

Exemples de tarification DRG 2022 pour les cathéters permanents tunnelisés

SWISS DRG

Le nouveau système tarifaire de rémunération des prestations hospitalières SwissDRG selon les forfaits par cas est en vigueur depuis 2012.

Les forfaits par cas sont actualisés régulièrement par SwissDRG SA.

Quels paramètres sont importants pour le système SwissDRG?

- Le diagnostic principal
- Les procédures réalisées à l'hôpital (opérations, examens complexes)
- Les diagnostics supplémentaires et les complications (degré de sévérité global de l'état clinique du patient PCCL), qui peuvent compliquer le traitement et augmenter les frais

Comment ces paramètres de facturation sont-ils codés?

Le diagnostic principal: CIM-10 (Classification internationale des maladies, 10e révision)

La procédure: CHOP (Classification suisse des interventions chirurgicales)

La classification d'une hospitalisation dans un DRG est effectuée par un logiciel de regroupement Grouper (<https://webgrouper.swissdrg.org/>) gratuit.

De quel montant l'hôpital est-il indemnisé pour un DRG?

- Chaque DRG possède un cost-weight de base (ou indice tarifaire)
- Les prestataires (hôpitaux) ont établi un base rate avec les assurances maladie
- Cost-weight de base × base rate = Montant du versement (Francs)*

*Montant perçu par l'hôpital lorsque le patient sort entre la limite inférieure et la limite supérieure de la durée de séjour.

Le cathéter permanent tunnelisé peut être employé pour des diagnostics différents. Vous trouverez ci-après des exemples de facturation de l'implantation du cathéter tunnelisé chez des patients stationnaires.

Aucun diagnostic supplémentaire et complication (PCCL) n'ont été inclus dans l'exemple du fait que les montants pour les cas particuliers peuvent différer sensiblement entre les hôpitaux / cliniques.

1 | Épanchement pleural

Diagnostic principal	Épanchement pleural – ICD = J90	
Procédure	Drainage pleural (par insertion d'un cathéter intercostal) – CHOP: 34.04	
Facturation	Grouper-DRG = E73B Cost-weight de base: 0.733 Cost-weight de base × base rate = Montant du versement	
Limite inférieure de la durée de séjour: 2 jours	Durée moyenne de séjour: 5.9 jours	limite supérieure de la durée de séjour: 12 jours
Augmentation du CW par jour: 0.089; Réduction du CW par jour: 0; Durée de séjour: 10 jours		

2 | Ascite

Diagnostic principal	Ascite – ICD = R18	
Procédure	Drainage abdominal percutané (ponction) – CHOP: 54.91	
Facturation	Grouper-DRG = Z65B Cost-weight de base: 0.61 Cost-weight de base × base rate = Montant du versement	
Limite inférieure de la durée de séjour: 3 jours	Durée moyenne de séjour: 5.2 jours	limite supérieure de la durée de séjour: 11 jours
Augmentation du CW par jour: 0.087; Réduction du CW par jour: 0; Durée de séjour: 10 jours		

3 | Cirrhose alcoolique du foie

Diagnostic principal	Cirrhose alcoolique du foie – ICD = K70.3	
Procédure	Drainage abdominal percutané (ponction) – CHOP: 54.91	
Facturation	Grouper-DRG = H60B Cost-weight de base: 0.981 Cost-weight de base × base rate = Montant du versement	
Limite inférieure de la durée de séjour: 3 jours	Durée moyenne de séjour: 8.3 jours	limite supérieure de la durée de séjour: 17 jours
Augmentation du CW par jour: 0.122; Réduction du CW par jour: 0; Durée de séjour: 10 jours		

Bilan: Les patients quittent l'hôpital en moyenne 2 à 4 jours après l'implantation du cathéter tunnélisé, ce qui équivaut à une durée proche de la limite inférieure de la durée de séjour. Dans tous les cas, avant le codage vérifier que tant les diagnostics principaux ou secondaires que la procédure correspondent à la réalité de l'acte.