

# Conférence SwissDRG

**9e Séance d'information**

**SwissDRG - Version 6.0 / 2017**

**08 juin 2016**

**Hôpital de l'Île Berne**

- 1. Modifications**
2. Bases de données
3. Révision de la logique du Grouper
4. Développement de la méthode de calcul
5. Résultats

# Modifications

Livraison de données en cours d'année avec test de plausibilisation:

- données 2016 en format 2016
- possible uniquement avec la stat. méd. **et** les coûts par cas
- ensembles de données partiels possibles (par ex. Q1, données de semestre)

→ dès septembre 2016

**Attention:** la logique de test n'est pas encore définitive pour le prochain relevé de données

# Modifications

## **Décision du conseil d'administration:**

- obligation du format SwissDRG pour tous les hôpitaux
- adaptation de la définition actuelle des données de coûts au relevé de l'unité finale d'imputation REKOLE® (part des coûts)
- relevé les coûts d'utilisation des immobilisations (CUI) uniquement selon REKOLE®

## **Livraison des données 2017 (Données 2016):**

- nouveau format du fichier des coûts par cas(cc)
- élargissement de la liste d'articles (liste de produits)

# Nouveau format du fichier des coûts par cas

Basé sur la décision [REK 15 005](#): présentation séparée des CUI au niveau des unités finales d'imputation (Demande SwissDRG SA)

Coûts indirects selon la méthode d'imputation	Unité d'oeuvre	Fr.		Tx charges	Quantité
		CI excepté CUI	CUI		
Centre de charges					
10 Administration des patients	Adm. Fall				
20 Salle d'opérations	PT et min..				
23 Anesthésie	PT et min..				
24 Unités de soins intensifs et soins intermédiaires (non compris les unités de soins intermédiaires reconnues)	PT et min..				
unités de soins intermédiaires reconnues	PT et min..				
25 Urgences	PT et min..				
26 Procédé d'imagerie médicale	PT et min..				
... ..	...				
77 Service de sauvetage et d'ambulance(...)	PT et min.. <sup>3</sup>				
Total coûts indirects (excepté les CUI du bloc de coûts A')					
Σ charges CUI imputés du bloc de coûts A'		XXXXXXXXXX			

→ Permet le calcul de majorations ou remises pour les CUI indépendamment de la durée de séjour (In- et Outlier)

# Nouveau format du fichier des coûts par cas

Basé sur la décision [REK 15 003](#): Procédure d'imputation pour certains corps médicaux (demande SwissDRG SA)

Coûts indirects selon la méthode d'imputation		Unité d'oeuvre	Fr.		Tx charges	Quantité
			CI excepté CUI	CUI		
Centre de charges						
24	unité de soins intensifs <del>et soins intermédiaires</del> ( <del>non compris les unités de soins intermédiaires reconnues</del> )	PT et min..				
	<del>unités de soins intermédiaires reconnues</del>	PT et min..				
	Corps médicaux-Activités 1 jusqu'à 5	PT et min..				
	Corps médical salle d'opérations- Activité 6a	PT et min., gewichtet				
	Corps médical unité soins intensifs- Acitivité 6b	PT et min..				
31	Corps médical unité soins intermédiaires- Activité 6b	PT et min..				
	Corps médical urgences- Activité 6b	PT et min..				
	Corps médical salle d'accouchement- Activité 6b	PT et min..				
	Corps médical diagnostic médical et thérapeutique - Activité 6b	PT et min..				
38	unités de soins intermédiaires reconnues	PT et min..				

→ Permet le calcul de majorations ou remises pour les CUI indépendamment de la durée de séjour pour les frais médicaux (In- et Outlier)

# Nouveau format du fichier des coûts par cas

## Petites modifications:

- suppression du numéro BUR
- suppression «v17 frais pour expertises et certificats» selon la décision REK 11 003
- renonciation aux «variables réunies» (résumé de plusieurs champs du relevé de l'unité finale d'imputation selon REKOLE®)
- introduction de champs de réserve

# Nouveau format du fichier des coûts par cas

Données référentielles générales			
N°	Variable	Désignation	
1	year	Année de données	
2	4.6.V01	Numéro du cas (cf. Variable de rang 663 de la ligne MD)	Clé primaire
Coûts directs			
N°	Variable	Désignation	Plan comptable H+
3	v101	Médicaments	400
4	v102	Sang et produits sanguins	400
5	v103	Matériel médical	401
6	v104	Implants	401
7	v105	Prestations médicales, diagnostiques et thérapeutiques de tiers (non-compris honoraires médicaux)	405
8	v106	Honoraires médicaux (non-soumis aux assurances sociales)	405
9	v107	Honoraires de médecins, médecins hospitaliers (soumis aux assurances sociales)	380
10	v108	Honoraires de médecins, médecins agréés (soumis aux assurances sociales)	381
11	v109	Transports de patients fournis par des tiers	480
12	v110	Autres prestations de tiers liées au patient	485
13	v111	Autres frais liés aux patients	486



# Nouveau format du fichier des coûts par cas

Coûts indirects			
N°	Variable	Désignation	Centre de charges obligatoire REKOLE®
14	v200	Administration des patients, coûts indirects sans CUI	(10)
15	v201	Administration des patients, CUI	(10)
16	v210	Salles d'opérations, coûts indirects sans CUI	(20)
17	v211	Salles d'opérations, CUI	(20)
18		<i>reste vide dans le relevé 2017</i>	
19		<i>reste vide dans le relevé 2017</i>	
20	v220	Anesthésie, coûts indirects sans CUI	(23)
21	v221	Anesthésie, CUI	(23)
22	v230	Unité de soins intensifs (IPS), coûts indirects sans CUI	(24)
22	v231	Unité de soins intensifs (IPS), CUI	(24)
24		<i>reste vide dans le relevé 2017</i>	
25		<i>reste vide dans le relevé 2017</i>	
26		<i>reste vide dans le relevé 2017</i>	
27		<i>reste vide dans le relevé 2017</i>	
28		<i>reste vide dans le relevé 2017</i>	
29		<i>reste vide dans le relevé 2017</i>	
30	v250	Urgences, coûts indirects sans CUI	(25)

# Nouveau format du fichier des coûts par cas

Coûts indirects			
N°	Variable	Désignation	Centre de charges obligatoire REKOLE®
14	v200	Administration des patients, coûts indirects sans CUI	(10)
15	v201	Administration des patients, CUI	(10)
16	v210	Salle d'opérations, coûts indirects sans CUI	(20)
17	v211	Salle d'opérations, CUI	(20)
18	v212	Corps médical des salles d'opérations - Activités 6a, Coûts indirects sans CUI	(31)
19	v213	Corps médical des salles d'opérations - Activités 6a, CUI1	(31)
20	v220	Anesthésie, coûts indirects sans CUI	(23)
21	v221	Anesthésie, CUI	(23)
22	v230	Unité de soins intensifs (IPS) Unité de soins intermédiaires (ICM), coûts indirects sans CUI	(24)
22	v231	Unité de soins intensifs (IPS) Unité de soins intermédiaires (ICM), CUI	(24)
24	v232	Corps médical des IPS - Activités 6b1, Coûts indirects sans CUI	(31)
25	v233	Corps médical des IPS - Activités 6b1, CUI	(31)
26	v240	Unités de soins intermédiaires reconnues (IMCU), Coûts indirects sans CUI	(38)
27	v241	Unités de soins intermédiaires reconnues (IMCU), CUI	(38)
28	v242	Corps médical de l' IMCU - Activités 6b2, Coûts indirects sans CUI	(31)
29	v243	Corps médical de l' IMCU - Activités 6b2, CUI	(31)
30	v250	Urgences, coûts indirects sans CUI	(25)

# Nouveau format du fichier des coûts par cas

Coûts indirects			
N°	Variable	Désignation	Centre de charges obligatoire REKOLE®
31	v251	Urgences, CUI	(25)
32		<i>reste vide dans le relevé 2017</i>	
33		<i>reste vide dans le relevé 2017</i>	
34	v260	Procédé d'imagerie médicale, coûts indirects sans CUI	(26)
35	v261	Procédé d'imagerie médicale, CUI	(26)
36	v270	Salle d'accouchement, coûts indirects sans CUI	(27)
37	v271	Salle d'accouchement, CUI	(27)
38		<i>reste vide dans le relevé 2017</i>	
39		<i>reste vide dans le relevé 2017</i>	
40	v280	Médecine nucléaire et radiooncologie, coûts indirects sans CUI	(28)
41	v281	Médecine nucléaire et radiooncologie, CUI	(28)
42	v290	Laboratoire, coûts indirects sans CUI	(29)
43	v291	Laboratoire, CUI	(29)
44	v300	Dialyses, coûts indirects sans CUI	(30)
45	v301	Dialyses, CUI	(30)
46	v310	Corps médical, activités 1-5, coûts indirects sans CUI	(31)
47	v311	Corps médical, activités 1-5, CUI	(31)

# Nouveau format du fichier des coûts par cas

Counts indirects			
N°	Variable	Désignation	Centre de charges obligatoire REKOLE®
31	v251	Urgences, CUI	(25)
32	v252	Corps médical des Urgences - Activités 6b3, Coûts indirects sans CUI	(31)
33	v253	Corps médical des Urgences - Activités 6b3, CUI	(31)
34	v260	Procédé d'imagerie médicale, coûts indirects sans CUI	(26)
35	v261	Procédé d'imagerie médicale, CUI	(26)
36	v270	Salle d'accouchement, coûts indirects sans CUI	(27)
37	v271	Salle d'accouchement, CUI	(27)
38	v272	Corps médical de la Salle d'accouchements - Aktivitäten 6b4, Coûts indirects sans CUI	(31)
39	v273	Corps médical de la Salle d'accouchements - Aktivitäten 6b4, CUI	(31)
40	v280	Médecine nucléaire et radiooncologie, coûts indirects sans CUI	(28)
41	v281	Médecine nucléaire et radiooncologie, CUI	(28)
42	v290	Laboratoire, coûts indirects sans CUI	(29)
43	v291	Laboratoire, CUI	(29)
44	v300	Dialyses, coûts indirects sans CUI	(30)
45	v301	Dialyses, CUI	(30)
46	v310	Corps médical, activités 1-5, coûts indirects sans CUI	(31)
47	v311	Corps médical, activités 1-5, CUI	(31)

# Nouveau format du fichier des coûts par cas

Coûts indirects			
N°	Variable	Désignation	Centre de charges obligatoire REKOLE®
48	v320	Physiothérapie, coûts indirects sans CUI	(32)
49	v321	Physiothérapie, CUI	(32)
50	v330	Ergothérapie, coûts indirects sans CUI	(33)
51	v331	Ergothérapie, CUI	(33)
52	v340	Logopédie, coûts indirects sans CUI	(34)
53	v341	Logopédie, CUI	(34)
54	v350	Thérapies non médicales et conseils, coûts indirects sans CUI	(35)
55	v351	Thérapies non médicales et conseils, CUI	(35)
56	v360	Diagnostic médical et thérapeutique, coûts indirects sans CUI	(36)
57	v361	Diagnostic médical et thérapeutique, CUI	(36)
58		<i>Reste vide dans le relevé 2017</i>	
59		<i>Reste vide dans le relevé 2017</i>	
60	v370	Soins, Coûts indirects sans CUI	(39)
61	v371	Soins, CUI	(39)
62	v380	Hôtellerie chambre, coûts indirects sans CUI	(41)
63	v381	Hôtellerie chambre, CUI	(41)
64	v390	Hôtellerie cuisine, coûts indirects sans CUI	(42)

# Nouveau format du fichier des coûts par cas

Coûts indirects			
N°	Variable	Désignation	Centre de charges obligatoire REKOLE®
48	v320	Physiothérapie, coûts indirects sans CUI	(32)
49	v321	Physiothérapie, CUI	(32)
50	v330	Ergothérapie, coûts indirects sans CUI	(33)
51	v331	Ergothérapie, CUI	(33)
52	v340	Logopédie, coûts indirects sans CUI	(34)
53	v341	Logopédie, CUI	(34)
54	v350	Thérapies non médicales et conseils, coûts indirects sans CUI	(35)
55	v351	Thérapies non médicales et conseils, CUI	(35)
56	v360	Diagnostic médical et thérapeutique, coûts indirects sans CUI	(36)
57	v361	Diagnostic médical et thérapeutique, CUI	(36)
58	v362	Corps médical du Diagnostic médical et thérapeutique - Activités 6b5, Coûts indirects sans CUI	(31)
59	v363	Corps médical du Diagnostic médical et thérapeutique - Activités 6b5, CUI	(31)
60	v370	Soins, Coûts indirects sans CUI	(39)
61	v371	Soins, CUI	(39)
62	v380	Hôtellerie chambre, coûts indirects sans CUI	(41)
63	v381	Hôtellerie chambre, CUI	(41)
64	v390	Hôtellerie cuisine, coûts indirects sans CUI	(42)

# Nouveau format du fichier des coûts par cas

Coûts indirects			
N°	Variable	Désignation	Centre de charges obligatoire REKOLE®
65	v391	Hôtellerie cuisine, CUI	(42)
66	v400	Hôtellerie service, coûts indirects sans CUI	(43)
67	v401	Hôtellerie service, CUI	(43)
68	v410	Autres fournisseurs de prestations, coûts indirects sans CUI	(44)
69	v411	Autres fournisseurs de prestations, CUI	(44)
70	v420	Pathologie, coûts indirects sans CUI	(45)
71	v421	Pathologie, CUI	(45)
72	v430	Recherche et formation universitaire, coûts indirects sans CUI	(47)
73	v431	Recherche et formation universitaire, CUI	(47)
74	v440	Service de sauvetage et d'ambulance (uniquement transports secondaires), coûts indirects sans CUI	(77)
75	v441	Service de sauvetage et d'ambulance (uniquement transports secondaires), CUI	(77)
76	v500	Corps médical, activité 6, coûts indirects sans CUI (ne sera plus relevé sous cette forme dès le relevé 2018).	(31)
77	v501	Corps médical, activité 6, CUI (ne sera plus relevé sous cette forme dès le relevé 2018).	(31)
Champs de réserve			
78		<i>Champs de réserve, laisser vide</i>	
79		<i>Champs de réserve, laisser vide</i>	
80		<i>Champs de réserve, laisser vide</i>	

# Nouveau format du fichier des coûts par cas

Coûts indirects			
N°	Variable	Désignation	Centre de charges obligatoire REKOLE®
65	v391	Hôtellerie cuisine, CUI	(42)
66	v400	Hôtellerie service, coûts indirects sans CUI	(43)
67	v401	Hôtellerie service, CUI	(43)
68	v410	Autres fournisseurs de prestations, coûts indirects sans CUI	(44)
69	v411	Autres fournisseurs de prestations, CUI	(44)
70	v420	Pathologie, coûts indirects sans CUI	(45)
71	v421	Pathologie, CUI	(45)
72	v430	Recherche et formation universitaire, coûts indirects sans CUI	(47)
73	v431	Recherche et formation universitaire, CUI	(47)
74	v440	Service de sauvetage et d'ambulance (uniquement transports secondaires), coûts indirects sans CUI	(77)
75	v441	Service de sauvetage et d'ambulance (uniquement transports secondaires), CUI	(77)
Champs de réserve			
76		<i>Champs de réserve, laisser vide</i>	
77		<i>Champs de réserve, laisser vide</i>	
78		<i>Champs de réserve, laisser vide</i>	
79		<i>Champs de réserve, laisser vide</i>	
80		<i>Champs de réserve, laisser vide</i>	



# Nouveau format du fichier des coûts par cas

## Spécification détaillées:

→ voir [www.swissdrg.org](http://www.swissdrg.org) > Relevé SwissDRG > Informations pour les relevés futurs > Adaptations du fichier des coûts par cas en vue des relevés SwissDRG 2017 et 2018

# Extension de la liste d'articles

Groupe d'articles	Domaine d'application	Article (dénomination commune)	Unité	Imputation des coûts		Comptabilisation des coûts	Sous-groupes types de coûts
				imputation des coûts directs	imputation des coûts indirects	Groupes type de coûts	
<b>Médicaments</b>	Antibiotiques			X	X	400	v101
	Transporteur de médicaments implantable	(par ex. implant Carmustin, intrathécal)	pièce	X	--	400	v101
<b>Produits sanguins</b>		Concentrés d'érythrocytes	UT	X	--	400	v102
		Concentrés de thrombocytes	UT	X	--	400	v102
<b>Implants</b>	Appareil locomoteur	Endoprothèses de la hanche	pièce	X	--	401	v104
	Cœur et vaisseaux sanguins	Cœur artificiel et accessoires	pièce	X	--	401	v104
<b>Cathéter</b>	Cœur et vaisseaux sanguins	Cathéter cardiaque	pièce	X	X	401	v103
		Cathéters PTA	pièce	X	X	401	v103
<b>Kits matériel, spécifique</b>		Kit ECMO (inclus oxygénateur, tête de pompe, canules percutanées)	Pièce (kit)	X	--	401	v103
<b>Consommables, autres</b>		Capsules vidéo	pièce	X	--	401	v103

Liste entière: voir [www.swissdrg.org](http://www.swissdrg.org) > relevé SwissDRG > Informations pour les relevés futurs > liste des articles pour l'imputation obligatoire des coûts directs

# Médicaments

## Jusqu'en 2014:

- même logique pour le relevé stat. médicale / calcul des RS (ZE)

## dès 2015:

- changement I: nouveaux types d'administration IV, SC, IM (Données 2015)
- changement II: nouvelle mention «préparation», en partie non significative pour l'imputation (Données 2016)

# Médicaments

## Raisons:

- évolution constante du marché des médicaments
  - nouvelles préparations combinées (Hépatite C)
  - «nouveaux» types d'administration
  - différents dosages pour une même substance active
  
- données de la stat. médicale sont la base du développement
  - RS sont calculées sur la base des données relevées

# Médicaments

## Dès la version de tarification 7.0 (Données 2018):

- Grouper SwissDRG et RS combiné (version beta)
  - Edition DRG pertinente pour la tarification
  - Edition concernant les RS pas encore pertinente pour la tarification

## Dès la version de tarification 8.0 (Données 2019):

- Grouper SwissDRG et RS combiné avec édition DRG et RS pertinente pour la tarification

# Médicaments

## Conséquences:

- nouveaux formats (fichier d'entrée et fichier de sortie)

→ spécification jusqu'au 30 novembre 2016

# SwissDRG Version 6.0 / 2017



1. Modifications
- 2. Bases de données**
3. Révision de la logique du Grouper
4. Développement de la méthode de calcul
5. Résultats

# SwissDRG – Version 6.0 / 2017

## Nombre d'hôpitaux

Année de données	2014	2013	2012	2011
hôpitaux de réseau	<b>115</b>	112	102	68
tous les hôpitaux	<b>187</b>	190	197	204

- suppression totale de 16 hôpitaux, dont aucun qui livre pour la 1ère fois
- utilisation des données de 99 hôpitaux pour le développement du système (90 l'année précédente)



# SwissDRG – Version 6.0 / 2017

## Volume de livraison de médicaments/implants/procédures onéreuses

Données de l'année	2014	2014 <i>Hôpitaux universitaires</i>	2014 <i>Hôpitaux pour enfants</i>	2013	2012
<b>Médicaments onéreux dans la statistique médicale</b>					
	<b>90</b>	5	3	75	53
<b>Relevé détaillé, indications de coûts...</b>					
... de médicaments onéreux	<b>56</b>	5	1	53	26
... d'implants onéreux	<b>31</b>	5	2	33	19
- dont inclus cœurs artificiels	<b>6</b>	5	1	-	-
... de procédures onéreuses	<b>30</b>	5	2	15	12

# SwissDRG – Version 6.0 / 2017

## Nombre de cas livrés

Année de données	2014	2013	2012	2011
<b>Structure tarifaire</b>	<b>SwissDRG 6.0</b>	<b>SwissDRG 5.0</b>	<b>SwissDRG 4.0</b>	<b>SwissDRG 3.0</b>
données HR	<b>1'079'730</b>	1'027'300	980'450	778'808
total des données	<b>1'228'004</b>	1'203'457	1'214'220	1'202'557
echantillon	<b>87.93%</b>	85.40%	80,7%	64,7%

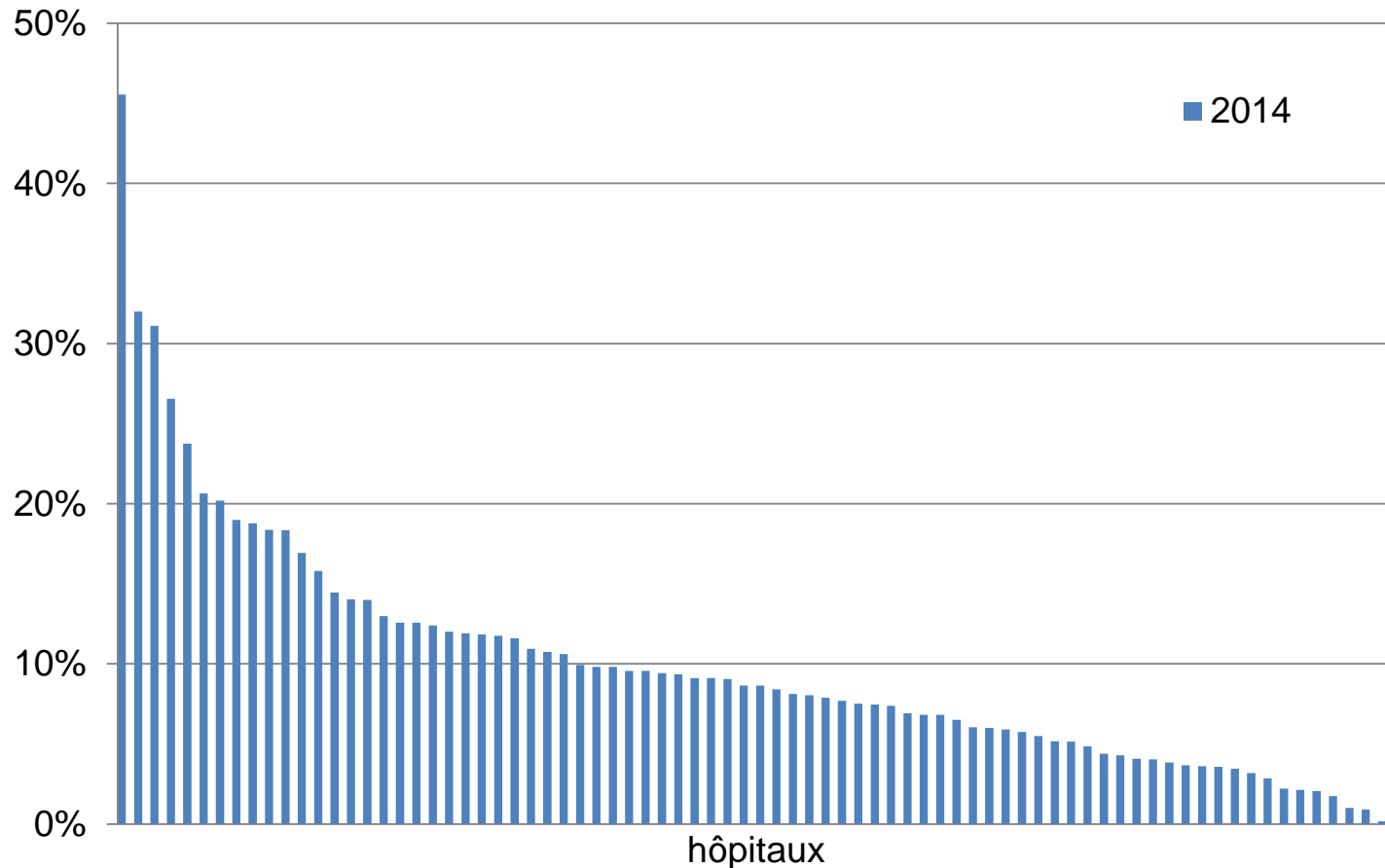
# SwissDRG – Version 6.0 / 2017

## Aperçu de l'érosion des données

Total données	Relevé SwissDRG	
1'284'972	1'087'483	Cas livrés
↓	↓	- Psychiatrie / Réadaptation - Cas ambulatoires - sortie en dehors du relevé
1'228'004	1'079'730	Cas dans le domaine d'application (y compris maisons de naissances)
	↓	- Cas privés non utilisables - Cas sans coûts complets
	1'038'756	Cas utilisables dans le domaine d'application
	↓	- Plausibilisation des cas (Suppression totale de 16 hôpitaux)
	921'307	Cas plausibles
	↓	+ 319 cas provenant de données 2013 + 8 cas provenant de données 2012
	921'634	Données de calcul

# SwissDRG – Version 6.0 / 2017

## Pourcentage de cas non plausibles par hôpital



*Base de données: 2014, domaine d'application de données SwissDRG*

# Base de données pour le développement du système

## Exclusion de cas

### 1. Motivation au niveau test

68	Int.3.4	Nombre de cas avec plus d'un code pour un traitement complexe intermédiaire:	erreur	Codage	<a href="#">1</a>	
69	Int.4.1	Nombre de cas avec séjour en soins intensifs (1.3.V03) sans coûts ou coûts par heure de soins intensifs < 30 CHF (v21):	erreur	KuL	<a href="#">2</a>	<a href="#">Begründung</a>

Begründungstext erfassen ×

---

**Text**

Coûts de soins en néonatalogie saisis dans le centre de charge soins (v39), car pas de reconnaissance IPS

---

[Comment speichern](#)

# Base de données pour le développement DRG du système

## Exclusion de cas

### 2. Motivation au niveau cas

68	Int.3.4	Nombre de cas avec plus d'un code pour un traitement complexe intermédiaire:	Erreur	Codage	<a href="#">1</a>
69	Int.4.1	Nombre de cas avec séjour en soins intensifs (1.3.V03) sans coûts ou coûts par heure de soins intensifs < 30 CHF (v21):	erreur	KuL	<a href="#">2</a> <a href="#">Begründung</a>

# Base de données pour le développement DRG

## du système

### Exclusion de cas

## 2. Motivation au niveau cas

### Plausi-Ergebnisse für Int.4.1

v46v01	kosten_h	drg	Begründung
8042031797	0 CHF/h	F69A	Begründung
1082040951	0 CHF/h	L60C	Begründung

8042031797

Begründungstext erfassen ×

Text

Coûts de soins en néonatalogie saisis dans le centre de charge soins (v39), car pas de reconnaissance IPS

Comment speichern

1082040951

Begründungstext erfassen ×

Text

Saisie erronée des heures de soins intensifs

Comment speichern

# SwissDRG Version 6.0 / 2017

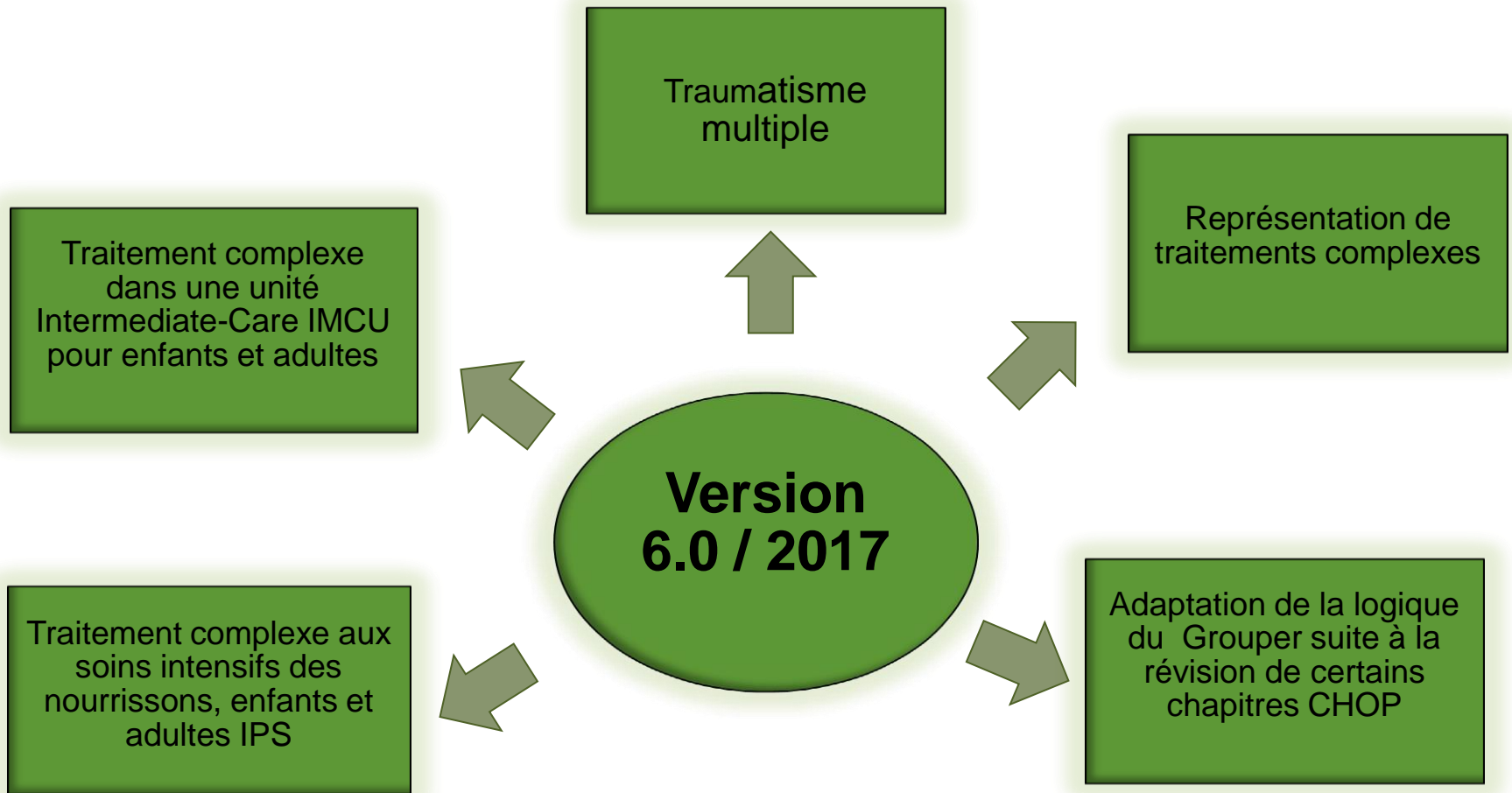


1. Modifications
2. Bases de données
- 3. Révision de la logique du Grouper**
4. Développement de la méthode de calcul
5. Résultats



# SwissDRG – Version 6.0 / 2017

## Les grands axes de développement



# Révision de la logique du Grouper

## Le traitement complexe en soins intensifs

- le traitement complexe en soins intensifs a une grande importance pour l'illustration de cas onéreux dans les DRG
- les points IPS sont pertinents pour le groupage, en partie en combinaison avec des interventions complexes dans les DRG de base A36, B36, F36, T36, W36
- les points IPS sont pertinents pour le groupage en combinaison avec les heures de ventilation dans les DRG de base A18, A13, A11, A07, A06

# Révision de la logique du Grouper

## Le traitement complexe en soins intensifs

### Jusqu'ici:

- les cas avec un traitement complexe en soins intensifs et DP du MDC 04 ne sont pas représentés de façon adéquate dans le DRG de base pré-MDC A36

### Modification:

- création du DRG E36Z «traitement complexe en soins intensifs > 392 / 552 points»
- représentation adéquate de cas de maladie respiratoire avec traitement complexe en soins intensifs dans le MDC 04

# Révision de la logique du Grouper

## Le traitement complexe en soins intensifs

### Problème:

- quantité de cas non homogènes en coûts dans le DRG F65Z «Maladies vasculaires périphériques avec diagnostic complexe et CC extrêmement sévères»

### Modification:

- identification des cas avec IPS / IMC >184 / 196 points comme séparateur de coûts
- Split du DRG F65Z

→ revalorisation évidente des cas

# Révision de la logique du Grouper

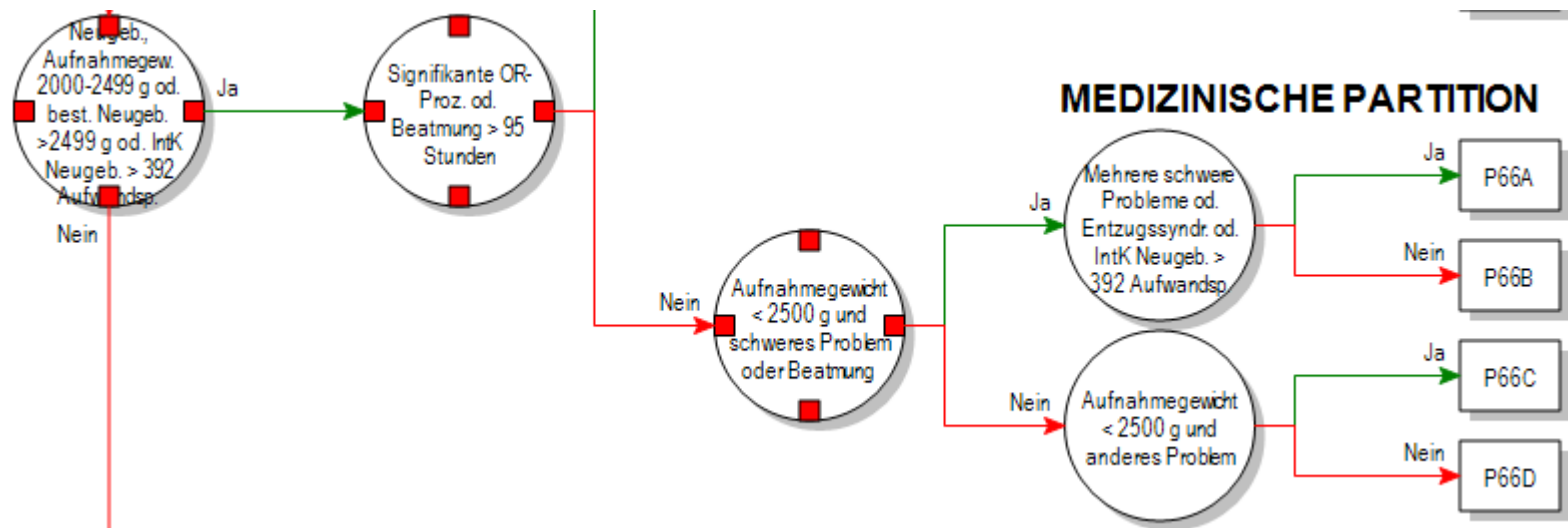
## Le traitement complexe en soins intensifs

- les codes 99.B7.3x Traitement complexe de médecine intensive chez le nouveau-né sont nouveaux dans CHOP 2015
- livraison de données supplémentaires de certains hôpitaux avec les données 2014
- analyse approfondie au sein du DRG de base pour utiliser le NEMS nouveau-né comme critère de split

# Révision de la logique du Grouper

## Le traitement complexe en soins intensifs

- bonne différenciation de cas coûteux dans les DRG de base P66 et P67 rendue possible avec les points de dépense IPS
- amission des codes CHOP IPS dans la logique du DRG P66A



# Révision de la logique du Grouper

## Le traitement complexe en soins intensifs

- cependant pas chaque patient sous surveillance doit être soigné dans une unité IPS
- un traitement dans une unité IMCU nécessite des ressources bien supérieures à celles d'une unité normale
- pour l'instant ces cas sont nettement déficitaires
- les points de coûts IMCU seront codables pour la première fois avec les données 2014

# Révision de la logique du Grouper traitement complexe dans unité IMCU

Données 2014

- IMCU adultes: 17'780 cas de 22 hôpitaux
- IMCU enfants: 1'522 cas de 8 hôpitaux

→ plus de 250 calculs d'analyse



# Révision de la logique du Grouper traitement complexe dans unité IMCU



- un bon séparateur des coûts dans beaucoup de MDC
  - codage en partie manquant du SAPS-IMCU
- groupage de cas coûteux sans SAPS dans des DRG moins cotés

# Révision de la logique du Grouper Traumatisme multiple

## Problème:

- la définition du traumatisme multiple est trop limitée pour les lésions de la colonne vertébrale
- non-homogénéité marquante dans les DRG du traumatisme multiple

→ Adaptation de la définition du traumatisme multiple

→ Modification complexe dans le MDC 21A «Traumatisme multiple»

# Révision de la logique du Grouper Traumatisme multiple



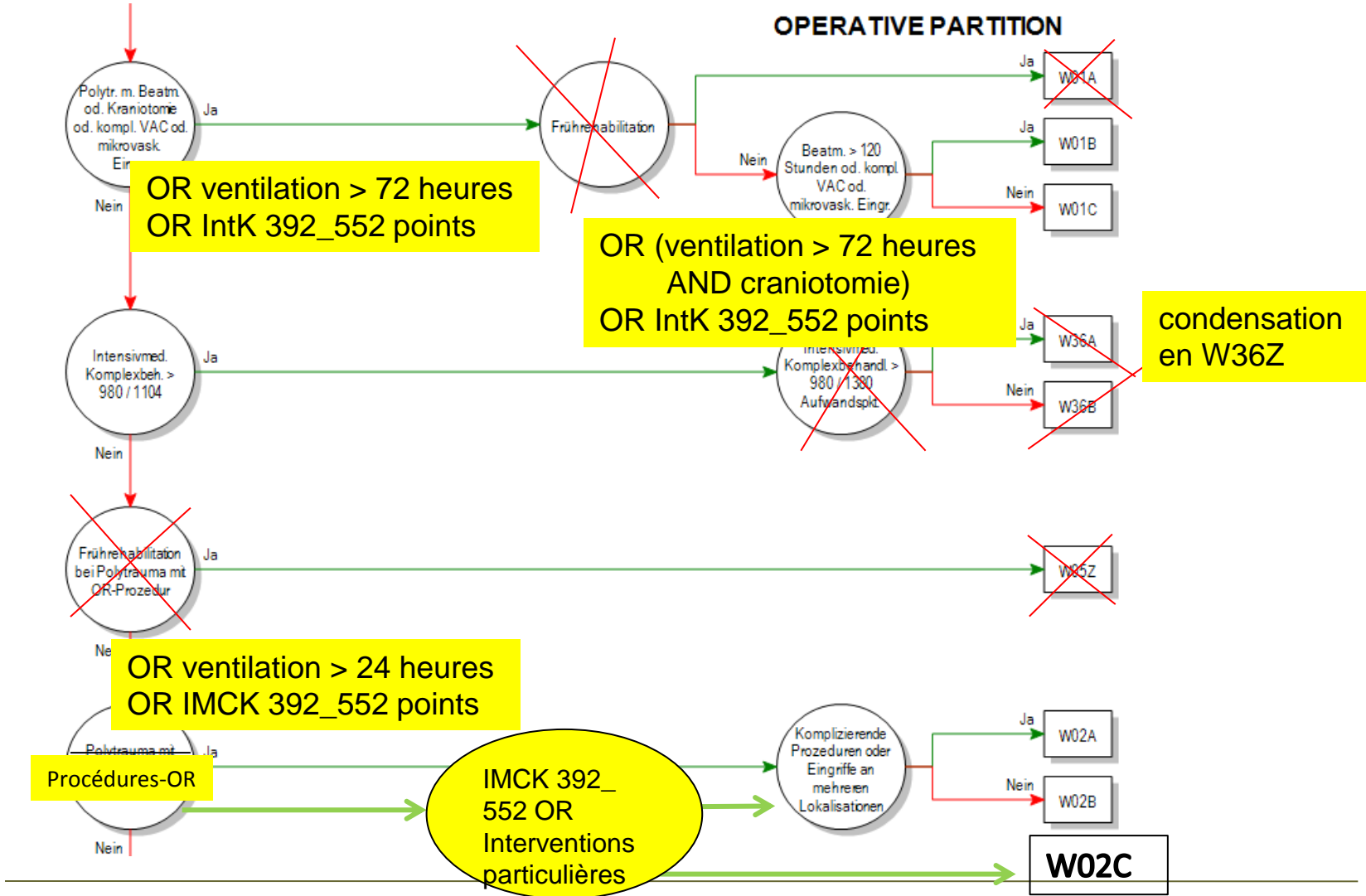
## Jusqu'ici:

- les lésions de la colonne vertébrale sur différentes sections ne suffisaient pas à la définition de traumatisme multiple

## Nouveau:

- séparation des tableaux de diagnostics pour la colonne cervicale, dorsale, lombaire avec bassin
  - ICD T02.- «Fractures de plusieurs parties du corps» éliminé de la définition de traumatisme multiple
- d'autres constellations de cas sont considérées comme traumatisme multiple
- revalorisation des cas

# Révision de la logique du Grouper Traumatisme multiple



# Révision de la logique du Grouper

## Représentation de traitements complexes

### Jusqu'ici:

- les coûts d'implants des cœurs artificiels rémunérés par des rémunérations supplémentaires
- les coûts de procédures ne sont pas représentés de façon suffisante

### Modification:

- revalorisation des cas avec implémentation des cœurs artificiels dans les DRG de base F36, A07, A11

# Révision de la logique du Grouper

## Représentation de traitements complexes

### Problème:

- quantité de cas non homogènes en coûts dans le DRG de base F33 «Grandes interventions vasculaires réparatrices sans cœur-poumon artificiel, avec intervention plusieurs étages ou intervention sur l'aorte ou réopération »

### Modification:

- différenciation en interventions complexes par ex. endartériectomie, bypasses des vaisseaux
- élargissement de la condition de split PCCL > 3 de points SI dès 184/196

→ représentation différenciée et en rapport avec les coûts

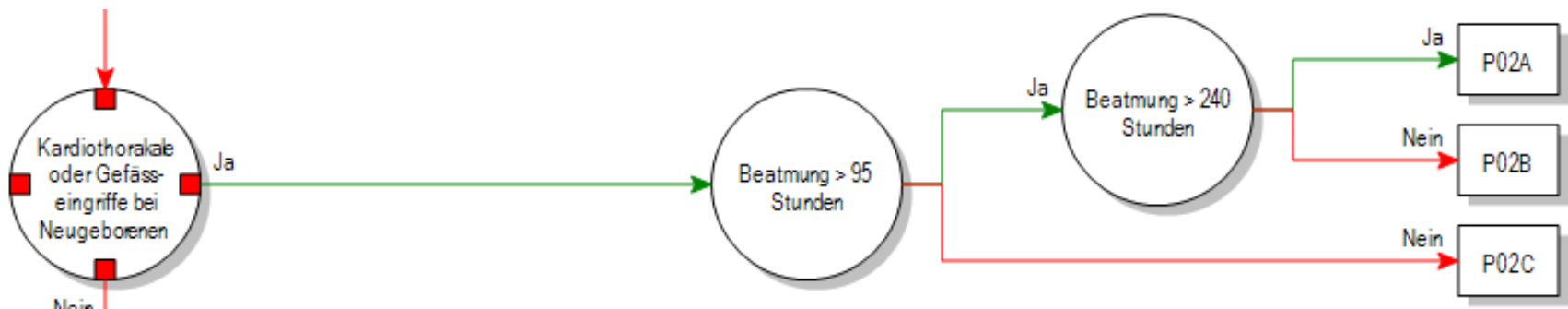
# Révision de la logique du Grouper

## Représentation de traitements complexes

- dans les DRG de base P02, P03, P04 et P05 les heures de ventilation sont un bon séparateur des coûts
- les cas de respiration artificielle sont cependant sous-rémunérés

### Modification:

- Split des DRG P02A et P05A avec la condition > 240 heures de ventilation artificielle



# Révision de la logique du Grouper

## Représentation de traitements complexes

### Jusqu'ici:

- dans les chapitres organes quelques stimulateurs ne sont pas représentés de façon adéquate, 39.8x.20 «Implantation ou remplacement de générateur d'impulsions pour activation du baroréflexe», 56.92 «Implantation de stimulateur urétéral électronique», 56.93 «Remplacement de stimulateur urétéral électronique», 57.96 «Implantation de stimulateur vésical électronique», 57.97 «Remplacement de stimulateur vésical électronique»

### Nouveau:

- illustration de tous les stimulateurs, indépendamment du DP dans le DRG de base B21 «Implantation d'un neurostimulateur »
- revalorisation évidente de ces cas



# Révision de la logique du Grouper

## Représentation de traitements complexes

### Problème:

- les cas d'implantation d'une pompe pour le drainage d'ascite sont sous-rémunérés

### Modification:

- attribution du code CHOP 54.99.80 «Utilisation de cathéters avec pompe automatique programmable et pour le drainage continu d'ascite» indépendamment du DP dans DRG de base B22 «Implantation d'une pompe à médicaments»
- Split du DRG de base B22 avec la condition «procédure opératoire complexe ou irradiation ou chimiothérapie»

→ revalorisation évidente de ces cas

- revalorisation des biopsies au cœur au sein du DRG de base F49 «Actes diagnostiques cardiologiques invasifs sauf pour infarctus du myocarde aigu»

## **cependant:**

- les actes purement diagnostiques comme IRM, CT, Échocardiographie etc. sont représentés par les diagnostics dans le cost-weight des DRG
- pas de séparateur de coûts
- plus de 20 demandes au sujet du diagnostic au cœur; au total 150 simulations avec un effet négatif sur la qualité du système

## **Demande:**

- revalorisation des procédures interventionnelles avec système assisté de mise en place de stent et de ballonnet (CHOP 00.4D, code supplémentaire)

## **Simulations:**

- essais approfondis dans les DRG F08, F14, F33, F34, F36, F51, F54, F98
- aucune indication de rémunération insuffisante, de même dans MDC 01; les cas sont représentés de façon adéquate avec les codes spécifiques d'interventions

# Révision de la logique du Grouper - MDC 06 DRG

## Jusqu'ici:

- des cas avec un contenu semblable pour l'appendicectomie sont représentés dans divers DRG de base
- augmentation sensible des cas avec péritonite – peu de cas d'appendicectomie sans péritonite

## Modification:

- fusion de toutes les appendicectomies des DRG de base G07 et G23 dans le DRG de base G22 «Appendicectomie»
- représentation claire et plus compréhensible

# Révision de la logique du Grouper - MDC 06 DRG

## Jusqu'ici:

- cas avec néoformations malignes et thérapie HIPEC du DRG G12A «Autres procédures opératoires sur les organes digestifs avec procédure opératoire complexe et CC extrêmement sévères....» ne sont pas représentés de façon adéquate

## Nouveau:

- Split supplémentaire du DRG de base G10 «Interventions particulières sur le système hépatobiliaire, le pancréas, la rate ou le péritoine avec néoformation maligne» en DRG G10A «..... avec HIPEC»
- élargissement du tableau des diagnostics dans le DRG de base G10 avec par ex. ICD C78.6 «Tumeur maligne secondaire du rétropéritoine et du péritoine»

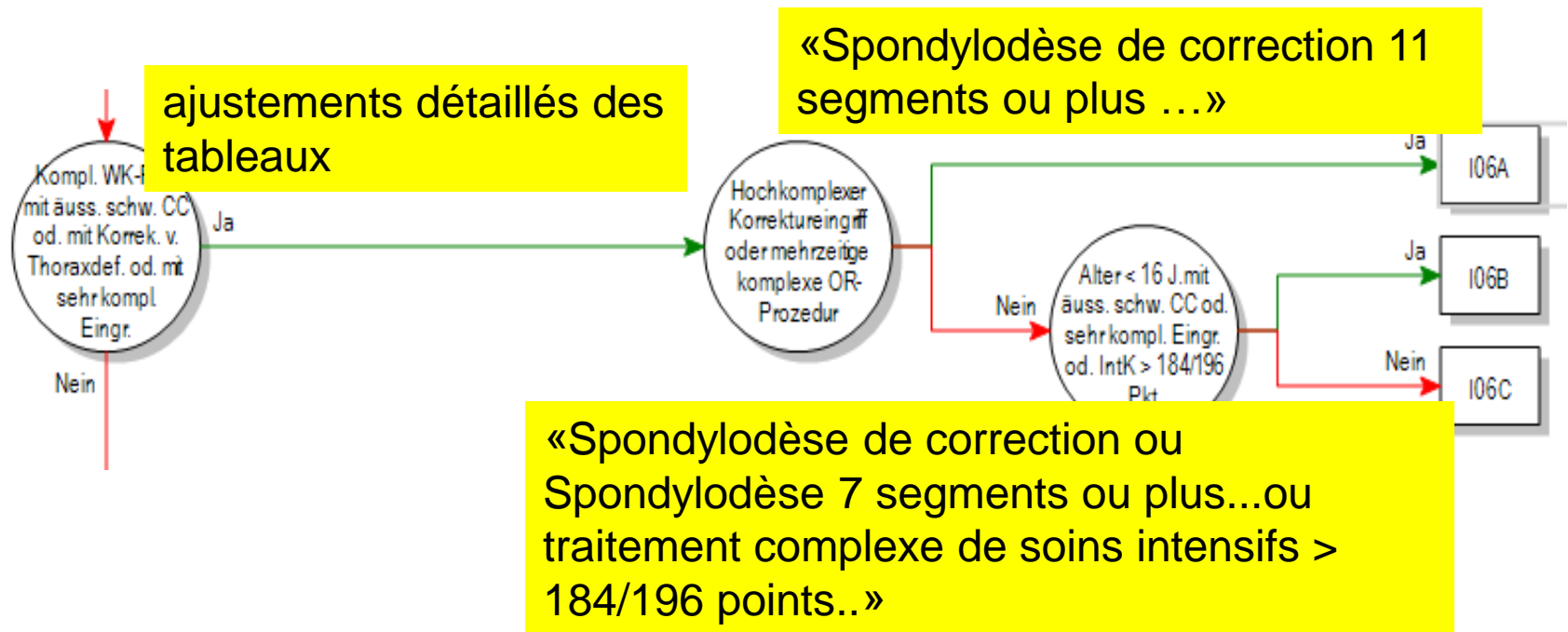
# Révision de la logique du Grouper - MDC 08 DRG

## **Demande:**

- rémunération de la fusion complexe importante de corps vertébraux n'est pas adéquate
- revalorisation de la fusion complexe de corps vertébraux de > 10 segments dans le DRG de base I06 «Fusion complexe de corps vertébraux avec intervention de correction complexe» et I09 «Fusion de corps vertébraux»

# Révision de la logique du Grouper - MDC 08

## Modification:



# Révision de la logique du Grouper - MDC 08 DRG

## Problème:

- les cas avec une implantation d'une endoprothèse de la hanche sont représentés dans divers DRG de base
- révision détaillée des codes de la hanche dans CHOP 2015; chevauchements de définitions DRG

## Modification:

- résumé de ces cas dans le DRG de base I46 «Implantation, révision ou remplacement d'une endoprothèse de la hanche»
- condition de split du DRG I46A «PCCL >3»
- DRG I46B «Interventions complexes»

→ diminution d'erreurs d'incitation



# Révision de la logique du Grouper - MDC 08

## Indication:

- la chirurgie ACL, sous arthroscopie → DRG I30B, cw 0,943
  - la chirurgie ACL et une suture du ménisque → DRG I13E, cw 0,923
- rémunération inférieure lors de prestation supplémentaire

## Modification:

- ajustement détaillé du tableau du DRG I13 «Interventions sur l'humérus, le tibia, le péroné et la cheville»
  - réattribution des codes dans les DRG de base I18 «Arthroscopie y compris biopsie ou autres interventions sur les os ou articulations» et I30 «Interventions complexes sur l'articulation du genou»
- représentation adéquate

# Révision de la logique du Grouper - MDC 08

## Problème:

- des cas avec la procédure 81.28 «Arthrodèse inter-phalangienne» et DP M19.04 «Arthrose primaire articulation autre, **main**» sont groupés dans DRG I20 «Interventions sur le  **pied**....»

## Analyse:

- Insertion des diagnostics M19.04, M19.14, M19.24, M19.84 dans le tableau DP du DRG I32 «Interventions sur le poignet et la main ...»
- peu de cas et pas représenté de façon adéquate dans le in DRG I32

→ choix de DP?

→ pas d'admission des codes dans le tableau de DP

## Demande:

- revalorisation des cas avec interventions bilatérales dans le DRG de base J10 «Opérations de chirurgie plastique au niveau de la peau, du tissu sous-cutané et de la glande mammaire»
- d'une simulation par ex. avec le code 40.51.10 «Excision radicale des ganglions lymphatiques axillaires, indépendante d'autre intervention» résultent des coûts supplémentaires pour les interventions unilatérales, qualité des données!

## Problème:

- les procédures bilatérales dans le DRG de base J01 «Transplantation de tissu avec anastomose microvasculaire et néoformation maligne» sont sous-rémunérées

## Modification:

- Split du J01Z avec «certaines procédures bilatérales»

→ revalorisation des cas

# Révision de la logique du Grouper - MDC 13 DRG

## Demande:

- des codes 68.41.09 «. Hystérectomie abdominale totale par laparoscopie» et 70.51 «Réparation de cystocèle» résulte un cost-weight inférieur à celui d'une hystérectomie unique
  - rémunération inférieure pour une prestation supérieure
  - demande pour un groupage plus élevé de l'intervention combinée
- les analyses ne donnent aucune indication sur des coûts supplémentaires pour une intervention combinée
- mise à niveau des prestations avec ou sans intervention supplémentaire

# Révision de la logique du Grouper - MDC 14 DRG

## Jusqu'ici:

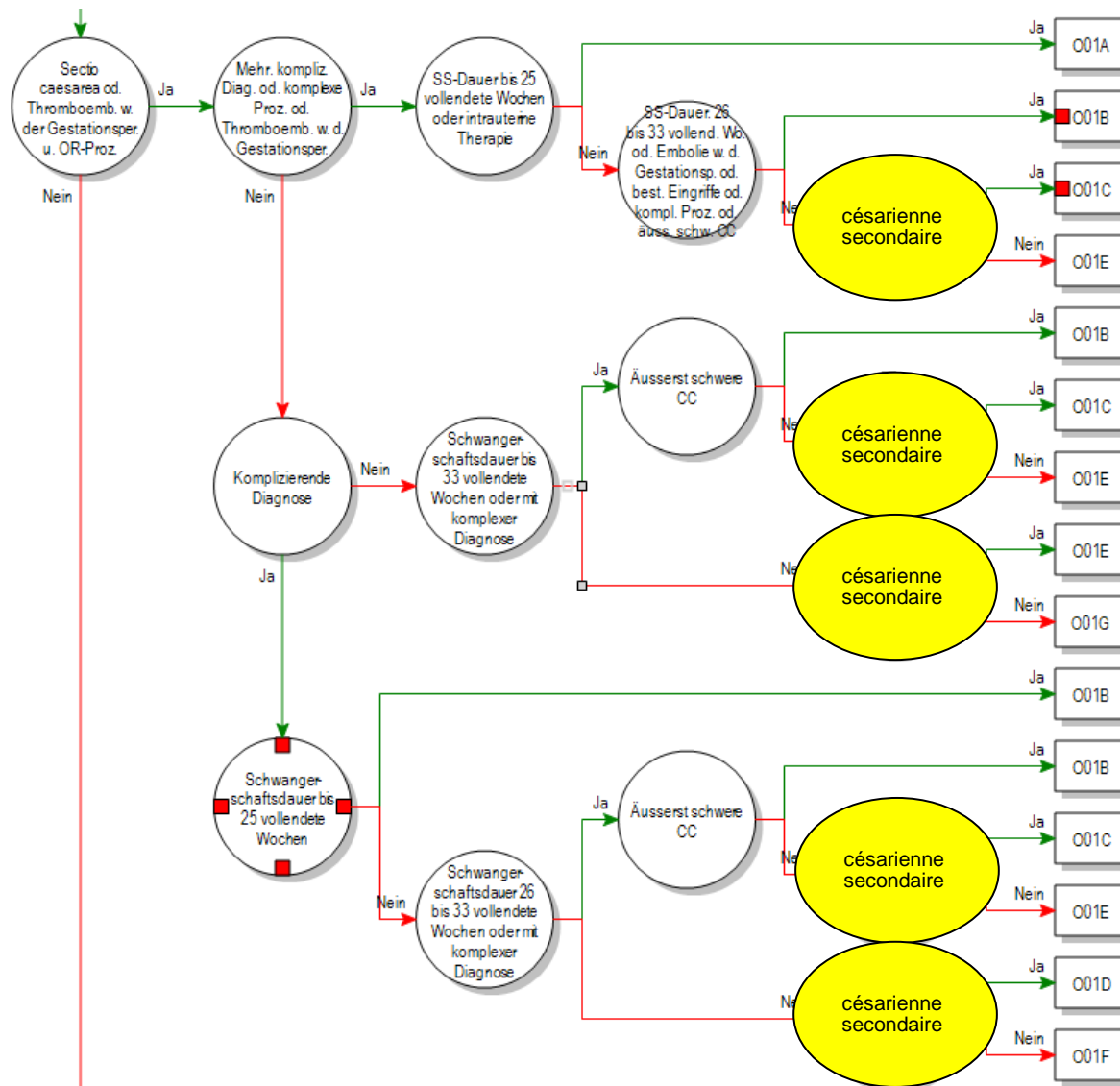
- pas de différenciation entre césarienne primaire et césarienne secondaire dans la structure tarifaire DRG

## Modification:

- différenciation entre césarienne primaire et césarienne secondaire dans le DRG de base O01 «Césarienne»

→ revalorisation des cas avec césarienne secondaire dans les DRG O01C, O01D, O01E

# Révision de la logique du Grouper - MDC 14 DRG



# Rémunérations supplémentaires

## Etablissement de nouveaux suppléments (CHOP):

- implantation d'un ballonnet de contre-pulsation intra-aortique (IABP)
- machine cœur poumon minimalisée
- implantation d'une pompe intravasculaire, univentriculaire, axiale comme système d'assistance cardio-vasculaire
- traitement complexe de soins
- radiothérapie intravasculaire sélective (SIRT)
- insertion de Coils pour la réduction de volume



# Rémunérations supplémentaires

## Etablissement de formes d'application différenciées pour des suppléments (ATC):

- sinon risque de sur- / sous-rémunération en maintenant les suppléments indépendamment de leur forme d'application

→ nouveaux suppléments pour

- Posaconazol:  
comprimé / capsule, suspension, par voie intraveineuse
- Antithymocytäres Immunoglobuline (lapin):  
Thymoglobuline® (iv), ATG Fresenius ou Grafalon® (iv)

# Aperçu de la procédure de demande 2015



	2015	2014	2013
nombre de demandes liées aux DRG	159	131	163
demandes réalisées	80	40	72
taux de réalisation	50%	30%	44%

**Procédure de demande 2016: 30 mai 2016 – 11 juillet 2016**

# SwissDRG Version 6.0 / 2017



1. Modifications
2. Bases de données
3. Révision de la logique du Grouper
- 4. Développement de la méthode de calcul**
5. Résultats

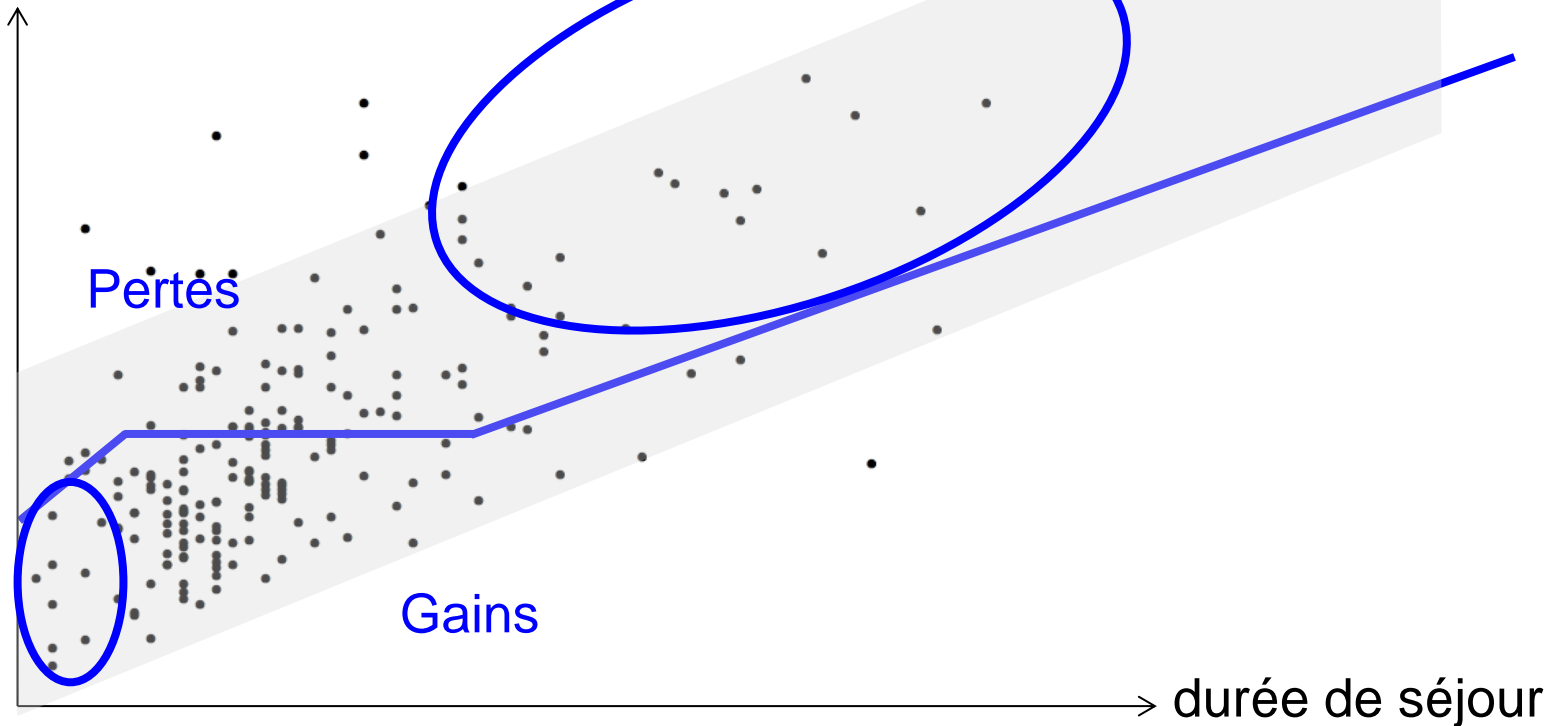
# Développement de la méthode de calcul

- normalisation sur la base des données livrées du domaine d'application SwissDRG (au lieu de données OFS à l'échelon national)
- rémunération High Outlier
  - suppléments pour les High Outlier avec facteur de différence de coûts 1
  - calcul flexible du supplément High outlier
  - vérification et adaptation des composants de coûts pour le calcul des majorations et des déductions
  - CUI comme composante de coûts aussi bien directs qu'indirects
- possibilité d'une base de données sur 3 ans (2012/2013/2014)

# Développement de la méthode de calcul High Outlier

## Problématique:

coûts totaux



## Mesures:

- amélioration de la qualité des données/ meilleure plausibilisation
- adaptations de la méthode

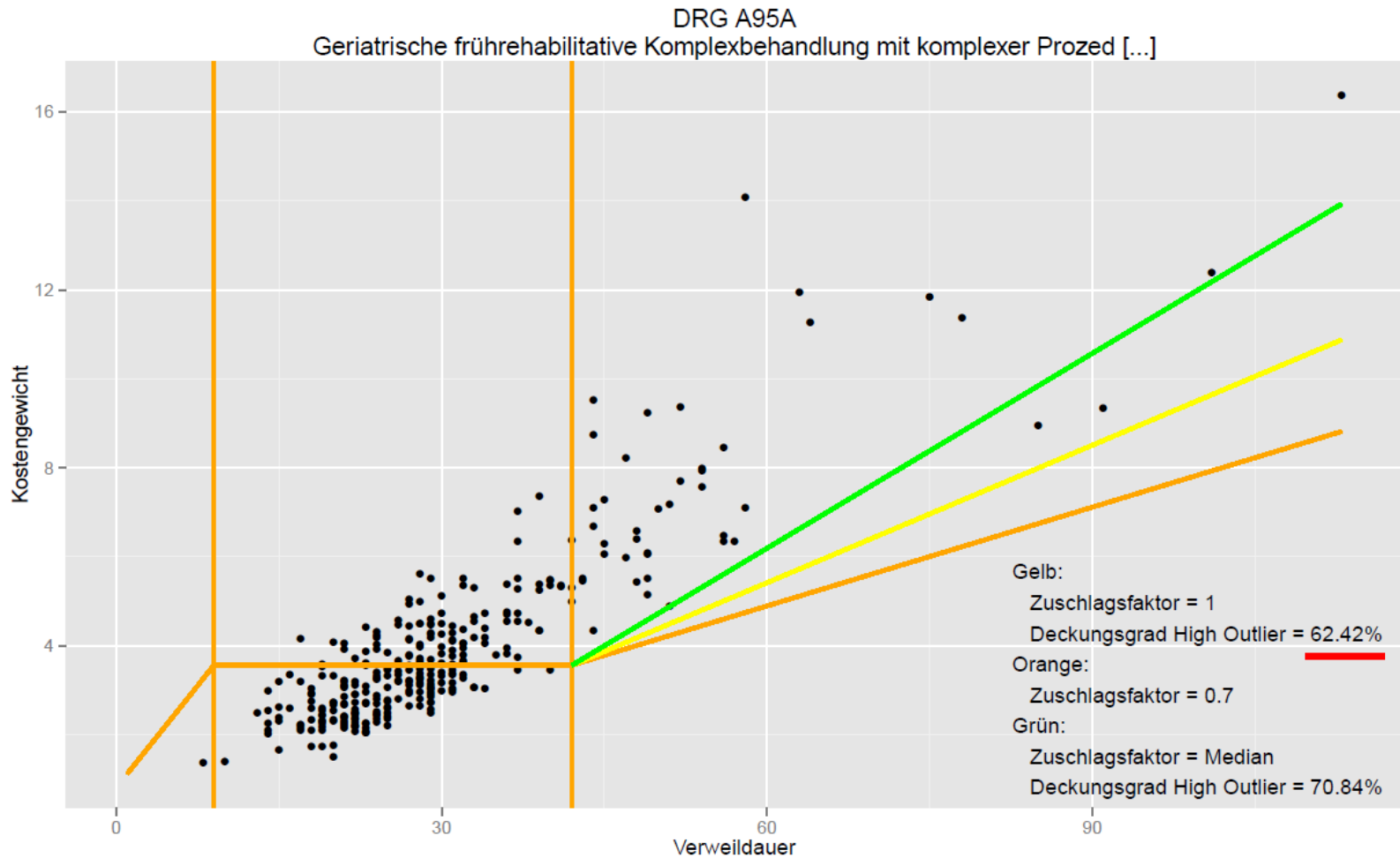
# Développement de la méthode de calcul High Outlier – facteur de différence de coûts 1

**Alternative examinée:** suppléments pour les High Outlier avec facteur de différence de coûts 1

Typologie	Degré de couverture V5.0	Degré de couverture V6.0	Degré de couverture V6.0 (facteur de différence de coûts 1)
K111	92.2%	92.4%	92.7%
K112	103.1%	103.1%	103.1%
K121	106.1%	106.1%	105.8%
K122	98.7%	99.0%	98.9%
K123	93.3%	92.6%	91.8%
K231	108.4%	107.1%	105.9%
K232	122.8%	124.8%	123.2%
K233	94.8%	95.3%	95.2%
K234	114.2%	114.4%	114.8%
K235	92.6%	89.7%	90.5%

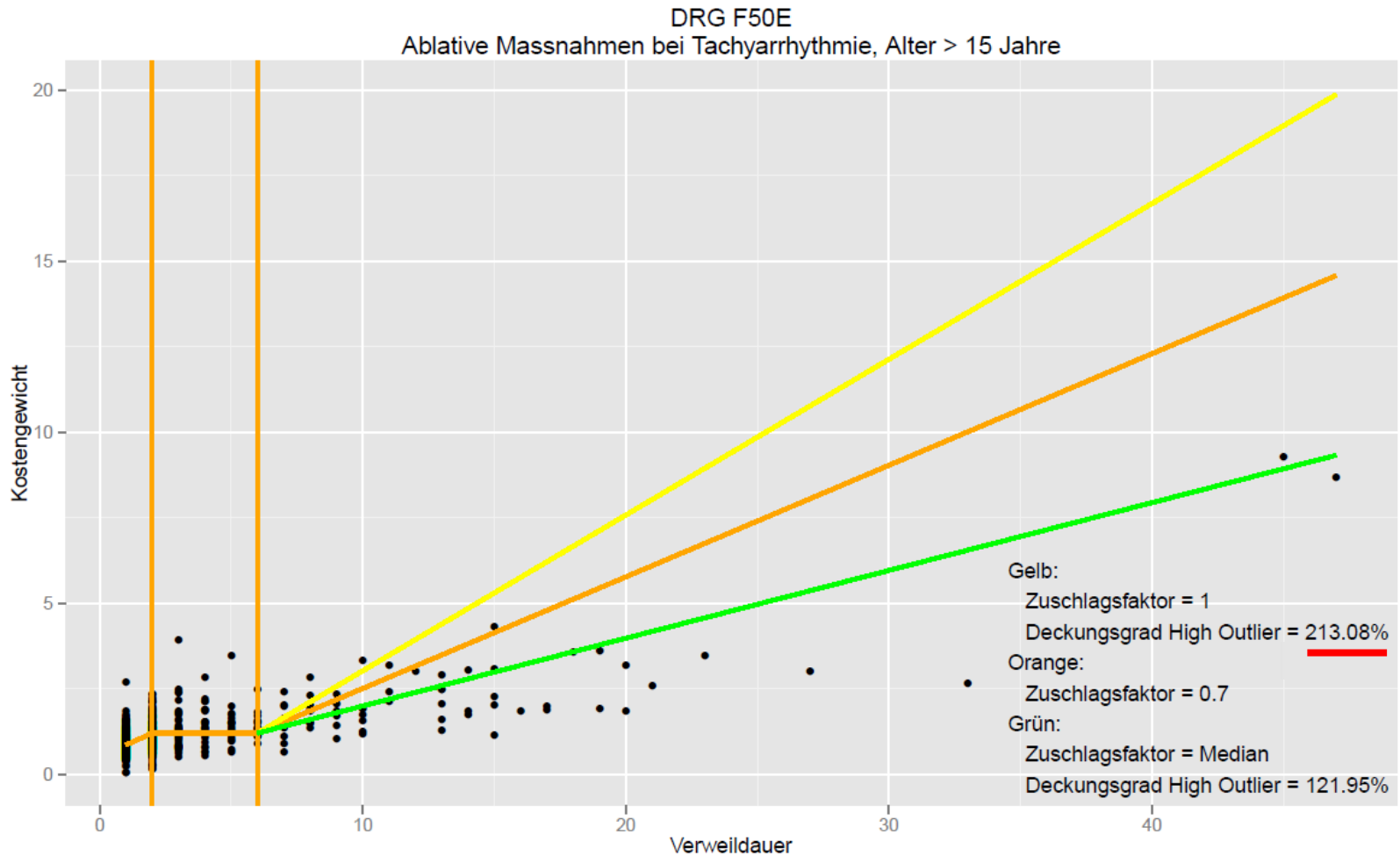
*Base de données: 2014, données de tarification*

# Développement de la méthode de calcul High Outlier – facteur de différence de coûts 1



*Base de données: 2014, données de tarification*

# Développement de la méthode de calcul High Outlier – facteur de différence de coûts 1



*Base de données: 2014, données de tarification*



# Développement de la méthode de calcul High Outlier - facteur de différence de coûts 1

- neutralisation de la différenciation ciblée et adéquate pour les DRG complexes et sous-évalués
- rémunération excessive de DRG moins complexes et surévalués
- érosion de l'incitation à traiter dans une durée de séjour selon les règles



# Développement de la méthode de calcul High Outlier - coûts d'utilisation des immobilisations (CUI)

## Part moyenne de CUI dans les coûts d'exploitation pour

tous les cas	8.59%
hôpitaux universitaires (K111)	8.20%
3 hôpitaux indépendants pour enfants	7.77%

## Calcul CUI

**Jusqu'ici:** calcul du cost-weight CUI après la détermination du cost-weight Inlier → effet de composante de coûts principaux

**Nouveau:** CUI comme composante de coûts aussi bien directs qu'indirects (répartition entre coûts principaux et coûts pertinents selon la part du cas)

*Base de données: 2014, données de tarification*

# Développement de la méthode de calcul

## High Outlier - coûts d'utilisation des immobilisations (CUI)

	Degré de couverture V6.0	Degré de couverture V5.0	Changement V6.0/V5.0
Inlier	104.52%	104.60%	-0.08%
High Outlier	77.16%	74.60%	3.43%
Low Outlier	110.07%	116.16%	-5.24%

→ meilleure rémunération des High Outlier

→ rémunération excessive moins élevée des Low Outlier

→ la rémunération des CUI comme d'une part dépendant de la durée de séjour, d'autre part composante de coûts fixes correspond à l'origine des coûts



*Base de données: 2014, données de tarification*

# Développement de la méthode de calcul

- normalisation sur la base des données livrées du domaine d'application SwissDRG (au lieu de données OFS à l'échelon national) ✓
- rémunération High Outlier
  - suppléments pour les High Outlier avec facteur de différence de coûts 1 ✗
  - calcul flexible du supplément High outlier ✓
  - vérification et adaptation des composants de coûts pour le calcul des majorations et des déductions ✓
  - CUI comme composante de coûts aussi bien directs qu'indirects ✓
- possibilité d'une base de données sur 3 ans (2012/2013/2014) ✓

# SwissDRG Version 6.0 / 2017



1. Modifications
2. Bases de données
3. Révision de la logique du Grouper
4. Développement de la méthode de calcul
- 5. Résultats**

# Résumé des modifications

	V6.0	V5.0	V4.0
<b>Nombre de DRG</b>	<b>1038</b>	1031	974
DRG non évalués	<b>0</b>	13	12
DRG non facturables	<b>3</b>	3	3
<b>DRG un jour d'hospitalisation</b>	<b>292</b>	290	276
explicite	<b>25</b>	19	19
implicite	<b>267</b>	271	257
<b>Suppléments</b>	<b>84</b>	58	49
valorisés	<b>83</b>	57	48
non valorisés	<b>1</b>	1	3

# Détermination des cost-weight DRG calculés / DRG helvétisés

	Calculés	<i>Dont calculés sur données de 2/3 ans</i>	Helvétisés
<b>V6.0</b>	<b>1'035</b>	<b>21/3</b>	<b>0</b>
V5.0	1'020	24/0	3
V4.0	957	22/0	2
V3.0	932	26/0	56

Critères:

- Nombre peu élevé de cas
- Pas de modification du Grouper entre les versions 5.0/6.0

# Homogénéité des coûts

## Réduction de la variance de la version SwissDRG 6.0 par rapport aux versions précédentes

Version du Groupeur	Année de données	Tous les cas	Inlier
<b>V6.0</b>	<b>2014</b>	<b>0.677</b>	<b>0.814</b>
V5.0	2013	0.681	0.810
V4.0	2012	0.639	0.784

*Base des données: 2014, données de calcul*



# Indice de casemix selon le niveau de prestation



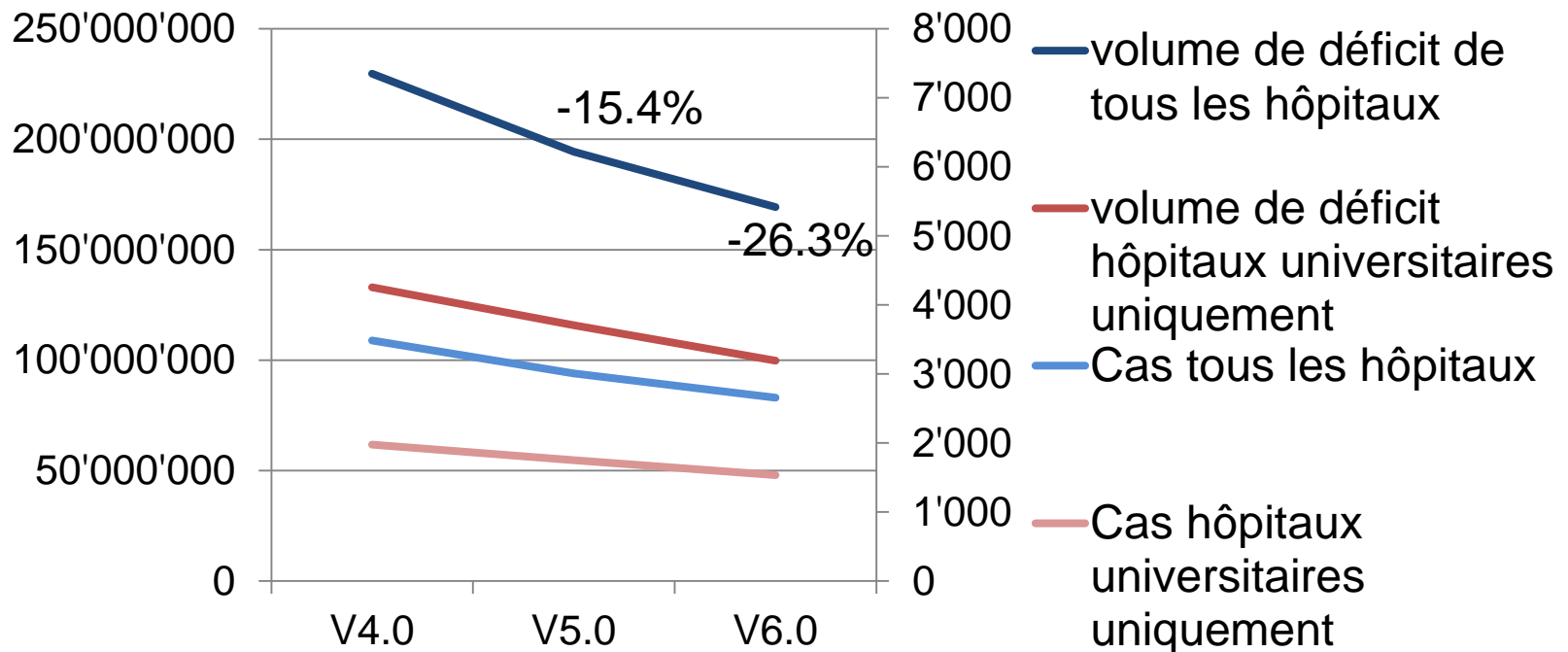
Niveau de prestations	Nombre de cas	CMI V6.0	CMI V5.0	Changement V5.0/V6.0
K111 Prise en charge centralisée - niveau 1	194'027	1.391	1.388	0.2%
K112 Prise en charge centralisée - niveau 2	592'203	1.005	1.005	0.0%
K121 Soins de base niveau 3	138'580	0.841	0.841	0.0%
K122 Soins de base niveau 4	69'881	0.862	0.859	0.3%
K123 Soins de base niveau 5	20'121	0.971	0.975	-0.4%
K231 Chirurgie	36'868	1.092	1.104	-1.1%
K232 Gyn / Néonatalogie	2296	0.383	0.377	1.6%
K233 Pédiatrie	17'480	1.219	1.217	0.2%
K234 Gériatrie	2153	1.358	1.356	0.1%
K235 Cliniques spécialisées	5330	1.485	1.517	-2.1%
<b>Tous les niveaux de prestations</b>	<b>1'078'939</b>	<b>1.052</b>	<b>1.052</b>	<b>0.0%</b>

Base de données: 2014, données du domaine d'application SwissDRG, évaluées sur V5.0 et V6.0

# Cas déficitaires

## Diversification constante

Cas avec déficit >40'000 CHF



*Base de données: 2014, données de tarification*

# Analyse des cas hautement déficitaires

## Analyse:

- vérification de 76 cas hautement déficitaires selon la définition SwissDRG SA
- déficit > 40'000 CHF et coûts > 400'000 CHF

## Résultats:

- amélioration frappante de la qualité de codage
- High outlier extrêmes
- l'attribution des coûts n'est pas toujours plausible


## Indications sur la révision de la logique du Grouper:

- traitement VAC
- points IPS, heures de ventilation nourrissons
- ré-interventions multiples
- greffes de peau

**Un grand merci pour votre attention !**

**SwissDRG SA**

Haslerstrasse 21  
CH-3008 Bern

 +41 (0) 31 3100550  
Fax: +41 (0) 31 3100557  
e-mail: [info@swissdrg.org](mailto:info@swissdrg.org)