

# Diagnosis Related Groups DRG Prise de position de la Fédération suisse des sages-femmes

## Table des matières

Introduction: la position de la sage-femme dans le système de santé.....	3
Explications concernant le système des DRG.....	5
Que sont les DRG et comment sont-ils établis?.....	5
Introduction des DRG en Suisse: SwissDRG.....	7
Bilan.....	8
Les effets de l'introduction des DRG sur le travail des sages-femmes.....	8
Thèses sur les mécanismes du système .....	9
Thèses à propos des effets sur le travail des sages-femmes.....	10
Champs d'action possibles de la Fédération suisse des sages-femmes.....	13
Littérature .....	14
Annexes.....	16
Groupe diagnostic principal (MDC: Major Diagnostic Category) MDC 14: grossesse, accouchement et post-partum (extrait).....	15
Groupe diagnostic principal (MDC: Major Diagnostic Category) MDC 15: nouveaux-nés (extrait) .....	16

## **Prise de position**

Ce document sert de base à la FSSF pour les communications internes et externes autour du thème des DRG. IL doit contribuer à renforcer la compréhension et la sensibilisation des membres de la FSSF sur le sujet, et aussi permettre des actions ciblées et proactives vis-à-vis des différents partenaires en rapport avec l'introduction des DRG prévue en 2012.

## **Elaboration de la prise de position**

Ce document a été élaboré durant le deuxième semestre 2009 par le secrétariat central et l'experte politique Miriam Wetter (mcw assistenz]&[koordination), et a été approuvé par le comité central en novembre 2009. Il a été soumis, pour expertise, à la relecture des spécialistes externes suivants:

- Monika Selow, Deutscher Hebammenverband DHV
- Willy Oggier, Gesundheitsökonomische Beratungen AG, Küssnacht
- Oliver Peters, directeur administratif et financier CHUV Lausanne.

La FSSF remercie ces personnes pour leurs précieux commentaires et prend la responsabilité du contenu définitif de la prise de position.

## **Contact**

Fédération suisse des sages-femmes FSSF

Secrétariat central

Rosenweg 25 C

3000 Berne 23

Téléphone 031 332 63 40

Fax 031 332 76 19

[info@sage-femme.ch](mailto:info@sage-femme.ch)

Berne, 5 janvier 2010, Comité central

*„En tant qu’expertes dans le domaine de la maternité, les sages-femmes accompagnent les femmes enceintes, les parturientes, les nouveaux-nés et les familles pendant la grossesse, l’accouchement, la période postnatale et l’allaitement. En tant que professionnelles de la santé, elles interviennent dès la phase pré-conceptionnelle, durant les premières semaines de grossesse jusqu’à la fin de la première année de l’enfant et l’achèvement du processus de remise en forme de la femme après l’accouchement. Elles accompagnent la femme durant toute sa grossesse et collaborent avec d’autres professionnels en cas de déroulement pathologique\*.*

*Les sages-femmes sont responsables du suivi de l’accouchement physiologique depuis le début du travail jusqu’à la délivrance. Elles collaborent avec les gynécologues, pédiatres, anesthésistes et autres professionnels lors de l’apparition de complications". Profil professionnel, [www.sage-femme.ch](http://www.sage-femme.ch)\**

## **Introduction: la position de la sage-femme dans le système de santé**

La position de la sage-femme dans le système de santé se différencie de celle des autres groupes professionnels. En effet, la sage-femme est active, avec un haut degré d’autonomie, dans un champ professionnel bien défini. Cette notion doit être bien claire lors de discussions concernant les effets possibles de l’introduction des DRGs:

- **Pas un cas de maladie:** l’accouchement est certainement la seule prestation entrant dans le catalogue des DRG à n’être explicitement ni une maladie ni une pathologie. Fondamentalement, un accouchement est un processus physiologique qui implique deux individus sains (mère et enfant). Les tâches, processus et déroulements dans le champ de l’obstétrique se différencient fondamentalement de tous les autres DRG, pour lesquels un diagnostic est posé, puis est suivi d’une démarche thérapeutique.
- **Une sage-femme à chaque accouchement:** chaque accouchement en Suisse est suivi par une sage-femme. Le travail de la sage-femme constitue la majeure partie d’un suivi d’accouchement.
- **Activité sans ordre médical:** la sage-femme suit l’accouchement sous sa propre responsabilité et n’a recours à d’autres professionnels qu’en cas de complications. Elle ne travaille pas sous la direction ou sur l’ordre d’un médecin et se trouve de ce fait dans une toute autre position qu’une soignante, par exemple.
- **Différentes formes d’activité:** les sages-femmes peuvent travailler comme employées dans le secteur stationnaire (sages-femmes hospitalières), ou peuvent fournir des prestations de manière indépendante (accouchements à domicile, suivi post-partum, cours, contrôles de grossesse). De plus, il existe en Suisse 20 maisons de naissance qui sont dirigées par des sages-femmes. L’introduction des DRG aura des répercussions spécifiques sur le champ d’activités tant

des sages-femmes hospitalières, des sages-femmes de maisons de naissance que des sages-femmes indépendantes.

- **Sages-femmes agréées:** les sages-femmes peuvent travailler aussi comme sages-femmes agréées - sous contrat avec un hôpital en particulier - pour y exercer leur activité sans être engagées par celui-ci, mais en ayant la possibilité d'en utiliser l'infrastructure. La facturation des prestations de la sage-femme est faite par l'hôpital ou directement par la sage-femme à la caisse-maladie de la femme. La situation de ces sages-femmes est comparable à celle de médecins agréés.

## **Explications concernant le systèmes des DRG**

### **Que sont les DRG et comment sont-ils établis?**

L'abréviation DRG signifie *Diagnosis Related Groups*, en français *forfaits par cas liés aux prestations* et désigne un système de classification économico-médicale. Celui-ci répartit les patient-e-s en fonction de leurs diagnostics et des traitements effectués dans un groupe de cas, et rémunère les fournisseurs de prestations en fonction de ce classement.

L'idée de base de ce système de forfaits par cas est une rémunération établie par rapport à la consommation effective de ressources. Pour cela, une évaluation est faite - à partir des données de chaque hôpital - de ce que coûte en moyenne un diagnostic donné et ensuite du montant payé pour chaque cas qui correspond à ce diagnostic.

En cela, les DRG se différencient nettement des tarifs basés sur le temps ou les actes:

- **Les tarifs basés sur le temps** sont établis en fonction du temps passé pour une intervention, un traitement ou un diagnostic (p.ex. le tarif pour les prestations Spitex, les soins dispensés par les infirmier-e-s indépendant-e-s).
- **Les tarifs basés sur les actes** se fondent sur le fait que chaque prestation (diagnostic, traitement ou intervention chirurgicale) est facturée séparément et correspond à une valeur en points tarifaires. Ces tarifs doivent toujours être réadaptés à des *possibilités et à des prix de matériel technique qui se modifient*. Ainsi le Tarmed („Tarif des prestations médicales“) contient plus de 4600 positions (Wyler 2007:374ss).

Concernant le domaine hospitalier, la LAMal (art. 34 LAMal) prescrit des forfaits qui peuvent être, soit

- **un forfait journalier** (un montant établi par patient et par jour d'hospitalisation),
- **un forfait global par jour établi par secteur hospitalier** (forfaits par secteur),
- **un forfait lié au diagnostic** (pour un certain diagnostic, un prix déterminé est fixé indépendamment du cas particulier, des complications, d'une sortie précoce...), ou
- **une combinaison entre un forfait médical et un forfait journalier** (un prix par secteur est convenu pour les prestations médicales, et chaque jour de soins supplémentaire est calculé en plus avec un forfait séparé).

**Les DRG sont des forfaits liés au diagnostic**, c'est-à-dire des systèmes de classification des patients. Les patients ou les processus de soins sont

répartis par groupes, les plus homogènes possibles du point de vue des critères médicaux et économiques (p.ex. durée d'hospitalisation, dépenses médicales, soins nécessités, coûts). „Cela veut dire, en simplifiant: chaque hospitalisation va être classée dans un groupe (DRG) selon le diagnostic et le traitement, l'âge, le sexe avec également les maladies et/ou les complications associées possibles. Ces groupes seront mis en relation avec des „coûts moyens" (cost-weights). Par la multiplication d'un coût moyen avec un prix de base, l'on obtient un montant forfaitaire par cas pour chaque DRG pour le traitement stationnaire y compris les frais de séjour." (Wyler 2007:378)

→ Prix de base x coût moyen = montant forfaitaire par cas

- **Cost weight:** chaque groupe de cas DRG a un coût moyen défini (CW, Cost Weight), qui évalue à combien se montent les dépenses moyennes pour les patients de ce groupe de cas, comparées aux dépenses moyennes de tous les patients traités en Suisse.
- **Prix de base:** les partenaires tarifaires conviennent d'un prix de base, qui peut être différent selon les groupes d'hôpitaux et/ou les types de prise en charge. En Suisse, un prix est généralement fixé pour les hôpitaux d'un canton; il n'est pas encore clair si une différenciation selon les types de prise en charge sera établie (Malk et al. 2006: 77).

**Critères:** la classification par DRG se fait, pour l'essentiel, selon:

- le diagnostic principal et les diagnostics secondaires
- les traitements principaux (procédures) et traitements secondaires
- le sexe et l'âge des patients
- le poids de naissance chez les nouveaux-nés

Ces facteurs doivent refléter l'état de santé d'un patient selon un taux de gravité, appelé taux de gravité du cas. Le coût moyen pour un DRG ressort de ce taux de gravité du cas. Les données nécessaires pour établir cela sont collectées par l'Office fédéral de la statistique et la SwissDRG SA, avec également un recours à des données allemandes.

Un logiciel spécifique (groupeur) calcule le taux de gravité des cas et les DRG, en contrôlant et en établissant toutes les combinaisons possibles d'âge, entrée et sortie de l'hôpital, maladies en relation avec les traitements (Malk et al. 2006: 17ss.).

Un montant forfaitaire par cas (séjour hospitalier) est finalement payé aux hôpitaux, qui répartissent ensuite les moyens à l'interne, pour les salaires des médecins, du personnel soignant, des sages-femmes et autres ainsi que pour les coûts de matériel et d'infrastructure etc.

## Introduction des DRG en Suisse: SwissDRG

En 2004, les organisations du systèmes de santé suisse (la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé CDS, H+ les hôpitaux de Suisse, santésuisse, la Commission des tarifs médicaux CTM, la FMH et l'Association Suisse des Infirmières et Infirmiers ASI) ont fondé l'Association SwissDRG. En 2008, a été fondée la SwissDRG SA, une société anonyme d'utilité publique dans le but d'harmoniser à l'avenir la structure tarifaire dans les hôpitaux et de la rendre plus claire et plus transparente aux patients ([www.swissdrg.org](http://www.swissdrg.org)).

Pour le moment, le manuel SwissDRG Version 0.1 est disponible. Il est basé sur le „German Diagnosis Related Groups Version 2006 G-DRG“ et contient une première adaptation à la situation sanitaire en Suisse. SwissDRG 0.1 est un premier pas en direction d'une structure tarifaire solide pour toutes les prestations de soins aigus stationnaires en Suisse. D'autres adaptations vont conduire à une version tarifaire 1.0 prête à être mise en oeuvre, vraisemblablement en 2011 ([www.swissdrg.org](http://www.swissdrg.org)). Les DRG sont continuellement améliorés grâce à une procédure annuelle de consultation.

Les dispositions transitoires pour la révision de la LAMal (financement des hôpitaux) du 21 décembre 2007 stipulent que l'introduction **du système de forfaits liés aux prestations doit être réalisée jusqu'au 31 décembre 2012 au plus tard** (III dispositions transitoires, art. 1<sup>1</sup>).

Avec l'introduction des SwissDRG, la Suisse disposera pour la première fois d'une infrastructure tarifaire uniforme pour l'ensemble de la Suisse dans le domaine des soins aigus somatiques en division hospitalière. Des différences persisteront au niveau des montants payés, car un calcul de base différencié est prévu selon les régions et éventuellement selon le type de soins. Ceci est comparable avec la situation actuelle dans le domaine ambulatoire, dans lequel les points tarifaires sont les mêmes pour toutes les prestations réalisées en Suisse, mais dont les valeurs du point diffèrent selon les cantons.

## Bilan

Au vu de ce qui précède, il est important de retenir trois grands principes:

---

<sup>1</sup> Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (financement des hôpitaux, modification du 21 décembre 2007: <http://www.admin.ch/ch/d/as/2008/2049.pdf>, etat au 5.01.2010

1. Les DRG ne seront introduits que dans le cadre des hôpitaux et probablement des maisons de naissance. Le financement des prestations ambulatoires n'est donc pas directement concerné, cependant des effets sont à attendre concernant le domaine ambulatoire<sup>2</sup>.
2. Les forfaits par cas sont payés aux hôpitaux.
3. Le classement dans un DRG se fait à la fin d'un séjour hospitalier stationnaire, sur la base de tous les diagnostics et les interventions. Ces éléments sont entrés dans un processus informatique de classement, qui travaille sur la base de critères objectifs et constants durant tout le processus.

De ce fait, le bilan suivant s'impose concernant ce nouveau système et son introduction:

- ➔ **Les DRG arrivent:** l'introduction des DRG est décidée, elle sera effective pour l'ensemble de la Suisse dès le 1.1.2012 selon la planification prévue. Il faut donc observer le processus et, là où c'est nécessaire et possible, participer à son développement.
- ➔ **Pas de prise en considération des sages-femmes au niveau structurel:** la SwissDRG SA, qui élabore le nouveau système tarifaire, est soutenue par les cantons, les caisses-maladie et les médecins. Les sages-femmes ne sont pas représentées dans la structure organisationnelle et n'ont pas de droit de vote assuré. Cela concerne tant l'obstétrique hospitalière que les maisons de naissance.
- ➔ **Ne pas paniquer:** l'introduction des DRG amènera une modification du quotidien hospitalier, mais cela reste en première intention un système comptable qui ne devrait pas influencer les décisions médicales. Le salaire d'une sage-femme hospitalière ne dépend pas de la classification dans tel ou tel DRG des patientes qu'elle prend en charge; les montants payés le sont à l'hôpital et non directement à elle. Afin de pouvoir réagir aux effets possibles sur le travail au niveau médical, il faut une recherche concomitante, qui doit déjà maintenant être introduite dans le système actuel ainsi qu'un monitoring constant.
- ➔ **Tenir compte des expériences déjà faites:** déjà maintenant, le fonctionnement avec les DRG est une réalité en Suisse romande, au Tessin et dans quelques cantons suisses-alsaciens. Selon une comparaison grossière, il n'est pas possible de déterminer des différences substantielles entre des cantons avec ou sans DRG, ni en ce qui concerne le travail hospitalier en général, ni au niveau des indicateurs en obstétrique (p.ex. les taux de césarienne).

---

<sup>2</sup> L'introduction est prévue pour 2012 dans les hôpitaux de soins somatiques aigus. Dans ce cadre, la définition des prestations ambulatoires dans les hôpitaux sera également adaptée (p.ex. suppression du concept *partiellement stationnaire*).

## **Les effets de l'introduction des DRG sur le travail des sages-femmes**

Le bilan de la première partie explicative démontre que les DRG ne doivent pas être tenus responsables de tout et que l'on ne doit pas perdre de vue la réalité lors des débats sur les effets possibles de ce changement de système de financement. Ce qui est nouveau fait souvent très peur et les craintes se répandent rapidement. La Fédération suisse des sages-femmes les prend au sérieux, souhaite identifier les effets possibles des DRG par une analyse sérieuse et aimerait avoir une action sur ceux-ci à la base. Mais pour agir, c'est la volonté d'avancer concrètement qui doit être au premier plan, et non les peurs irrationnelles.

### **Thèses sur les mécanismes du système**

Chaque système a ses incitations, ses avantages et inconvénients. Le système de forfaits par cas de SwissDRG peut provoquer les mécanismes suivants:

- **Taille des secteurs:** de plus grands secteurs peuvent plus facilement travailler avec des forfaits par cas car, avec des nombres élevés de cas, ils se rapprochent des coûts moyens des cas traités en Suisse (les montants payés pour les DRG se basent sur les calculs des coûts moyens).
- **Avantage pour des processus structurés:** les interventions intéressantes sont celles qui sont structurées et qui déterminent clairement à l'avance les ressources et le temps nécessaires à leur exécution. Les coûts de ce type d'interventions sont bien reflétés dans les DRG. L'hôpital sait qu'il peut couvrir ses frais et même en retirer un certain profit lorsque l'intervention est bien menée et la sortie de l'établissement rapide. La couverture des frais est particulièrement ardue lors de processus non-structurés et très variables.
- **Transparence:** les interventions et les prestations peuvent être comparées au niveau de la Suisse entière par la collecte de codages uniformisés. Au stade actuel, il n'est pas encore clair si ces chiffres seront effectivement publiés. Si c'est le cas, il sera facile de voir si un établissement hospitalier pratique certaines interventions de manière exagérée. Indépendamment de la publication des chiffres, la pression sera importante sur les hôpitaux pour baisser les coûts, car un *benchmarking* sera possible par la comparaison avec d'autres hôpitaux; indépendamment de la composition des patient-e-s, de la classe d'hospitalisation ou d'autres facteurs d'influence, on cherchera à définir la valeur de référence selon les chiffres du prestataire de soins le meilleur marché.

- **Attrait pour les cas bien rémunérés:** les hôpitaux vont tenter d'optimiser leurs profits, dans le sens de vouloir exécuter le plus grand nombre possible d'interventions couvrant les frais et pouvant même générer des profits.<sup>3</sup>
- **Durée de séjour:** le système actuel avec les forfaits journaliers incite à prolonger les séjours hospitaliers. Le nouveau système avec les DRG incitera plutôt à des sorties précoces pour optimiser les profits.<sup>4</sup> Les expériences faites en Allemagne montrent aussi qu'il y a moins de prestations stationnaires dans le domaine prénatal effectuées par les hôpitaux et que la surveillance des grossesses à risques a été partiellement transmise aux sages-femmes indépendantes pour un suivi ambulatoire.

### Thèses à propos des effets sur le travail des sages-femmes

- **Fermeture de petites maternités,** car la structure des coûts avec un petit nombre de cas ne s'approche pas de la valeur moyenne statistique. Cela entraînera le licenciement des sages-femmes, qui seront probablement engagées dans de plus grandes maternités ou alors choisiront de se tourner vers une activité indépendante.
- **Les césariennes** sont des interventions clairement structurées et délimitées, dont les ressources nécessaires et le temps passé sont bien indemnisés dans le système DRG. Les accouchements par voie basse occasionnent plus d'incertitudes quant à leur déroulement et les écarts par rapport aux cas moyens sont plus élevés et le sont de manière variable. Ceci rendrait la césarienne plutôt attractive pour les hôpitaux.
- Les sorties des hôpitaux se font de plus en plus tôt, déjà actuellement; avec les DRG, cette tendance va encore s'accentuer, ce qui va renforcer la demande de **suivis post-partum**. A cela, il faut ajouter que toujours plus de femmes demandent des suivis post-partum (en 1995 elles étaient 8.6% de toutes les femmes, en 2007 elles étaient déjà 54% [chiffres de la FSSF pour le canton de Zurich et environs]. Dans certaines régions, il y a déjà maintenant une pénurie de sages-femmes pour les suivis post-partum.
- **Des modifications dans le système de soins ouvrent la voie à de nouveaux modèles.** Les changements induits par l'introduction des DRG va amener des lacunes dans l'offre de prestations, qui pourront être

---

<sup>3</sup> Ce mécanisme ne deviendra apparent que dans quelques années, vu qu'au début il faudra compter avec de relativement nombreuses adaptations annuelles, ce qui rendra ces stratégies d'optimisation plus difficiles.

<sup>4</sup> Ce qui sera déterminant est la question encore ouverte aujourd'hui de la réglementation des admissions: après combien d'heures depuis la sortie de l'hôpital, une patiente pourra-t-elle être admise comme nouveau cas et jusqu'à quand l'hôpital devra reprendre la patiente dans le même DRG? Si les hôpitaux peuvent facturer un nouveau cas après un temps relativement court, il y aura de fortes incitations à faire des sorties précoces.

comblées par les sages-femmes: les fermetures de petites maternités pourront par exemple permettre aux sages-femmes et à d'autres partenaires d'offrir des prestations de proximité, afin de pouvoir couvrir les demandes existantes par des solutions adaptées aux conditions locales. S'il y a moins de prestations fournies par les hôpitaux au niveau prénatal et postnatal, cela ouvrira des possibilités aux sages-femmes de les assurer elles-mêmes.

- **Effets sur le système des sages-femmes agréées:** actuellement la situation reste encore ouverte concernant l'intégration des médecins et des sages-femmes agréé-e-s dans le système. En principe il y a deux possibilités:

- a) Un financement par l'hôpital: l'hôpital touche normalement un montant forfaitaire par cas DRG et remet une partie de ce montant à la sage-femme agréée. La valeur du montant remis à la sage-femme agréée par l'hôpital sera défini par négociation entre les deux parties.
- b) L'hôpital reçoit, pour un cas pris en charge par une sage-femmes agréée, un montant moins élevé qu'il n'aurait perçu pour un cas traité uniquement par le personnel hospitalier; une partie du montant forfaitaire du DRG sera donc déduit. Le montant déduit sera décidé dans le cadre de la mise en place de la structure des DRG<sup>5</sup>. La sage-femme agréée facture ensuite de manière indépendante à la caisse-maladie et si possible avec le canton. Le montant de l'indemnité reçue par la sage-femme agréée dépendra des négociations avec ces différents acteurs.
- c) Selon l'organisation du système et le montant des déductions et des indemnisations des différents acteurs, il pourrait y avoir des incitations à travailler avec plus ou moins de sages-femmes agréées. En Allemagne, par exemple, dans le modèle b) décrit plus haut, une déduction plutôt basse, par comparaison, a incité les hôpitaux à travailler de manière plus soutenue avec des sages-femmes agréées au lieu de sages-femmes employées.

---

<sup>5</sup> Probablement qu'ici aussi des déductions seront définies, basées sur les chiffres des hôpitaux de référence, et complétées par les indications de l'Office fédéral de la statistique ainsi que par les chiffres provenant du système allemand.

## **Champs d'action possibles de la Fédération suisse des sages-femmes**

**1. Préciser les demandes des sages-femmes auprès de SwissDRG:** les sages-femmes ne sont pas impliquées dans les travaux de SwissDRG. Ceci est choquant en regard de l'obstétrique hospitalière et également par rapport aux maisons de naissance, d'autant plus que le droit de faire des demandes et de participer est restreint aux membres de la société anonyme. La FSSF demande à SwissDRG SA de présenter des modèles pour lui permettre une participation appropriée.

En effet, les points concrets suivants doivent être pris en considération lors de l'élaboration et de l'application du système SwissDRG:

- une solution adaptée d'utilisation des DRG dans les maisons de naissance doit être trouvée, qui corresponde au fait que les maisons de naissance n'utiliseront qu'une toute petite partie des DRG vu qu'il s'agira, dans leur contexte, seulement de processus *obstétricaux non-pathologiques et atypiques*.
- Les prestations des sages-femmes doivent être répertoriées d'une manière pertinente, complète et correcte<sup>6</sup>, par un procédé séparé et une traçabilité directe dans tous les domaines d'activité où les sages-femmes sont impliquées,
- Les sages-femmes agréées doivent être également intégrées dans les discussions autour des règlements concernant les médecins agréés.

**2. Garantie d'un calcul correct du montant forfaitaire par cas:** comment seront évaluées les ressources nécessitées par cas? Est-ce que tous les services et mesures devant exister pour finalement permettre le déroulement d'un accouchement par voie vaginale seront pris en considération dans les ressources nécessaires à un accouchement par voie basse (service 24h/7jours, garde de néonatalogie, anesthésie etc.)? La collecte des données concernant les prestations des sages-femmes par les actuels hôpitaux de référence de SwissDRG est centrale (comment ces données sont-elles collectées?; comment les sages-femmes sont informées du fait que leurs chiffres serviront de base pour l'établissement des DRG nationaux?).

**3. Transparence concernant les interventions pendant l'accouchement (césarienne):** jusqu'à quel point la transparence est prévue? Dans quelle mesure une recherche concomitante est-elle planifiée concernant les codages etc. (observation du développement des taux de césarienne dans chaque hôpital)?

---

<sup>6</sup> En Allemagne, par exemple, les prestations des sages-femmes n'avaient une traçabilité que lorsque la femme était en salle d'accouchement; lorsque la sage-femme se rendait dans le service ou en salle d'opération, ce n'était plus répertorié comme une prestation de sage-femme, ce qui a amené à une évaluation des coûts nettement trop basse des sages-femmes.

**4. Garantie du monitoring et de la recherche concomitante:** les effets possibles de l'introduction des DRG ne peuvent être compris que si la recherche concomitante est implantée déjà dans le système actuel. La FSSF demande instamment à la Confédération de mener celle-ci et de focaliser son attention sur le domaine de l'obstétrique, car celle-ci peut se révéler exemplaire pour d'autres domaines (taux de technicisation, modifications de la densité des interventions etc.). En plus de la recherche concomitante à long terme, un monitoring à court terme doit également être introduit pour donner un rapide aperçu sur les développements. Pour cela, les indicateurs suivants doivent être pris en considération pour l'obstétrique:

- Taux de césariennes / tous les accouchements
- Taux d'accouchements avec complications / tous les accouchements
- Taux des patientes avec des prestations de conseil avant/après l'accouchement
- Taux de nouveaux-nés sains / tous les nouveaux-nés
- Etc.

**5. Actions proactives dans le domaine ambulatoire par rapport à une demande en augmentation:** comment le travail des sages-femmes indépendantes peut-il être amélioré, autant pour les sages-femmes (réduction du risque de burn-out, répartition du service de piquet, travail en équipe, organisation par région pour réduire les dépenses, prévention du manque de sages-femmes) que pour les femmes elles-mêmes (assurance qu'une sage-femme indépendante est à disposition, qu'il y a toujours quelqu'un d'atteignable, recherche facilitée pour la prise de contact) et aussi pour donner à des bailleurs tant publics que privés la possibilité de soutenir cette offre de prestations?

→ Par ex.

- i. analyser les modèles de collectifs ou de centrales de sages-femmes existants (ZH, GE), initier des processus pour créer des modèles d'organisation et préparer les régions,
- ii. bien établir et renforcer la pratique indépendante et le suivi post-partum dans les écoles, en particulier aussi par l'instauration de stages payés chez les sages-femmes indépendantes, ce qui n'est pas possible avec le financement actuel des HES.

**6. Actions proactives dans le domaine stationnaire:** par des modifications de l'offre (de soins), des parties du marché sont libérées, que les sages-femmes peuvent utiliser pour promouvoir leurs propres offres. De nouveaux modèles de prise en charge postnatale peuvent être créés (voir les hôtels de patientes en Suède et en Allemagne, les concepts de centres de santé locaux).

**7. Approfondissement et suivi des développements:** les mécanismes cités précédemment ont-ils été constatés en Suisse romande? Ou en Allemagne? Ou dans d'autres pays?

## **Littérature**

Malk, Rolf, Thorsten Kampmann und Peter Indra (Hrsg.) (2006): *DRG-Handbuch Schweiz. Grundlagen, Anwendungen, Auswirkungen und praktische Tipps für Anwender*. Bern: Verlag Hans Huber.

Wyler, Daniel (2007): „Tarife“. In: Kocher, Gerhard und Willy Oggier (Hrsg.): *Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009. Eine aktuelle Übersicht*. 3. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

## Annexes

### Groupe diagnostic principal (MDC: Major Diagnostic Category)

#### MDC 14: grossesse, accouchement et post-partum<sup>7</sup> (extrait)

##### MDC 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

O01A	O	Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer bis 25 vollendete Wochen
O01B	O	Sectio caesarea ohne mehrere komplizierende Diagnosen, Schwangerschaftsdauer 26 bis 33 vollendete Wochen oder mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer bis 25 vollendete Wochen
O01C	O	Sectio caesarea ohne mehrere komplizierende Diagnosen, Schwangerschaftsdauer > 33 vollendete Wochen oder mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer 26 bis 33 vo. Wochen oder ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer bis 33 vo. Wochen
O01D	O	Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen
O01E	O	Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen
O02A	O	Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen
O02B	O	Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen
O03Z	O	Extrauterin gravidität
O04Z	O	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur
O05A	O	Cerclage und Muttermundverschluß
O05B	O	Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft ohne Cerclage, ohne Muttermundverschluß
O40Z	A	Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie
O60A	M	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen
O60B	M	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen
O60C	M	Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose
O60D	M	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose
O61Z	M	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort ohne OR-Prozedur
O62Z	M	Drohender Abort
O63Z	M	Abort ohne Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie
O64A	M	Frustrane Wehen, mehr als ein Belegungstag
O64B	M	Frustrane Wehen, ein Belegungstag
O65A	M	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit intrauteriner Therapie des Feten
O65B	M	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne intrauterine Therapie des Feten, mit äußerst schweren oder schweren CC
O65C	M	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne intrauterine Therapie des Feten, ohne äußerst schwere oder schwere CC

<sup>7</sup> Source: manuel SwissDRG Version 0.1, vol. 1:

[http://www.swissdrq.org/assets/pdf/Erhebung2008/DefHandbuch\\_SwissDRG\\_01\\_Band1\\_080711.pdf](http://www.swissdrq.org/assets/pdf/Erhebung2008/DefHandbuch_SwissDRG_01_Band1_080711.pdf), Etat au 05.01.2010

## Groupe diagnostic principal (MDC: Major Diagnostic Category)

### MDC 15: nouveaux-nés<sup>8</sup> (extrait)

#### MDC 15 Neugeborene

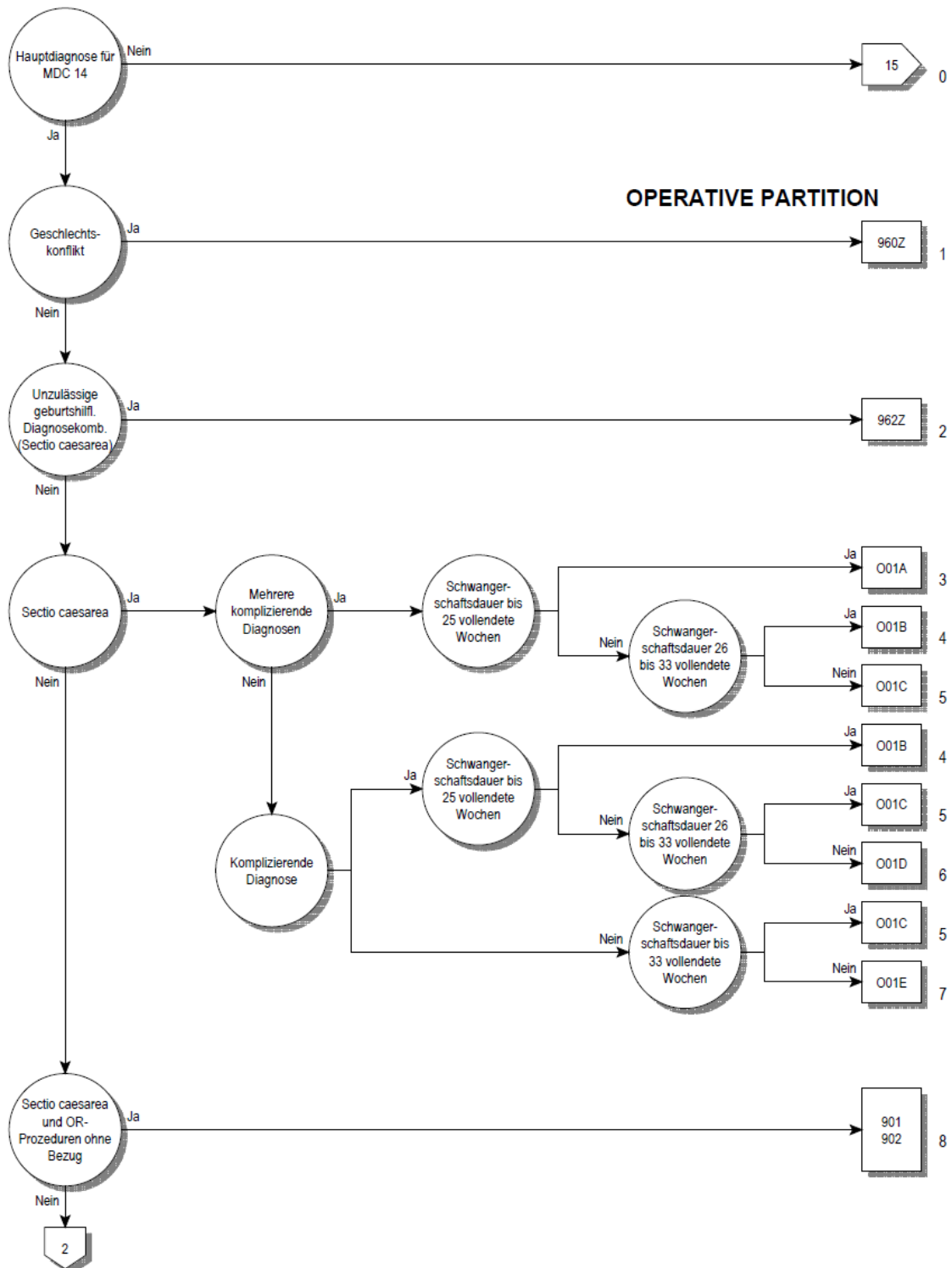
- P01Z O Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur
- P02A O Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen mit Beatmung > 143 Stunden
- P02B O Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen ohne Beatmung > 143 Stunden
- P03A O Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 479 Stunden
- P03B O Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 und < 480 Stunden
- P03C O Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden oder ohne mehrere schwere Probleme
- P04A O Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden
- P04B O Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden
- P04C O Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme
- P05A O Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, Beatmung > 120 Stunden

---

<sup>8</sup>Source: manuel SwissDRG Version 0.1, vol.1:

[http://www.swissdrq.org/assets/pdf/Erhebung2008/DefHandbuch\\_SwissDRG\\_01\\_Band1\\_080711.pdf](http://www.swissdrq.org/assets/pdf/Erhebung2008/DefHandbuch_SwissDRG_01_Band1_080711.pdf), Etat au 05.01.2010

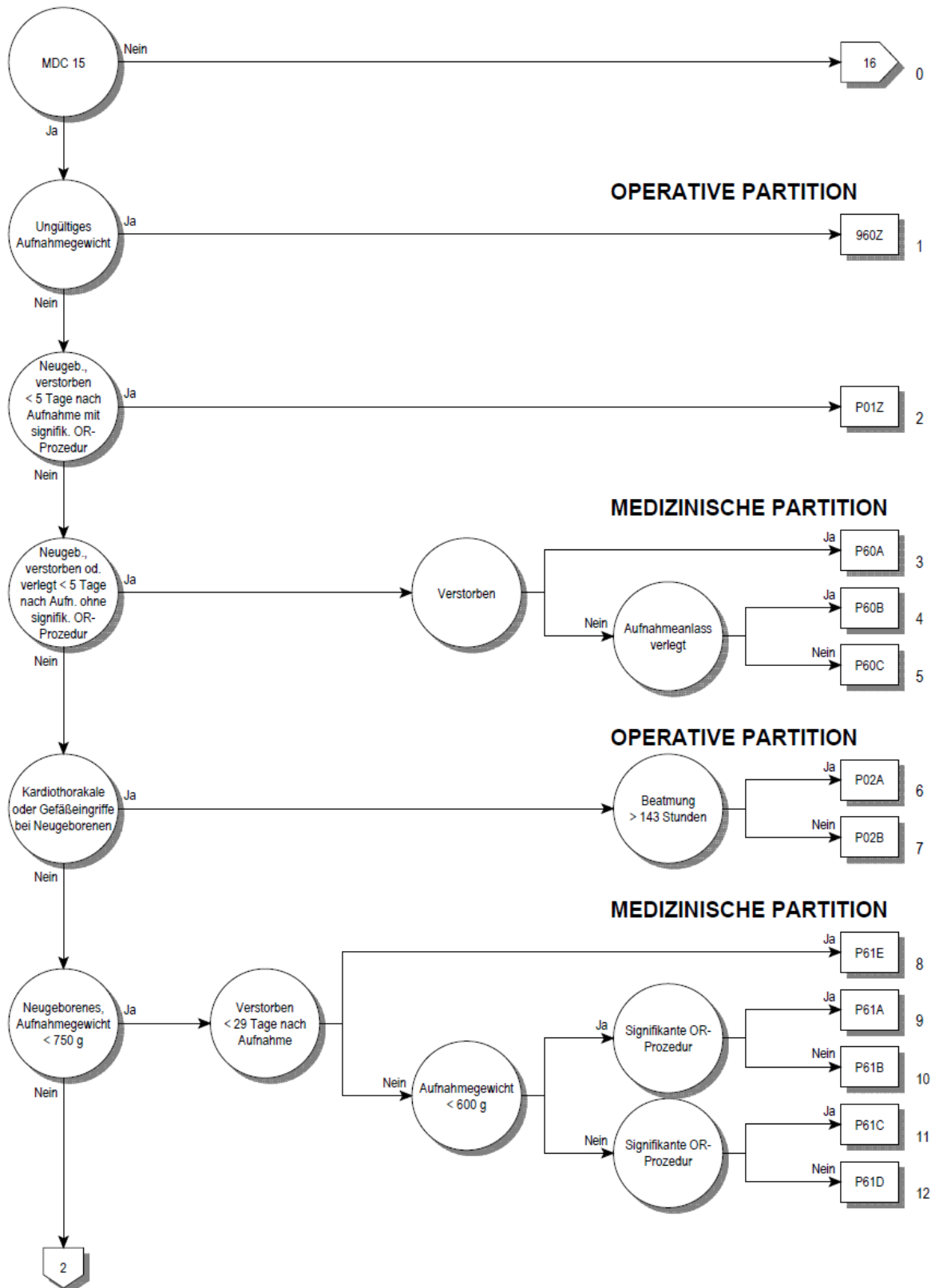
Diagramme diagnostic principal MDC 14: grossesse, accouchement et post-partum (extrait)<sup>9</sup>



<sup>9</sup> Source: manuel SwissDRG Version 0.1, vol. 3:

[http://www.swissdrq.org/assets/pdf/Erhebung2008/DefHandbuch\\_SwissDRG\\_01\\_Band3\\_080711.pdf](http://www.swissdrq.org/assets/pdf/Erhebung2008/DefHandbuch_SwissDRG_01_Band3_080711.pdf), Etat au 03.05.2011

Diagramme diagnostic principal MDC 15: nouveaux-nés (extrait)<sup>10</sup>



<sup>10</sup>source: manuel SwissDRG Version 0.1, vol. 3:

[http://www.swissdrq.org/assets/pdf/Erhebung2008/DefHandbuch\\_SwissDRG\\_01\\_Band3\\_080711.pdf](http://www.swissdrq.org/assets/pdf/Erhebung2008/DefHandbuch_SwissDRG_01_Band3_080711.pdf), Etat au 03.05.2011