pour les maladies et troubles des organes urinaires, plus d'un jour d'hospitalisation
L72B	Syndrome hémolytique et urémique
M10Z	Radiothérapie pour maladies et troubles des organes génitaux masculins, plus d'un jour d'hospitalisation
N15Z	Radiothérapie pour maladies et troubles des organes génitaux féminins, plus d'un jour d'hospitalisation, plus de 9 séances d'irradiation



<b>DRG</b>	<b>Libellé du DRG</b>
N16Z	Radiothérapie pour les maladies et troubles des organes génitaux féminins, plus d'un jour d'hospitalisation, moins de 10 séances d'irradiation
O01A	Césarienne avec plusieurs diagnostics de complication, durée de la grossesse jusqu'à 25 semaines complètes
O01B	Césarienne sans plusieurs diagnostics de complication, durée de la grossesse de 26 à 33 semaines complètes ou avec diagnostic de complication, durée de la grossesse jusqu'à 25 semaines complètes
O60A	Accouchement par voie basse avec plusieurs diagnostics de complication, au moins une complication sévère, durée de la grossesse jusqu'à 33 semaines complètes
P01Z	Nouveau-né, décédé <5 jours après admission avec procédure opératoire significative
P02A	Interventions cardiothoraciques ou vasculaires chez les nouveau-nés avec ventilation artificielle >143 heures
P02B	Interventions cardiothoraciques ou vasculaires chez les nouveau-nés sans ventilation artificielle >143 heures
P03A	Nouveau-né, poids à l'admission 1 000-1 499 g avec procédure opératoire significative ou ventilation artificielle >95 heures, avec plusieurs problèmes sévères, avec ventilation artificielle >479 heures
P03B	Nouveau-né, poids à l'admission 1 000-1 499 g avec procédure opératoire significative ou ventilation artificielle >95 heures, avec plusieurs problèmes sévères, avec ventilation artificielle >120 heures et <480 heures
P03C	Nouveau-né, poids à l'admission 1 000-1 499 g avec procédure opératoire significative ou ventilation artificielle >95 heures, avec plusieurs problèmes sévères, sans ventilation artificielle >120 heures ou sans plusieurs problèmes sévères
P04A	Nouveau-né, poids à l'admission 1 500-1 999 g avec procédure opératoire significative ou ventilation artificielle >95 heures, avec plusieurs problèmes sévères, avec ventilation artificielle >120 heures
P04B	Nouveau-né, poids à l'admission 1 500-1 999 g avec procédure opératoire significative ou ventilation artificielle >95 heures, avec plusieurs problèmes sévères, sans ventilation artificielle >120 heures
P04C	Nouveau-né, poids à l'admission 1 500-1 999 g avec procédure opératoire significative ou ventilation artificielle >95 heures, sans plusieurs problèmes sévères
P05A	Nouveau-né, poids à l'admission 2 000-2 499 g, avec plusieurs problèmes sévères, ventilation artificielle >120 heures
P05B	Nouveau-né, poids à l'admission 2.000-2.499 g, avec plusieurs problèmes sévères, sans ventilation artificielle >120 heures
P05C	Nouveau-né, poids à l'admission 2 000-2 499 g, sans plusieurs problèmes sévères

<b>DRG</b>	<b>Libellé du DRG</b>
P06A	Nouveau-né, poids à l'admission >2 499 g avec procédure opératoire significative ou ventilation artificielle >95 heures, avec plusieurs problèmes sévères, avec ventilation artificielle >120 heures
P06B	Nouveau-né, poids à l'admission >2 499 g avec procédure opératoire significative ou ventilation artificielle >95 heures, avec plusieurs problèmes sévères, sans ventilation artificielle >120 heures
P06C	Nouveau-né, poids à l'admission >2 499 g avec procédure opératoire significative ou ventilation artificielle >95 heures, sans plusieurs problèmes sévères
P60A	Nouveau-né, décédé <5 jours après admission sans procédure opératoire significative
P60B	Nouveau-né, transféré <5 jours après admission sans procédure opératoire significative, transféré d'un autre hôpital
P60C	Nouveau-né, transféré <5 jours après admission sans procédure opératoire significative, non transféré d'un autre hôpital
P61A	Nouveau-né, poids à l'admission <600 g avec procédure opératoire significative
P61B	Nouveau-né, poids à l'admission <600 g sans procédure opératoire significative
P61C	Nouveau-né, poids à l'admission 600-749 g avec procédure opératoire significative
P61D	Nouveau-né, poids à l'admission 600-749 g sans procédure opératoire significative
P61E	Nouveau-né, poids à l'admission <750 g, décédé <29 jours après admission
P62A	Nouveau-né, poids à l'admission 750-874 g avec procédure opératoire significative
P62B	Nouveau-né, poids à l'admission 750-874 g sans procédure opératoire significative
P62C	Nouveau-né, poids à l'admission 875-999 g avec procédure opératoire significative
P62D	Nouveau-né, poids à l'admission 875-999 g sans procédure opératoire significative
P62E	Nouveau-né, poids à l'admission 750-999 g, décédé <29 jours après admission
P63Z	Nouveau-né, poids à l'admission 1 000-1 249 g, sans procédure opératoire significative, sans ventilation artificielle >95 heures
P64Z	Nouveau-né, poids à l'admission 1 250-1 499 g, sans procédure opératoire significative, sans ventilation artificielle >95 heures

DRG	Libellé du DRG
P65A	Nouveau-né, poids à l'admission 1 500-1 999 g sans procédure opératoire significative, sans ventilation artificielle >95 heures, avec plusieurs problèmes sévères
P65B	Nouveau-né, poids à l'admission 1 500-1 999 g sans procédure opératoire significative, sans ventilation artificielle >95 heures, avec problème sévère
P66A	Nouveau-né, poids à l'admission 2 000-2 499 g sans procédure opératoire significative, sans ventilation artificielle >95 heures, avec plusieurs problèmes sévères
P66B	Nouveau-né, poids à l'admission 2 000-2 499 g sans procédure opératoire significative, sans ventilation artificielle >95 heures, avec problème sévère
P67A	Nouveau-né, poids à l'admission >2 499 g sans procédure opératoire significative, sans ventilation artificielle >95 heures, avec plusieurs problèmes sévères
P67B	Nouveau-né, poids à l'admission >2 499 g sans procédure opératoire significative, sans ventilation artificielle >95 heures, avec problème sévère
R01A	Lymphome et leucémie avec grandes procédures opératoires, avec CMA's extrêmement sévères, avec procédure opératoire complexe
R01B	Lymphome et leucémie avec grandes procédures opératoires, avec CMA's extrêmement sévères, sans procédure opératoire complexe
R02Z	Grandes procédures Opératoire avec CMA's extrêmement sévères, avec procédure opératoire complexe pour néoformations hématologiques et solides
R03Z	Lymphome et leucémie avec procédure opératoire particulière, avec CMA's extrêmement sévères
R04A	Autres néoformations hématologiques et solides avec procédure opératoire particulière, avec CMA's extrêmement sévères ou sévères
R04B	Autre néoformations hématologiques et solides avec autre procédure opératoire, avec CMA's extrêmement sévères ou sévères
R05Z	Radiothérapie pour néoformations hématologiques et solides, plus de 9 séances d'irradiation ou pour leucémie aiguë myéloïde, âge <19 ans ou avec CMA's extrêmement sévères
R06Z	Radiothérapie pour néoformations hématologiques et solides, plus de 9 Séances d'irradiation ou pour leucémie aiguë myéloïde, âge >18 ans, ou sans CMA's extrêmement sévères
R07A	Radiothérapie pour néoformations hématologiques et solides, moins de 10 séances d'irradiation, sauf pour leucémie aiguë myéloïde, âge <19 ans ou avec CMA's extrêmement sévères
R07B	Radiothérapie pour néoformations hématologiques et solides, moins de 10 séances d'irradiation, sauf pour leucémie aiguë myéloïde, âge >18 ans, sans CMA's extrêmement sévères

<b>DRG</b>	<b>Libellé du DRG</b>
R12A	Autres néoplasmes hématologiques et solides avec grandes procédures opératoires, avec CMA extrêmement sévères, sans procédure opératoire complexe
R12B	Autres néoplasmes hématologiques et solides avec grandes procédures opératoires sans CMA extrêmement sévères, avec procédure opératoire complexe
R12C	Autres néoplasmes hématologiques et solides avec grandes procédures opératoires, sans CMA extrêmement sévères, sans procédure opératoire complexe
R13Z	Autres néoplasmes hématologiques et solides avec procédure opératoire particulière, sans CMA extrêmement sévères ou sévères
R14Z	Autres néoplasmes hématologiques et solides avec autres procédures opératoires sans CMA extrêmement sévères ou sévères ou thérapie avec des nucléides ouverts pour néoplasmes hématologiques et solides, plus d'une journée d'hospitalisation
R16Z	Chimiothérapie hautement complexe avec intervention opératoire pour néoplasmes hématologiques et solides
R60A	Leucémie myéloïde aiguë avec chimiothérapie hautement complexe
R60B	Leucémie myéloïde aiguë avec chimiothérapie intensive avec diagnostic de complication ou dialyse ou pose de chambre implantable
R60C	Leucémie myéloïde aiguë avec chimiothérapie intensive sans diagnostic de complication, sans dialyse, sans pose de chambre implantable, avec CMA extrêmement sévères ou avec chimiothérapie modérément complexe avec diagnostic de complication ou dialyse ou pose de chambre implantable
R60D	Leucémie myéloïde aiguë avec chimiothérapie intensive sans diagnostic de complication, dialyse ou pose de chambre implantable, sans CMA extrêmement sévères ou avec chimiothérapie modérément complexe, sans diagnostic de complication, dialyse ou pose de chambre implantable, avec CMA extrêmement sévères
R60E	Leucémie myéloïde aiguë avec dialyse ou avec CMA extrêmement sévères
R60F	Leucémie myéloïde aiguë avec chimiothérapie modérément complexe, sans diagnostic de complication, sans dialyse, sans pose de chambre implantable ou avec chimiothérapie locale
R60G	Leucémie myéloïde aiguë sans chimiothérapie, sans dialyse, sans CMA extrêmement sévères
R61A	Lymphome et leucémie non aiguë, avec septicémie
R61B	Lymphome et leucémie non aiguë, sans septicémie, avec agranulocytose ou pose de chambre implantable, avec CMA extrêmement sévères
R61C	Lymphome et leucémie non aiguë, avec dialyse

<b>DRG</b>	<b>Libellé du DRG</b>
R61D	Lymphome et leucémie non aiguë, sans dialyse, sans septicémie, avec agranulocytose ou pose de chambre implantable, sans CMAs extrêmement sévères
R61E	Lymphome et leucémie non aiguë, sans dialyse, sans septicémie, sans agranulocytose, sans pose de chambre implantable, avec CMAs extrêmement sévères
R61F	Lymphome et leucémie non aiguë, sans dialyse, sans septicémie, sans agranulocytose, sans pose de chambre implantable, sans CMAs extrêmement sévères, avec diagnostic complexe ou avec ostéolyses
R62A	Autres néoformations hématologiques et solides avec diagnostic de complication ou dialyse ou pose de chambre implantable
R63A	Autre leucémie aiguë avec chimiothérapie hautement complexe, avec dialyse ou septicémie ou avec agranulocytose ou pose de chambre implantable ou avec CMAs extrêmement sévères
R63B	Autre leucémie aiguë avec chimiothérapie intensive, avec dialyse ou septicémie ou avec agranulocytose ou pose de chambre implantable
R63C	Autre leucémie aiguë avec chimiothérapie modérément complexe avec dialyse ou septicémie ou avec agranulocytose ou pose de chambre implantable
R63D	Autre leucémie aiguë avec chimiothérapie intensive ou modérément complexe, sans dialyse, sans septicémie, sans agranulocytose, sans pose de chambre implantable, avec CMAs extrêmement sévères
R63E	Autre leucémie aiguë avec chimiothérapie locale, avec dialyse ou septicémie ou avec agranulocytose ou pose de chambre implantable ou avec CMAs extrêmement sévères
R63F	Autre leucémie aiguë sans chimiothérapie, avec diagnostic de complication ou dialyse ou pose de chambre implantable
R63G	Autre leucémie aiguë avec chimiothérapie locale, sans dialyse, sans septicémie, sans agranulocytose, sans pose de chambre implantable, sans CMAs extrêmement sévères ou sans chimiothérapie, sans diagnostic de complication, sans pose de chambre implantable
R65Z	Néoformations hématologiques et solides, un jour d'hospitalisation
S60Z	Maladie par VIH, un jour d'hospitalisation
S62Z	Néoformation maligne lors de maladie due au VIH
S63A	Infection lors de maladie due au VIH avec diagnostic complexe et CMAs extrêmement sévères
S63B	Infection lors de maladie due au VIH sans diagnostic complexe ou sans CMAs extrêmement sévères
S64Z	Autre maladie due au VIH
S65A	Autres affections lors de maladie due au VIH avec infarctus cardiaque ou maladie cardiaque ischémique chronique ou CMAs extrêmement sévères

<b>DRG</b>	<b>Libellé du DRG</b>
S65B	Autres affections lors de maladie due au VIH sans infarctus cardiaque, maladie cardiaque ischémique chronique ou CMAs extrêmement sévères
T01A	Procédure opératoire pour maladies infectieuses et parasitaires avec procédure opératoire complexe ou pour état après transplantation d'organe
T60B	Septicémie avec procédures de complication ou pour état après transplantation d'organe, sans CMAs extrêmement sévères, âge <16 ans ou sans procédures de complication, sauf pour état après transplantation d'organe, avec CMAs extrêmement sévères, âge <16 ans
T63A	Affection virale pour état après transplantation d'organe
W01B	Traumatisme multiple avec ventilation artificielle ou craniotomie, sans réhabilitation précoce, avec ventilation artificielle >263 heures
W01C	Traumatisme multiple avec ventilation artificielle ou craniotomie, sans réhabilitation précoce, sans ventilation artificielle >263 heures
X07A	Réimplantation lors d'une amputation traumatique avec réimplantation de plus d'un orteil ou de plus d'un doigt

Tableau A-3 :

DRGs avec des poids relatifs calculés de manière autonome pour les soins administrés par des praticiens hospitaliers en activité libérale (chap. 3.3.1.1)

DRG	Libellé du DRG
C08Z	Extraction extracapsulaire de du cristallin (EEC)
C17Z	Interventions sur la rétine avec vitrectomie par la pars plana et autres procédures complexes sans extraction extracapsulaire du cristallin (EEC)
D06B	Interventions sur les sinus nasaux, l'apophyse mastoïde, interventions complexes sur l'oreille moyenne et autres interventions sur les glandes salivaires, âge >15 ans
D12B	Autres interventions sur l'oreille, le nez, la bouche et la gorge
D22B	Interventions sur la cavité buccale et la bouche sauf en cas de néoformation maligne sans plastie du plancher buccal ou plastie vestibulaire
D30A	Tonsillectomie sauf en cas de néoformation maligne ou diverses interventions sur l'oreille, le nez, la bouche et la gorge sans CMAs extrêmement sévères, avec intervention coûteuse
D30B	Tonsillectomie sauf en cas de néoformation maligne ou diverses interventions sur l'oreille, le nez, la bouche et la gorge sans CMAs extrêmement sévères, sans intervention coûteuse
D38Z	Interventions modérément complexes sur le nez
D40Z	Extraction et réparation dentaire
D61A	Troubles de l'équilibre (vertige) avec perte de l'ouïe ou acouphène
D62Z	Epistaxie
D63Z	Otite moyenne ou infections des voies respiratoires supérieures
D66Z	Autres maladies de l'oreille, du nez, de la bouche et la gorge
G24Z	Interventions en cas de hernies de la paroi abdominale, hernies ombilicales et autres hernies, âge >0 an ou interventions bilatérales pour hernies inguinales et crurales, âge >0 an et <56 ans ou interventions pour hernies inguinales et crurales, âge >55 ans
I18B	Interventions peu complexes sur l'articulation du genou, l'articulation du coude et l'avant-bras, âge >15 ans
I20C	Interventions sur le pied sans intervention complexe et sans dommage grave des parties molles

DRG	Libellé du DRG
I23B	Excision locale et ablation du matériel d'ostéosynthèse à l'exception de l'articulation de la hanche et du fémur sans ablation complexe de matériel d'ostéosynthèse
I24Z	Arthroscopie y compris biopsie ou autres interventions sur l'articulation du genou, l'articulation du coude et l'avant-bras
I44A	Implantation d'une endoprothèse bicondyalaire ou autre implantation / révision d'endoprothèse de l'articulation du genou
I48Z	Révision ou remplacement de l'articulation de la hanche sans diagnostic de complication, sans arthrodèse, sans intervention complexe, sans CMAs extrêmement sévères
I68B	Affections et blessures dans la région de la colonne vertébrale traitées de manière non opératoire, plus d'un jour d'hospitalisation, âge >55 ans ou avec CMAs extrêmement sévères ou sévères, sans diagnostic de complication
I68C	Affections et blessures dans la région de la colonne vertébrale traitées de manière non opératoire, plus d'un jour d'hospitalisation, âge <56 ans, sans CMAs extrêmement sévères ou sévères
J13Z	Petites interventions sur la glande mammaire sauf lors de néoformation maligne
J23Z	Grandes interventions sur la glande mammaire pour néoformation maligne
J25Z	Petites interventions sur la glande mammaire pour néoformation maligne sans CMAs extrêmement sévères ou sévères
L06B	Petites interventions sur la vessie sans CMAs extrêmement sévères
L17Z	Autres interventions sur l'urètre
L20Z	Interventions transurétrales sauf résection de la prostate et urétérorénoscopies sans lithotripsie extracorporelle par ondes de choc (LECOG)
L63C	Infections des organes urinaires sans CMAs extrêmement sévères, âge >2 ans
L64B	Calculs urinaires et obstruction des voies urinaires, âge <76 ans et sans CMAs extrêmement sévères ou sévères
L66Z	Constriction urétrale, autres affections bénignes à modérées des organes urinaires, plus d'une journée d'hospitalisation ou maux et symptômes des organes urinaires ou uréthrocystocopie
M01B	Grandes interventions sur les organes du bassin chez l'homme sans CMAs extrêmement sévères



DRG	Libellé du DRG
M02Z	Résection transurétrale de prostate
M04B	Interventions sur le testicule sans CMAs extrêmement sévères
M60B	Néoformations malignes des organes génitaux masculins, plus d'une journée d'hospitalisation ou âge > 10 ans, sans CMAs extrêmement graves
M62Z	Infection/inflammation des organes génitaux masculins
N04Z	Hystérectomie sauf en cas de néoformation maligne, avec CMAs extrêmement sévères ou sévères ou intervention complexe
N05B	Ovariectomies et interventions complexes sur les trompes utérines sauf lors de néoformation maligne sans CMAs extrêmement sévères ou sévères
N06Z	Interventions réparatrices complexes sur les organes génitaux féminins
N09Z	Autres interventions sur le vagin, le col de l'utérus et la vulve ou curiethérapie pour maladies et troubles des organes génitaux féminins sans CMAs extrêmement sévères
N10Z	Curetage diagnostique, hystérocopie, stérilisation, falloposcopie
N14Z	Hystérectomie avec plastie du plancher pelvien sauf lors de néoformation maligne ou curiethérapie pour maladies et troubles des organes génitaux féminins, plus d'un jour d'hospitalisation, avec CMAs extrêmement sévères
N21Z	Hystérectomie sauf lors de néoformation maligne, sans CMAs extrêmement sévères ou sévères, sans intervention complexe
N23Z	Autres interventions réparatrices sur les organes génitaux féminins
N25Z	Autres interventions sur l'utérus et le système utéroannexiel sauf lors de néoformation maligne, sans diagnostic complexe ou laparoscopie diagnostique
O01C	Césarienne sans plusieurs diagnostics de complication, durée de la grossesse > 33 semaines complètes ou avec diagnostic de complication, durée de la grossesse de 26 à 33 semaines complètes ou sans diagnostic de complication, durée de la grossesse jusqu'à 33 semaines complètes
O01D	Césarienne avec diagnostic de complication, durée de la grossesse plus de 33 semaines complètes
O01E	Césarienne sans diagnostic de complication, durée de la grossesse plus de 33 semaines complètes
O60D	Accouchement par voie basse sans diagnostic de complication
O62Z	Menace d'avortement

<b>DRG</b>	<b>Libellé du DRG</b>
O64A	Faux travail, plus d'un jour d'hospitalisation
O65C	Autre cause d'hospitalisation prénatale sans thérapie intra-utérine du fœtus, sans CMAs extrêmement sévères ou sévères
P67C	Nouveau-né, poids à l'admission >2 499 g sans procédure opératoire significative, sans ventilation artificielle >95 heures, avec autre problème, plus d'un jour d'hospitalisation
P67D	Nouveau-né, poids à l'admission >2 499 g sans procédure opératoire significative, sans ventilation artificielle >95 heures, sans autre problème ou sans problème grave, un jour d'hospitalisation

Tableau A-4 :  
Comparaison des DRGs par CMD (Chap. 3.4.1.1)

<b>CMD</b>	<b>Désignation</b>	<b>Nom- bre de DRGs 2005</b>	<b>Nom- bre de DRGs 2006</b>	<b>Modi- fication (en %)</b>
Pré	Pré-CMD	54	57	+ 6
01	Maladies et troubles du système nerveux	71	78	+ 10
02	Maladies et troubles de l'œil	24	26	+ 8
03	Maladies et troubles de l'oreille, du nez, de la bouche et de la gorge	41	50	+ 22
04	Maladies et troubles des organes respiratoires	49	50	+ 2
05	Maladies et troubles de l'appareil circulatoire	102	112	+ 10
06	Maladies et troubles des organes digestifs	59	60	+ 2
07	Maladies et troubles du système hépatobiliaire et du pancréas	33	29	- 12
08	Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	88	108	+ 23
09	Maladies et troubles de la peau, du tissu sous-cutané et de la glande mammaire	41	42	+ 2
10	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	27	29	+ 7
11	Maladies et troubles des organes urinaires	41	46	+ 12
12	Maladies et troubles des organes génitaux masculins	20	18	- 10
13	Maladies et troubles des organes génitaux féminins	31	31	0
14	Grossesse, naissance et suites de couches	18	24	+ 33
15	Nouveau-nés	38	42	+ 11
16	Affections du sang, des organes hématopoïétiques et du système immunitaire	9	12	+ 33

<b>CMD</b>	<b>Désignation</b>	<b>Nom- bre de DRGs 2005</b>	<b>Nom- bre de DRGs 2006</b>	<b>Modi- fication (en %)</b>
17	Néoplasmes hémato-lymphoïdes et solides	41	46	+ 12
18A	VIH	6	7	+ 17
18B	Maladies infectieuses et parasitaires	15	17	+ 13
19	Maladies et troubles psychiques	10	10	0
20	Usage d'alcool et de drogues et troubles psychiques induits par l'alcool et les drogues	8	9	+ 13
21A	Traumatisme multiple	10	12	+ 20
21B	Blessures, empoisonnements et effets toxiques dus aux drogues et médicaments	14	13	- 7
22	Brûlures	8	7	- 13
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres influant sur l'état de santé et autre mise à contribution de la santé publique	11	10	- 9
DRGs d'erreur	DRGs présentant des erreurs et autres DRGs	9	9	0
<b>Totalité</b>		<b>878</b>	<b>954</b>	<b>+ 9</b>