



SwissDRG et Nutrition

Implication de la diététique dans le futur système de rémunération des séjours hospitaliers en Suisse

Table des matières

1	Introduction	2
2	Système DRG et codage.....	2
3	Comment se calcule le forfait par cas ou DRG ?	3
4	Enjeux des SwissDRG sur le système de santé et pour les diététiciens	4
5	Codes de diagnostics et d'actes nutritionnels	5
6	Recommandations aux diététiciens et médecins en nutrition	7
6.1	Recommandations concernant la tenue des dossiers et des rapports	7
6.2	Recommandations concernant le codage de la dénutrition	8
6.3	Recommandations concernant la communication et la formation	9
6.4	Recommandations concernant les suivis ambulatoires	10
7	Conclusion	10
8	Sources.....	10
9	Glossaire.....	11

Impressum

Éditeur

Association Suisse des Diététicien-ne-s diplômé-e-s ES/HES ASDD

Rédaction

Commission tarifaire ASDD

Impression

DSK Druckerei Schär, Koppigen

Tirage

1500

Avec l'aimable soutien financier

de la Vereinigung Diät – Fachgruppe Medizinische Ernährung

1 Introduction

Les révisions de la LAMal en matière de tarification hospitalière entreront en vigueur le 1er janvier 2012. Le système de tarification SwissDRG sera progressivement mis en place dans les hôpitaux de soins aigus et concernera par la suite les domaines de la réadaptation, de la gériatrie et de la psychiatrie.

Les SwissDRG ou « forfait par cas » remplaceront les modalités actuelles de financement, basées sur le forfait journalier. Ce nouveau modèle de tarification a pour but de faciliter l'analyse de la consommation des ressources hospitalières et la comparaison entre hôpitaux afin de réduire les coûts de la santé.

Toutefois dans leur forme actuelle, les SwissDRG, ne prennent en compte, pour l'établissement du forfait, que la consommation de ressources médicales. Ceci constitue une limite importante du système, car d'autres ressources, comme le personnel paramédical, n'est pas considéré.

Ce document présente le système DRG, les enjeux de son application, les enjeux du diagnostic de la dénutrition pour les diététiciens-ne-s, les perspectives en termes de valorisation des prestations nutritionnelles ainsi que des recommandations pour la pratique professionnelle.

2 Système DRG et codage

Les SwissDRG sont des « forfaits par cas » établis à partir des diagnostics et des traitements associés. Les DRG regroupent des séjours ayant consommés des soins cliniquement homogènes en termes qualitatifs et quantitatifs. Chaque « forfait par cas » a été au préalable chiffré sur la base des coûts de traitement qu'il engendre. Le système DRG institue un financement des hôpitaux basé sur des séjours type définis au préalable pour chaque diagnostic.

Le nombre de DRG ou groupes cliniques n'a cessé d'augmenter avec le temps et l'accroissement du degré de précision. Il atteint actuellement quelques 1000 groupes de diagnostics.

3 Comment se calcule le forfait par cas ou DRG ?

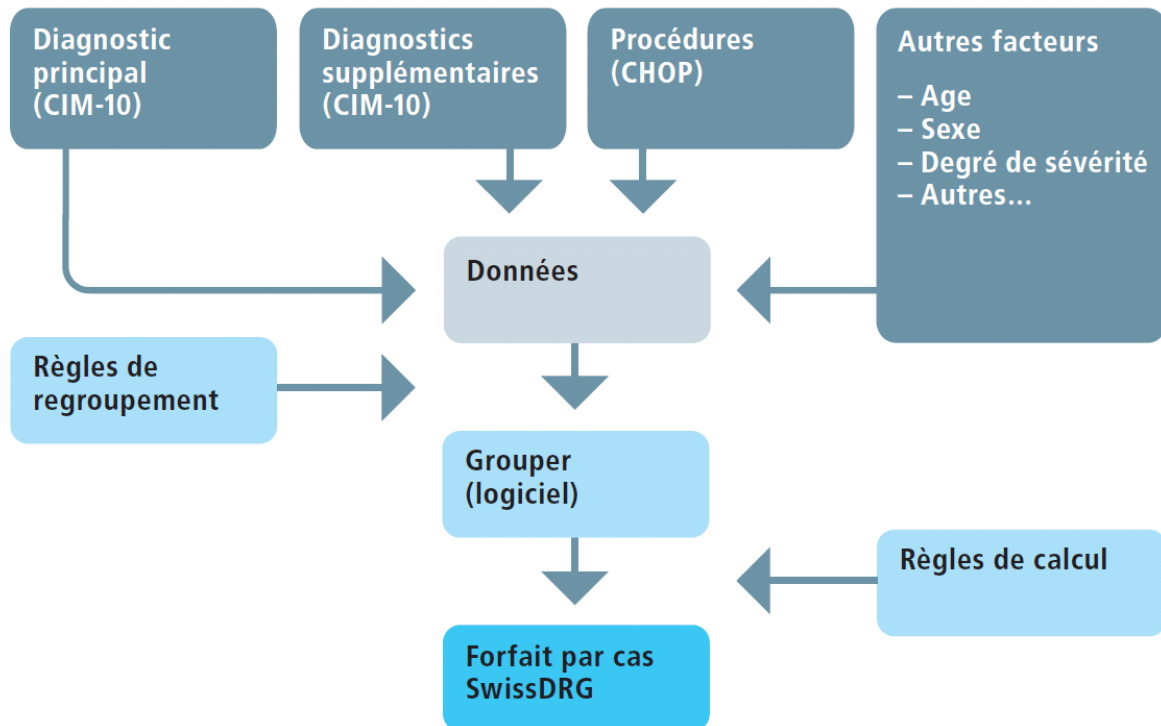


Figure 1 : Fonctionnement du système DRG Suisse¹

Le codage des forfaits par cas se fait à partir de la lettre médicale de sortie, le(s) rapport(s) opératoire, le(s) rapport(s) de pathologie et les données administratives du patient. Le diagnostic principal et les diagnostics secondaires (comorbidités et complications) sont codés selon la table de Classification CIM-10. Les codes de procédure ou d'interventions sont codés à partir de la classification Suisse des interventions chirurgicales publiée par l'OFS (CHOP).

Ces données sont saisies dans le système informatique (Grouper) par les codeuses médicales du centre de codage de chaque établissement. Le logiciel définit les règles de regroupement ainsi que les règles de calcul pour la valorisation financière du séjour, le Cost-Weight. Cet indice de coût est calculé sur la base des statistiques médicales et des coûts d'hospitalisation actuels fournis par les hôpitaux du réseau SwissDRG. La précision de la lettre médicale de sortie détermine la qualité du codage et par conséquent la valorisation financière des prestations reçues par le patient.

Le « forfait par cas » couvre les dépenses de traitement médical ou chirurgical, d'hébergement, d'alimentation, de médication ainsi que les charges administratives des bâtiments. Les prestations des soignants non médecins sont en principe compris dans la partie « traitement » du forfait par cas.

¹ Tiré de : http://www.swissdr.org/assets/pdf/fr/Broschuere_SwissDRG_f_A4.pdf

4 Enjeux des SwissDRG sur le système de santé et pour les diététiciens

La LAMal émet des exigences légales très claires en matière de qualité, efficacité et rentabilité des soins :

Art. 43, alinéa 6 : «veiller à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible»

Art. 32, alinéa 1 et 2 : « les prestations doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques. L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement ».

Les forfaits par cas devront permettre une rémunération en adéquation avec les prestations fournies, favoriser la transparence et augmenter l'efficacité et la qualité. Par rapport au forfait journalier, il y aura un transfert du risque aux fournisseurs de prestations.

Les établissements hospitaliers vont évoluer dans un marché soumis à la concurrence. Le benchmarking ou l'analyse comparative, permettra de comparer les coûts des établissements entre eux et donc de favoriser l'hôpital coûtant le moins cher. Ce système engendrera probablement une diminution des durées de séjours hospitaliers.

Du point de vue nutritionnel, les diététiciens seront amenés à justifier et documenter leurs prises en charges. D'une part pour apparaître dans le codage, mais également pour être en adéquation avec les exigences légales de la LAMal.

Le financement hospitalier dépendra des diagnostics et des actes codés, notamment sur les lettres de sorties rédigées par les médecins et dans les dossiers médicaux. La visibilité des écrits et des rapports de prestations diététiques sera donc essentielle au développement de la diététique clinique. Le diagnostic et la prise en charge de la malnutrition auront spécifiquement une influence sur le montant financier alloué à l'hôpital.

5 Codes de diagnostics et d'actes nutritionnels

Depuis janvier 2011, le catalogue d'actes CHOP comprend les codes **89.0A.30 « Conseil diététique »** et **89.0A.31 « Traitement nutritionnel »**. Ces codes peuvent être utilisés de façon sûre pour le codage du traitement de la malnutrition. Ils doivent cependant être reformulés et précisés pour être pertinents lors de prises en charge nutritionnelles pour d'autres diagnostics.

La commission tarifaire de l'ASDD, par l'intermédiaire de la Société Suisse de Médecine Interne (SSMI), a entrepris des démarches de reformulation auprès du Case Mix Office pour un code CHOP de thérapie nutritionnelle multimodale (89.0A.31 Thérapie nutritionnelle complexe et multimodale), en lien avec une situation nutritionnelle complexe demandant un investissement temps et personnel majeur, comme par exemple la dénutrition, mais également les situations hors diagnostic de dénutrition. Ce code sous entend qu'il y a une prise en charge par un Team multidisciplinaire composé d'un médecin interne et/ou d'un-e spécialiste FMH en diabétologie ou endocrinologie, d'un-e infirmier-ère et d'un-e diététicien-ne diplômé-e. Les évaluations nutritionnelles sont protocolées et documentées. Il existe une procédure avec des objectifs de prise en charge. Des rapports de suivi sont rédigés et la circulation continue interdisciplinaire de l'information est assurée.

D'autre part, il a été proposé que les codes de thérapie et conseil nutritionnels précités (89.0A.30 et 89.0A.31) soient utilisés pour le codage des prises en charges nutritionnelles moins lourdes, nécessitant cependant au minimum 2 unités de traitement (visites) par un-e diététicien-ne diplômé-e. En cas d'acceptation de ces modifications, celles-ci seront applicables dès 2012.

Le catalogue d'actes CHOP comprend également le code **89.39.22 pour la calorimétrie indirecte**. Pour l'instant, il n'existe pas de code pour la mesure de composition corporelle.

Les codes CHOP 96.35 « gavage gastrique », 96.6 « perfusion intestinale de substances nutritives concentrées » et 99.15 « perfusion parentérale de substances nutritives concentrées » concernent la nutrition entérale et parentérale. Ces actes doivent être accompagnés et complétés par les codes CHOP actuels « Traitement et conseil nutritionnel » susmentionnés.

Le chapitre IV du catalogue de classification des diagnostics CIM-10 est dédié aux maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques. Par exemple :

- E40-E46 Malnutrition
 - E40 Kwashiorkor
 - E41 Marasme nutritionnel / cachexie due à la malnutrition
 - E42 Kwashiorkor avec Marasme
 - E43 Malnutrition protéino-énergétique grave sans précision
 - E44 Malnutrition protéino-énergétique légère ou modérée
 - E45 Retard de développement après malnutrition protéino-énergétique
 - E46 Malnutrition protéino-énergétique sans précision
- E50-E64 Carences nutritionnelles
- E65-E68 Obésité et autre excès d'apport
- R63.0 Anorexie (perte d'appétit = code de symptôme)
- R63.3 Difficultés de nutrition et nutrition inadaptée
- R63.4 Perte de poids anormale
- R64 Cachexie

Les autres pathologies pour lesquelles interviennent les diététicien-ne-s, y compris en pédiatrie, existent également.

En 2007, le groupe d'intérêt SpitERB (Diététiciens en chef d'hôpitaux suisse-allemands) a observé le nombre de prestations hospitalières nutritionnelles codées dans des hôpitaux en Suisse allemande. Le diagnostic de la dénutrition et les nutrices artificielles ne figuraient que rarement dans les lettres de sortie. Le manque de codage de la malnutrition a également été relevé dans les statistiques de certains hôpitaux de Suisse Romande entre 2005 et 2009. Ce constat met en évidence une lacune, qui peut prêter à confusion le codage des actes nutritionnels et diététiques dans le futur. En vue d'une meilleure unité et d'un diagnostic plus spécifique de la dénutrition, la Société suisse de nutrition clinique SSNC a déposé une demande pour les codes suivants :

- E 43.0 Dénutrition légère: Perte pondérale > 5% en 3 mois ou ingesta inférieurs à 50 à 75% des besoins la semaine dernière.
- E 43.1 Dénutrition modérée: Perte pondérale > 5% en 2 mois et BMI compris entre 18.5 - 20.5 kg/m² associés à une diminution de l'état général ou des ingesta couvrant 25 à 50% des besoins.
- E 43.2 Dénutrition sévère: Perte pondérale > 5% en 1 mois et BMI <18.5 kg/m² avec une baisse de l'état général ou ingesta couvrant <25% des besoins.

6 Recommandations aux diététiciens et médecins en nutrition

Le développement progressif du système SwissDRG implique des nouveautés fréquentes. Ainsi, il est impératif pour les professionnels exerçant en milieu hospitalier de s'informer régulièrement de son évolution. Différentes sources et moyens d'information sont disponibles : le journal ASDD SVDE Info, la conférence Forum SwissDRG, les communiqués internes et les séances d'information des structures hospitalières, les formations continues des centres spécialisés, et les sites Internet officiels suivants : www.svde-asdd.ch; www.swissdrg.org; www.apdrgsuisse.ch; www.santesuisse.ch; www.hplus.ch; www.fmh.ch; www.isesuisse.ch; www.icd10.ch; www.bfsadmin.ch; www.bag.admin.ch.

D'autre part, un investissement actif au sein d'un organe de l'ASDD comme la Commission tarifaire, les Groupes d'intérêts, les Groupes spécialisés ou les Groupes régionaux permet un échange de bonnes pratiques professionnelles, la circulation de l'information, et renforce le positionnement de la profession.

6.1 Recommandations concernant la tenue des dossiers et des rapports

Dans une optique d'interdisciplinarité et pour favoriser un codage des données nutritionnelles, il est important d'organiser la traçabilité des prestations diététiques dans les dossiers patients :

- Rédiger un rapport de consultation diététique pour chaque prise en charge, en utilisant la terminologie reconnue dans les CHOP et CIM-10.
- Intégrer ce rapport de consultation dans le dossier patient, pour servir à la rédaction de la lettre médicale de sortie, servant de base au codage.
- Elaborer des statistiques de service, selon les recommandations de SpitERB, selon le système en vigueur dans le service ou selon la comptabilité analytique de l'hôpital, afin de rédiger un rapport annuel de prestations et en informer la hiérarchie.

6.2 Recommandations concernant le codage de la dénutrition

Lors du codage, la dénutrition peut être inscrite comme diagnostic primaire (motif d'hospitalisation) ou plus fréquemment comme diagnostic secondaire (comorbidité ou complication justifiant une prolongation du séjour ou des soins plus lourds). La pathologie de base, les caractéristiques du patient, le type de dénutrition et les interventions codées peuvent passablement modifier le DRG final et majorer le Cost-Weight. **Un codage au plus près des actes réalisés permet une rémunération de l'hôpital en adéquation avec les soins fournis et évite une perte financière. Les diététiciens disposent là d'un levier pour faire reconnaître leur travail et le rendre économiquement profitable.**

Le diagnostic doit être documenté et connu du médecin pour pouvoir être codé. Ainsi, il est recommandé de :

- Définir avec les médecins nutritionnistes ou les référents des hôpitaux des procédures de dépistage systématique de la dénutrition dans chaque établissement, basées sur les guidelines des sociétés savantes existantes (par exemple le Nutritional Risk Screening 2002).
- Traiter les patients souffrant de malnutrition selon les protocoles nutritionnels reconnus : guidelines de l'ESPEN, recommandations de la SFNEP, de la SSNC, etc.
- Grader la dénutrition afin d'éviter un codage de la malnutrition protéino-énergétique sans précision (E46), qui ne valorise pas les séjours.
- Faire figurer dans les documents médicaux, de transfert ou de sortie des patients une dénutrition diagnostiquée, ceci dans le contexte de continuité des soins. Cette information est importante pour les personnes qui continuent la prise en charge du patient.
- Prêter une attention particulière aux codes de malnutrition E43, qui influencent beaucoup le DRG final.
- Demander un bon de consultation diététique signé du médecin pour une couverture juridique des interventions nutritionnelles. Dans les établissements qui pratiquent la facturation fictive, ce bon devrait accompagner le document de facturation des prestations diététiques et être transmis au service d'enregistrement des prestations. Ceci permet aussi de réaliser des études ne se basant pas uniquement sur les statistiques propres des services nutrition mais sur des notions reconnues hiérarchiquement.

6.3 Recommandations concernant la communication et la formation

Les médecins rédigent la lettre de sortie. Ils sont donc les garants d'un codage correct des actes et des diagnostics. Ils doivent connaître les enjeux du codage de l'état nutritionnel du patient. Le codeur, lui, se base prioritairement sur la lettre de sortie. S'il dispose de bonnes connaissances en nutrition, il pourra toutefois affiner sont codages et compléter les éléments médicaux non explicites dans la lettre du médecin. Nous recommandons donc :

- D'expliquer et rappeler l'importance de mentionner les diagnostics nutritionnels avec grade de dénutrition et les codes d'actes diététiques dans les lettres de sortie des médecins.
- Prendre contact avec le centre de codage de l'établissement hospitalier et s'enquérir des règles de codage spécifiques à la nutrition afin d'affiner la formation dispensée.
- Selon les directives de codage, le codeur ne peut inscrire un traitement que si un diagnostic y est associé. Par contre, il peut noter un diagnostic alors qu'il n'y a pas de traitement mais une surveillance accrue, une investigation, des suivis de laboratoires etc.
 - Préciser les modalités de la nutrition entérale et les codes correspondants. Les codes 96.07 ; 96.08 ; 96.34 définissent la pose de la sonde, tandis que le code 96.6 correspond au passage de la nutrition entérale.
 - Dans le cas où la sonde naso-gastrique sert à la fois à l'aspiration gastrique et à la nutrition entérale, ces deux usages doivent être codés (ajouter 96.35).
 - La mise en place d'une gastrostomie (PEG) ou d'une jéjunostomie (46.32), n'est pas uniquement un acte chirurgical. Le dispositif sera utilisé à des fins nutritionnelles, il faudra donc ajouter les codes d'alimentation (96.35, 96.6, 99. 15).
- Créer ou intégrer des conditions facilitant l'enregistrement des diagnostics (dénutrition) et des codes CHOP nutritionnels dans les dossiers patients informatisés (terminologie dans les rapports, résumé pour les DRG, etc.)
- Echanger ses expériences et bonnes pratiques en matière de prise en charge et de codage avec les collègues.
- Sensibiliser sa hiérarchie à l'impact du codage des prestations diététiques pour l'hôpital.

6.4 Recommandations concernant les suivis ambulatoires

Les diététiciens hospitaliers doivent s'attendre à une augmentation des consultations ambulatoires dans les années à venir. Nous recommandons aux professionnels employés et indépendants de s'y préparer :

- Prévoir des ressources supplémentaires à mettre en place dans ce but, que ce soit pour accueillir les patients à l'hôpital ou pour les adresser à des diététiciens indépendants.
- Se préparer à une augmentation du nombre de consultations des diététiciens indépendant et à la complexification des cas en ambulatoire.
- Développer les concepts de prise en charge pour les patients âgés à domicile. Ces patients souffrant de dénutrition ont de la peine à se déplacer facilement pour des consultations ambulatoires.

7 Conclusion

L'instauration du système SwissDRG est une opportunité pour les diététiciens en termes de valorisation de la profession et des activités nutritionnelles. C'est également l'occasion de sensibiliser la direction et les différents partenaires de l'hôpital à l'importance de fournir des prestations nutritionnelles de haute qualité pour les patients, notamment en matière de dépistage et de prise en charge de la malnutrition.

8 Sources

Catalogue CHOP :

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.html?publicationID=4109>

Catalogue CIM :

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.html?publicationID=4212>

Cuttat, Aurélie (2010). *DRG et prise en charge nutritionnelle. Quelle place pour les diététicien-ne-s en 2012 ?* Travail de Bachelor. Genève : HES filière Nutrition et diététique.

Documents et publications officielles de l'ASDD

Rühlin, Maya & Stanga, Zeno (2010). Comment le patient dénutri est classé par la Swiss-DRG? Opportunité ou risque pour la nutrition clinique? *Bulletin d'informations Décembre 2010 publié dans Nutrition News 4/2010*, p. 7-8.

Sites Internet : www.svde-asdd.ch; www.swissdr.org; www.apdrgsuisse.ch; www.icd10.ch; www.bfsadmin.ch; www.bag.admin.ch

9 Glossaire

Base rate ou prix de base : Le base rate correspond au prix du point par lequel est multiplié le Cost-Weight pour obtenir le remboursement lié à un cas.

Case-mix et case-mix index (CMI) : Le case mix représente le degré de sévérité total d'un hôpital (la lourdeur des cas des cas traités).

Case Mix Office (CMO) : Groupe d'experts constituant l'organe opérationnel de SwissDRG SA. Des représentants des cantons, des assureurs-maladie, des hôpitaux et de la FMH y siègent.

Catalogue des forfaits : Le catalogue des forfaits par cas regroupe les Cost-Weights par DRG, ainsi que d'autres indications nécessaires à la tarification des cas.

CHOP : Classification suisse des interventions chirurgicales. Elle est utilisée pour la classification des interventions chirurgicales et des traitements.

CIM-10 : Classification internationale des diagnostics et des maladies. Elle sert de base aux diagnostics de SwissDRG.

Cost-Weight : Indice de coût relatif de chaque groupe de cas (DRG). Les Cost-Weights sont calculés sur la base des coûts par cas des hôpitaux du réseau SwissDRG.

DRG : Diagnosis Related Groups ou groupes de diagnostics différenciés.

Grouper : Logiciel basé sur un algorithme de classification permettant d'attribuer un DRG à chaque cas selon ses données médico-administratives.

Hôpitaux de réseau : Sont désigné comme hôpitaux de réseau, les hôpitaux qui participent au relevé SwissDRG portant sur les coûts par cas et les données médico-administratives des patients.

Rémunération liée aux prestations : Cette forme de rémunération indemnise les fournisseurs de prestations pour un traitement, considéré comme un tout (forfait pas cas).

SwissDRG : Système de forfaits par cas (DRG) adapté aux spécificités de la Suisse.