

SwissDRG - Version 8.0 / 2019

Séance d'informations 2018

*Développement de la structure tarifaire SwissDRG version 8.0
pour la somatique aiguë 2019*

- 1. Base de données**
2. Développement du Groupes
3. Résultats

SwissDRG – Version 8.0 / 2019

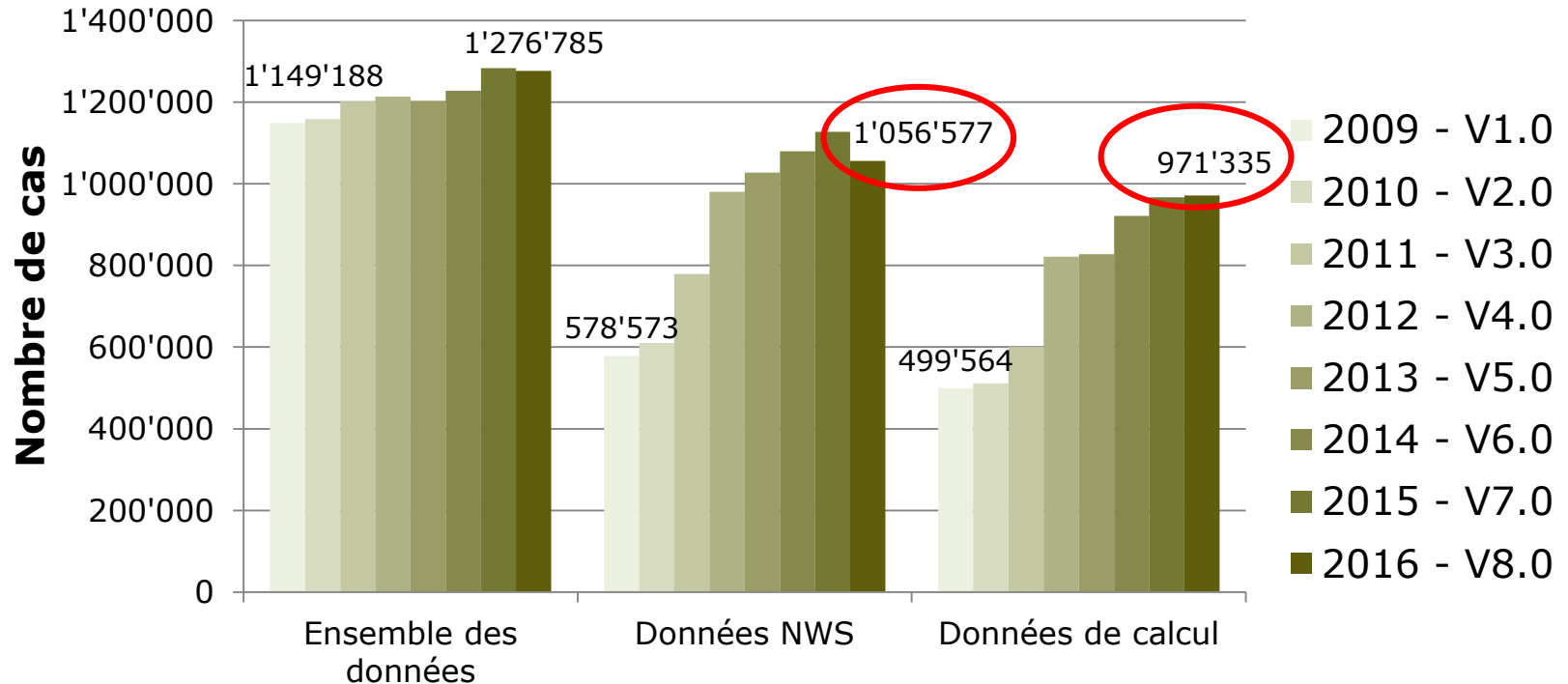
Nombre d'hôpitaux

Année de données	2016	2015	2014	2013	2012
Hôpitaux de réseau	104	118	115	112	102
Tous les hôpitaux	176	184	187	190	197

- Suppression totale de 7 hôpitaux, dont 2 sans livraison en 2015
- Utilisation des données de 97 hôpitaux pour le développement du système (105 l'année précédente)

SwissDRG – Version 8.0 / 2019

Développement nombre de cas

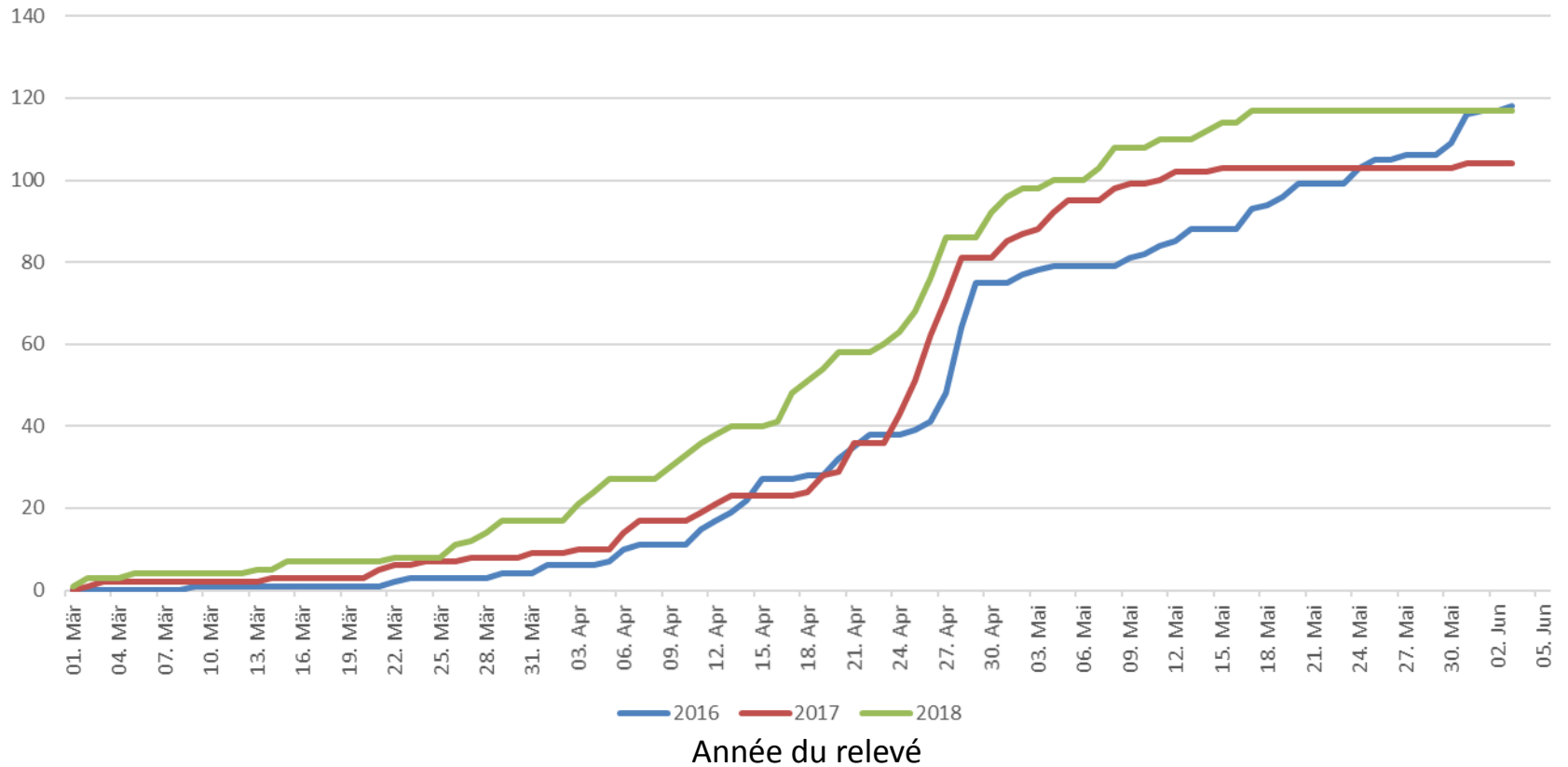


Base de données: 2009-2016

- *Ensemble des données : données OFS*
- *Données hôpitaux de réseau (NWS) : Relevé de données SwissDRG SA (domaine d'application)*
- *Données de calcul : données utilisées pour le calcul*

Déroulement du relevé

Nombre
d'hôpitaux
fournisseurs



1. Base de données
- 2. Développement du
Grouper**
3. Résultats

SwissDRG – Version 8.0 / 2019

Axes de développement

Cas nécessitant des
dépenses particulières

Soins intensifs

Révision
MDC

05-08-16-20-22

Médecine pour enfants
et adolescents

Représentation des cas nécessitant des dépenses particulières

- Identification d'un nombre de cas nécessitant des dépenses particulières pour les raisons suivantes
 - Grand nombre de points de traitement complexe de soins intensifs
 - Interventions multiples en partie en relation avec une thérapie sous vide complexe ou un traitement aux soins intensifs onéreux
 - Certaines situations très coûteuses

Cas nécessitant des dépenses particulières

Nouveaux-nés MDC 15

Problème:

- Cas très onéreux avec un grand nombre de points de traitement complexe de soins intensifs répartis sur plusieurs DRGs de base (P61, P02, P03)
- Une représentation adéquate au sein de ces DRGs n'est pas possible

Nouveau:

- Établir un nouveau DRG P37Z indépendant du poids d'admission ou du poids de naissance



Cas nécessitant des dépenses particulières

Thérapie sous vide

Jusqu'ici:

Établissement des fonctions

- «Thérapie sous vide complexe (VAC I)»
- «Thérapie sous vide complexe(VAC II)»

→ Contrôle systématique des Pré-MDC et MDC d'organes pour déterminer d'autres cas nécessitant des dépenses particulières

Cas nécessitant des dépenses particulières

Thérapie sous vide



Nouveau:

Fonction thérapie sous vide:

- Traitement continu par aspiration après scellement sous vide, 8 jours et plus longtemps **avec**
- Pose ou remplacement de système de scellement sous vide **et**
- Certaines interventions en plusieurs temps à deux jours différents

→ Revalorisation de ces cas en relation avec de grandes interventions dans DRGs F04Z, G38Z, H33Z, M37Z, N33Z, X33Z

Cas nécessitant des dépenses particulières

Pré-MDC



Analyse:

Souvent ces cas ne sont pas représentables avec une caractéristique de cas à coûts élevés

→ en référence à la fonction «*procédures de complication*»
établissement de la fonction «***constellations nécessitant des dépenses particulières***»

→ **combinaison de plusieurs conditions**

- Transfusions en très grand nombre avec dialyses de longue durée
- Nécessité de transplantation d'organe avec niveau grande urgence, High Urgency

Cas nécessitant des dépenses particulières

Pré-MDC



Transformation:

- Regroupement de cas avec nouvelle fonction «*constellations nécessitant des dépenses particulières*» dans DRG A11A «*Ventilation artificielle > 249 h avec situations complexes, ou ventil. artif. > 95 h avec situations hautement complexes particulières, ou âge < 16 ans, ou situations très coûteuses, ou proc. opér. coûteuses avec âge < 16 ans*»
- Revalorisation des cas indépendamment du diagnostic principal

Cas nécessitant des dépenses particulières Soins intensifs



Analyse :

- Jusqu'ici la ventilation artificielle > 499 h en relation avec un nombre de points de traitement complexe de soins intensifs > 4410/4600 était déterminante dans le DRG A18Z

Transformation :

- Revalorisation de la **thérapie intensive très coûteuse à >5520 points de traitement complexe de soins intensifs** dans le DRG A06Z
- Indépendamment de la durée de ventilation artificielle

Cas nécessitant des dépenses particulières

Interventions en plusieurs temps

Transformation:

- Établissement d'une nouvelle fonction «*procédures opératoires complexes en quatre temps*»
- Admission de la nouvelle fonction dans le DRG de base DRG A06 «*Ventilation artificielle > 499 h et transplantation hépatique, pulmonaire, cardiaque et de moelle osseuse, transfusion de cellules souches ou séparation de jumeaux siamois, ou ventilation artificielle > 1499 h, ou opér. complexe en quatre temps, ou brûlures des plus graves, ou traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 5581 / 5521 points ou autres situations coûteuses*» et dans DRG B36B «*Traitement complexe de soins intensifs > 196 / 360 points ou opérations complexes en quatre temps*»

Cas nécessitant des dépenses particulières

Brûlures des plus graves

Situation initiale:

- Les brûlures des plus graves se regroupent selon la durée de ventilation artificielle dans les DRGs de base Y01, A11, A18
 - Jusqu'ici certaines situations ne couvraient pas les frais
- Examen au cas par cas avec correction des attributions de coûts par cas

Cas nécessitant des dépenses particulières

Brûlures des plus graves



Nouveau:

Établissement de la fonction «Brûlures des plus graves» avec la logique:

- Brûlures des plus graves (à partir de 40% de surface corporelle ou à partir de 20% au 3e degré) **et**
- Septicémie ou brûlures sur plusieurs régions du corps **et**
- Traitement complexe de soins intensifs >2058/1932 points ou âge < 18 ans

Cas nécessitant des dépenses particulières

Brûlures des plus graves

Transformation:

- Regroupement de cas avec la fonction «*brûlures des plus graves*» dans DRG A06Z «*Ventilation artificielle > 499 h et transplantation hépatique, pulmonaire, cardiaque et de moelle osseuse, transfusion de cellules souches ou séparation de jumeaux siamois, ou ventilation artificielle > 1499 h, ou opér. complexe en quatre temps, ou brûlures des plus graves, ou traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 5581 / 5521 points* »

→ Rémunération adéquate possible de ces cas

Cas nécessitant des dépenses particulières Brûlures graves



Problème:

- Peu de cas avec brûlures graves regroupés dans DRG Y01Z «*Interventions opératoires pour brûlures graves ou ventilation artificielle > 95 heures ou traitement complexe de soins intensifs > 784 / 1380 points*»

Nouveau:

- Établissement de la fonction «*brûlures graves*» avec la logique du DRG de base Y01

Cas nécessitant des dépenses particulières

Brûlures graves



Transformation:

- Suppression du DRG de base Y01 et représentation des cas avec la nouvelle fonction «*brûlures graves*» dans les DRGs:

A11A «Ventilation artificielle > 249 h avec situations complexes, ou ventil. artif. > 95 h avec situations hautement complexes particulières, ou âge < 16 ans, ou situations très coûteuses, ou proc. opér. coûteuses avec âge < 16 ans»

A11B «Ventilation artificielle > 249 h avec situations complexes, ou ventilation artificielle > 95 h avec situations complexes particulières ou brûlures graves, âge > 15 ans»

→ Rémunération adéquate possible de ces cas

Cas nécessitant des dépenses particulières

Réaction de rejet

Problème:

- Les cas avec défaillance et rejet d'une transplantation de cellules hématopoïétiques sont attribués jusqu'ici au DRG A61Z
- Les cas sont cependant très hétérogènes en consommation de ressource (durée de séjour; traitements)

Transformation:

- Supprimer le DRG de base A61
- Représentation d'une partie des cas de l'ancien A61 dans le DRG de base A91 «Photophérèse et aphérèse, un jour d'hospitalisation»
- Réorientation des cas dans MDC 17, attribution au DRG de base R60 «*Leucémie myéloïde aiguë, plus d'un jour d'hospitalisation ou prélèvement autologue de CS ou Graft versus Host Disease*»

Revalorisation des cas avec Graft versus Host Disease aiguë grade 3 ou 4

Soins intensifs

Ventilation artificielle

Problème:

- Les cas avec > 95 heures et < 250 heures de ventilation sont attribués au DRG de base DRG A13
- Mais peuvent aussi satisfaire à la logique des DRG de base A36, B36, F36, T36
- Dépendants des points de traitement complexe de soins intensifs

→ Rémunération moindre possible pour plus de prestations

→ Ne peut pas être résolu avec le triage des DRG

Soins intensifs

Ventilation artificielle

Transformation :

- Révision complexe des Pré-MDC et DRG intensifs en MDC relatifs aux organes
- Suppression du DRG de base A13
- Attribution de cas au DRG de base A11 «*Ventilation artificielle > 249 h, ou ventilation artificielle > 95 h ou traitement complexe de soins intensifs > 196 / 552 points avec situations particulières, ou situations très coûteuses, ou brûlures graves*»
- Elargissement de la logique du DRG de base B90 avec «*..., > 95 ventilation artificielle avec traitement complexe de soins intensifs >196/360 points*»
- Nouveau critère de split dans le DRG E36A «*traitement complexe de soins intensifs > 980/1104 points et ventilation artificielle > 95 heures*»

Soins intensifs

Ventilation artificielle

Transformation:

- Élargissement de la définition du DRG E90B avec «*..., ventilation artificielle > 95 h* »
- Élargissement de la définition dans DRG F36A avec «*..., > ou intervention hautement complexe et ventilation artificielle > 95 h avec situation particulière*»
- Élargissement de la définition du DRG de base H33 avec «*..., >95 h avec traitement complexe de soins intensifs > 196 / 360 points*»
- Split du DRG T36Z avec «*Traitement complexe de soins intensifs > 980 / 1104 points ou ventilation artificielle > 95 h et procédure opératoire complexe*»

Soins intensifs

Interventions opératoires complexes

Jusqu'ici:

- Split des DRGs A36A et A36B défini uniquement par les points de soins intensifs
- Certains cas ne sont pas représentés avec les coûts réels

Transformation:

- Critère de split du A36A élargi avec la fonction «*procédure opératoire complexe*»
- Revalorisation et rémunération adéquate de cas avec situations de cas onéreuses

Transformations globales des MDC

Démence / Delirium

Demande:

- Plusieurs demandes d'examen de la représentation appropriée de patients déments ou en delirium
- Les soins de patients déments ou en delirium sont plus coûteux et donc sous-rémunérés

Analyse:

- Nombreux calculs d'analyse dans tous les MDCs
- Examen supplémentaire de la limitation fonctionnelle cognitive codable (U51.0-, U51.1-, U51.2-) comme séparateur de coûts

Transformations globales des MDC

Démence / Delirium

Résultats :

- Beaucoup de codage de diagnostics non spécifiques (env. 70%)
- Des relevés supplémentaires «*Indexe de Barthel, FIM cognitif, MMSE*» ne sont codés que pour 22% des cas
- Différences de coûts relativement faibles pour des cas avec démence ou delirium par rapport au DRG correspondant
- Différences de coûts aussi bien positives que négatives
- Jusqu'ici la démence, le delirium ou la gravité de la limitation fonctionnelle cognitive ne sont pas des séparateurs de coûts appropriés

Transformations globales des MDC

Démence / Delirium

Transformation:

- Nouvelle admission de codes de démence et autres codes supplémentaires dans la matrice CCL:

F02.8 «*Démence au cours d'autres maladies classées ailleurs*»

U51.20 «*Limitation fonctionnelle cognitive sévère: Index de Barthel élargi: 0-15 points*»

U51.21 «*Limitation fonctionnelle cognitive sévère: FIM cognitif: 5-10 points*»

U51.22 «*Limitation fonctionnelle cognitive sévère: MMSE: 0-16 points*»

Transformations globales des MDC

Démence / Delirium

Transformation:

- Revalorisation des codes dans la matrice CCL:
 F11.4-F19.4 «*Addictions avec delirium*»
 F11.6-F19.6 «*Addictions avec syndrome amnésique*»
- Suppression du diagnostic F05.9 «*Delirium, sans précision*» de la matrice CCL

→ Revalorisation de cas avec démence/delirium avec certaines constellations graves de diagnostic

Transformations globales des MDC

Traumatisme multiple

Jusqu'ici:

- Avec la fonction «*traumatisme multiple*» des cas moins onéreux sont classés comme traumatisme multiple et au contraire, des traumatismes multiples évidents ne le sont pas

Analyse:

- La fonction est définie par le tableau des DP et d'autres tableaux en relation à la localisation
- La logique exige 1 diagnostic du tableau de DP et 2 diagnostics d'autres tableaux en relation à la localisation.
- Les tableaux en relation à la localisation peuvent être diagnostic principal ou diagnostic secondaire

Transformations globales des MDC

Traumatisme multiple

Nouveau:

- ICD T00.0 - T04.9 ont été éliminés de tous les tableaux
- Nouvelle admission de certains codes dans les tableaux de DS (Fracture colonne thoracique)
- Tableaux de diagnostic en relation à la localisation ne peuvent plus être qu'un diagnostic secondaire
- Par principe, un diagnostic principal **et** deux diagnostics secondaires de divers tableaux sont nécessaires
- Rémunération appropriée

Transformations globales des MDC

Réhabilitation précoce, médecine palliative

Problème:

- Cas avec certains traitements complexes de réhabilitation précoce ou de médecine palliative et heures de ventilation artificielle avec points traitement complexe de soins intensifs sont répartis dans divers DRG et ne sont pas représentés selon les frais engendrés

Transformation:

- Certains traitements complexes de réhabilitation précoce ou de médecine palliative «>95 heures de ventilation artificielle» et «points traitement complexe de soins intensifs >392 / 552» sont pertinents pour le groupage dans DRG de base A11

→ Rémunération appropriée de ces cas

Transformations globales des MDC

Réhabilitation précoce, médecine palliative

Demande:

- Réhabilitation neurologique précoce code 93.89.10
«*Rééducation neurologique et neurochirurgicale précoce, 7 jours (minimum) à 13 jours(maximum) de traitement*» jusqu'ici non pertinent pour le revenu dans le DRG B90

Transformation:

- Admission des codes dans DRG de base B90 «*Traitement complexe en U-IMC > 392 / 552 points ou **réhabilitation neurologique précoce à partir de 7 jours de traitement** ou traitement complexe de soins intensifs particulier avec points de traitement complexe en U-IMC ou ventilation artificielle > 95 h avec traitement complexe de soins intensifs > 196 / 360 points*»

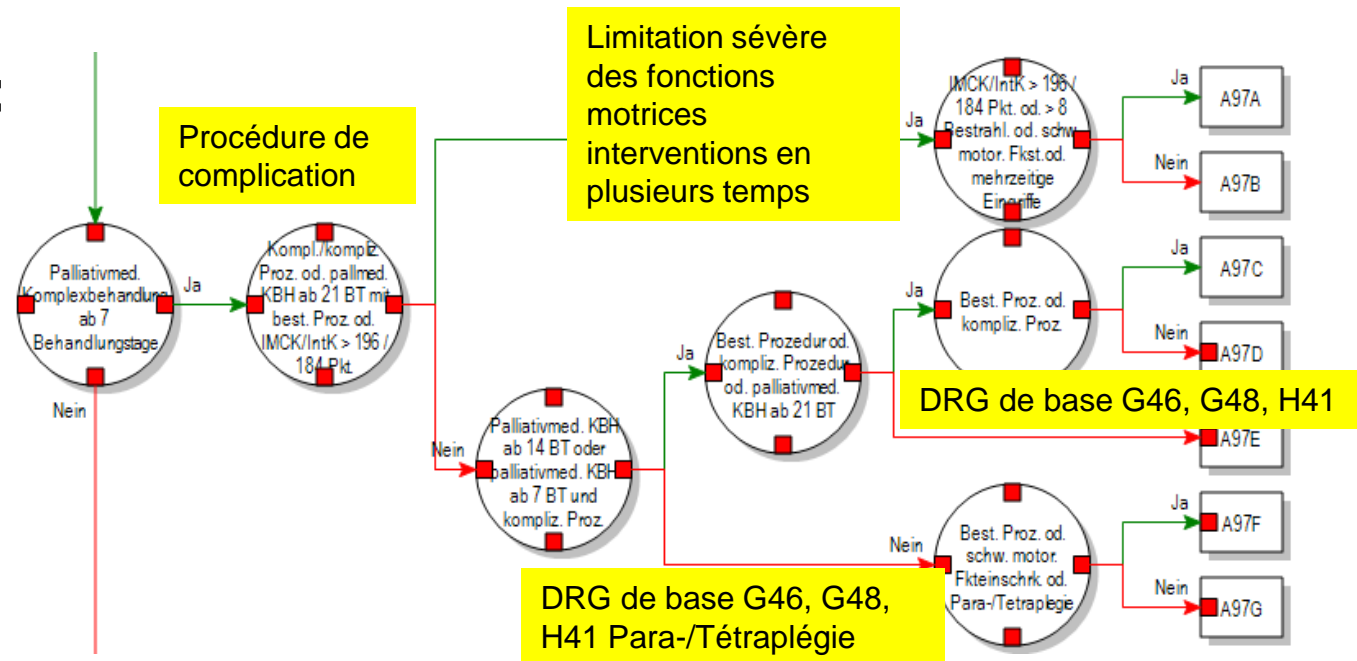
Transformations globales des MDC

Traitement complexe de médecine palliative

Problème:

- Rémunération inférieure lors de prestation supplémentaire pour une intervention endoscopique en même temps
- Constellations onéreuses ne sont pas représentées de façon appropriée

Transformation:



Transformations globales des MDC

Diagnostic neurologique complexe

Demande:

- Représentation adéquate des cas avec un diagnostic neurologique complexe dans DRG de base E63
«*Syndrome d'apnées du sommeil ou polysomnographie cardiorespiratoire, jusqu'à 2 jours d'hospitalisation*»

Transformation:

- Revalorisation de ces cas ainsi que l'identification d'un acte diagnostic cardiologique invasif particulier comme séparateur de coûts supplémentaire



Transformations globales des MDC

Diagnostic neurologique complexe

Également:

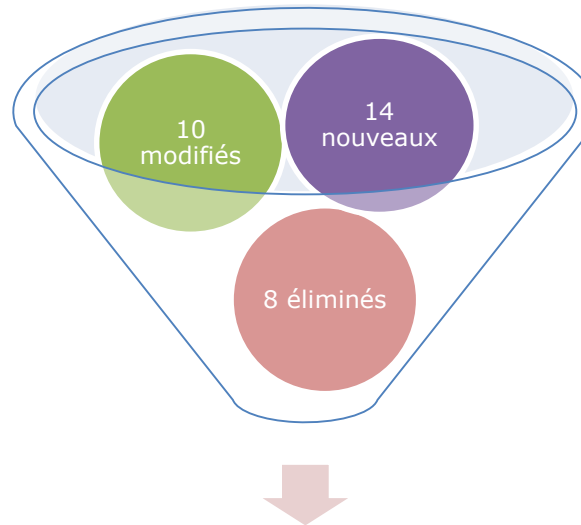
- Revalorisation du diagnostic neurologique complexe dans les DRGs suivants:
- B68A, B69C, B70B, B70E, B72B, B76D, B77A, D61A, D68A

Transformations globales des MDC

Enfants et adolescents

Analyse:

- Examen global du système de tous les cas avec un split d'enfants existant
- Examen des cas pour d'éventuels splits d'enfants supplémentaires



Split d'enfants et d'adolescents

Transformations globales des MDC DRG 901, 902

Analyse:

- Examen des cas dans DRG de base 901, 902 «*Procédure opératoire étendue sans rapport avec le diagnostic principal*»
- Certaines combinaisons de diagnostic principal et procédure mènent dans les DRG de base 901, 902

Possibilités de transformation:

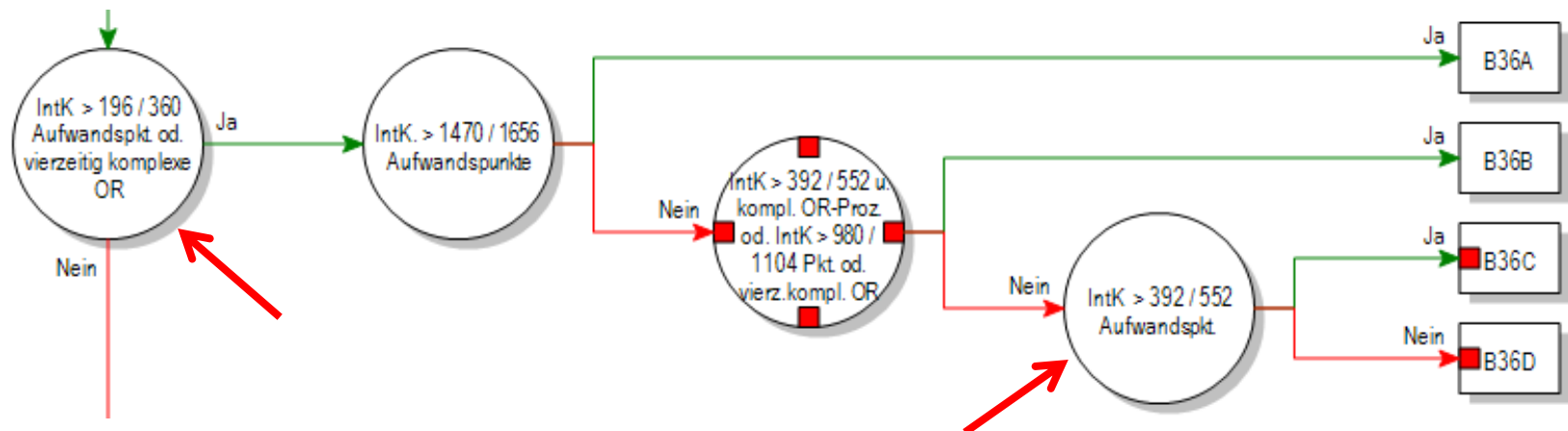
- Admission de plusieurs codes opératoires dans des MDCs supplémentaires
- Déplacement des diagnostics principaux dans d'autres MDCs
- Adaptation de l'attribution des codes opératoires dans les DRGs de base DRG 901 ou 902

Maladies et troubles du système nerveux MDC 01

Soins intensifs

Transformations dans DRG de base B36:

- Abaissement du seuil d'accès pour le DRG de base B36 à $> 196/360$ points de traitement complexe de soins intensifs
- Établissement d'un nouveau DRG B36C pour les courts séjours aux soins intensifs



Maladies et troubles du système nerveux MDC 01

Sclérose en plaques



Demande:

- Coûts non homogènes dans DRG de base B68 «*sclérose en plaques*» sous-rémunération des cas dans DRG B68B
- Séparateur de coûts possible, diagnostic G35.11 «*Sclérose en plaques rémittente (évolution par poussées) : Avec mention d'exacerbation aiguë ou de progression*»

Transformation:

- ICD G35.11 n'est pas un séparateur de coûts
- Split du DRG B68B avec ICD G35.0 «*Première manifestation d'une sclérose en plaques*»

Maladies et troubles du système nerveux MDC 01 Maladie de Parkinson



Demande:

- Représentation du code CHOP 99.b4.10-12 «*traitement complexe des atteintes motrices extrapyramidales*» dans DRG de base B67 «*Maladie de Parkinson avec* »

Transformation:

- Admission de «*traitement complexe des atteintes motrices extrapyramidales à partir de 7 jours de traitement*» dans le DRG B67A

Maladies et troubles des organes respiratoires MDC 04

Soins intensifs



Demande:

- Cas non homogènes dans DRG de base E77 «*Autres infections et inflammations des organes respiratoires* »

Transformation:

- Examen des critères de split existants
- Revalorisation des cas avec traitement complexe de soins intensifs >196/119 points
- Suppression du critère de split dans DRG E77E «*Para- / Tétraplégie*»

Maladies et troubles des organes respiratoires MDC 04 Chirurgie bariatrique



Demande:

- Problème de rémunération inférieure pour plus de coûts dans la bariatrique

Analyse:

- Cas avec intervention bariatrique et avec procédure secondaire non bariatrique ne sont pas touchés par le réorientation «*Grandes interventions pour adiposité avec hypoventilation alvéolaire*» et donc pas attribués au MDC 06

Maladies et troubles des organes respiratoires MDC 04 Chirurgie bariatrique



Transformation:

- Examen de toutes les réorientations relatives à la bariatrie
- Ajustement de la logique «*Interventions pour adiposité avec hypoventilation alvéolaire*»

→ Logique de la réorientation est satisfaite pour les interventions bariatriques en relation avec des interventions d'accompagnement

Maladies et troubles de l'appareil circulatoire MDC 05



Remplacement de valve cardiaque par implantation endovasculaire

Problème:

- Distribution non homogène de divers groupes de cas avec remplacement de valve cardiaque par implantation endovasculaire et rémunération non correspondante aux frais occasionnés

Jusqu'ici:

- Différenciation du DRG de base F98 en F98A et F98B selon l'âge, les diagnostics complexes, le remplacement de la valve aortique percutanée assistée par cathéter
- Pas de représentation d'interventions combinées

Maladies et troubles de l'appareil circulatoire MDC 05



Remplacement de valve cardiaque par implantation endovasculaire

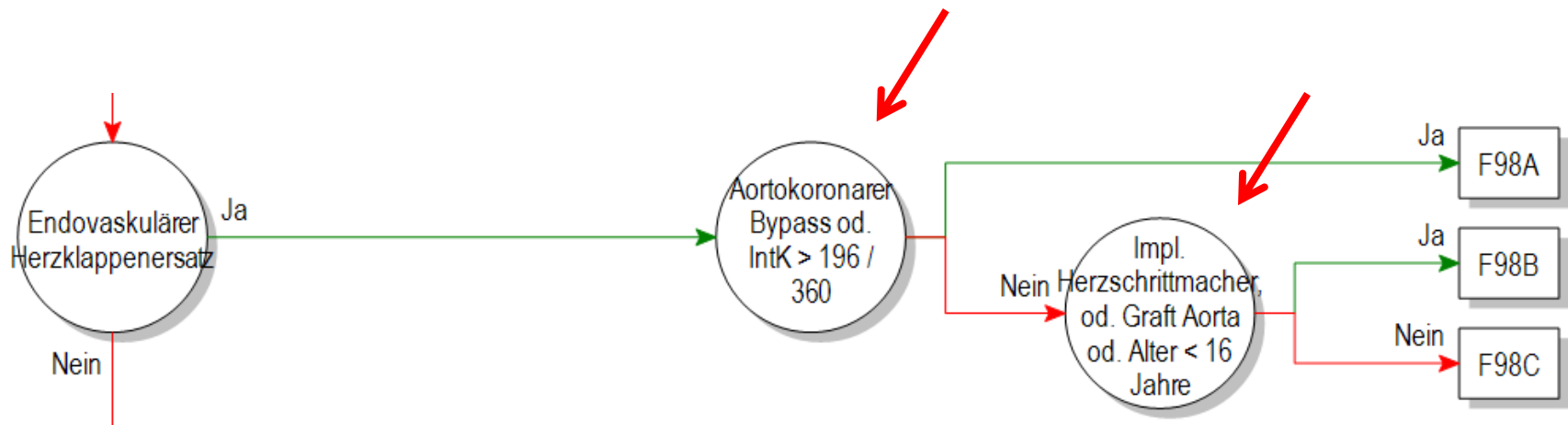
Transformation:

- Révision du DRG de base F98
- Établissement de nouveaux critères de split:
 - F98A: Remplacement de valve cardiaque par implantation endovasculaire, avec pontage aorto-coronaire ou traitement complexe de soins intensifs > 196 / 360 points
 - F98B: Remplacement de valve cardiaque par implantation endovasculaire avec implantation d'un stimulateur cardiaque / greffe ou âge < 16 ans
 - F98C: Remplacement de valve cardiaque par implantation endovasculaire

Maladies et troubles de l'appareil circulatoire MDC 05

Remplacement de valve cardiaque par implantation endovasculaire

Nouveau:



→ Distribution homogène des cas et rémunération appropriée des cas onéreux

Maladies et troubles de l'appareil circulatoire MDC 05

Interventions vasculaires



Jusqu'ici:

- Représentation de cas similaires dans DRGs de base:

F08 «*Grandes interventions vasculaires réparatrices sans cœur-poumon artificiel, avec procédures de complication ou anévrisme thoraco-abdominal*»

F51 «*Implantation endovasculaire d'endoprothèse (stent) aortique avec implantation d'endoprothèse (stent) particulière*»

F34 «*Autres grandes interventions vasculaires réparatrices sans cœur-poumon artificiel* »

Maladies et troubles de l'appareil circulatoire MDC 05

Interventions vasculaires



Transformation:

- Suppression du DRG de base F08 et regroupement des cas dans les DRG de base F51 et F34
- Représentation homogène et claire de ce groupe de cas

Maladies et troubles de l'appareil circulatoire MDC 05

Interventions vasculaires



Jusqu'ici:

- Représentation de cas similaires dans DRG de base
F38 «*Interventions vasculaires moyennement complexes sans cœur-poumon artificiel*»
F59 «*Interventions vasculaires complexes ou moyennement complexes*»

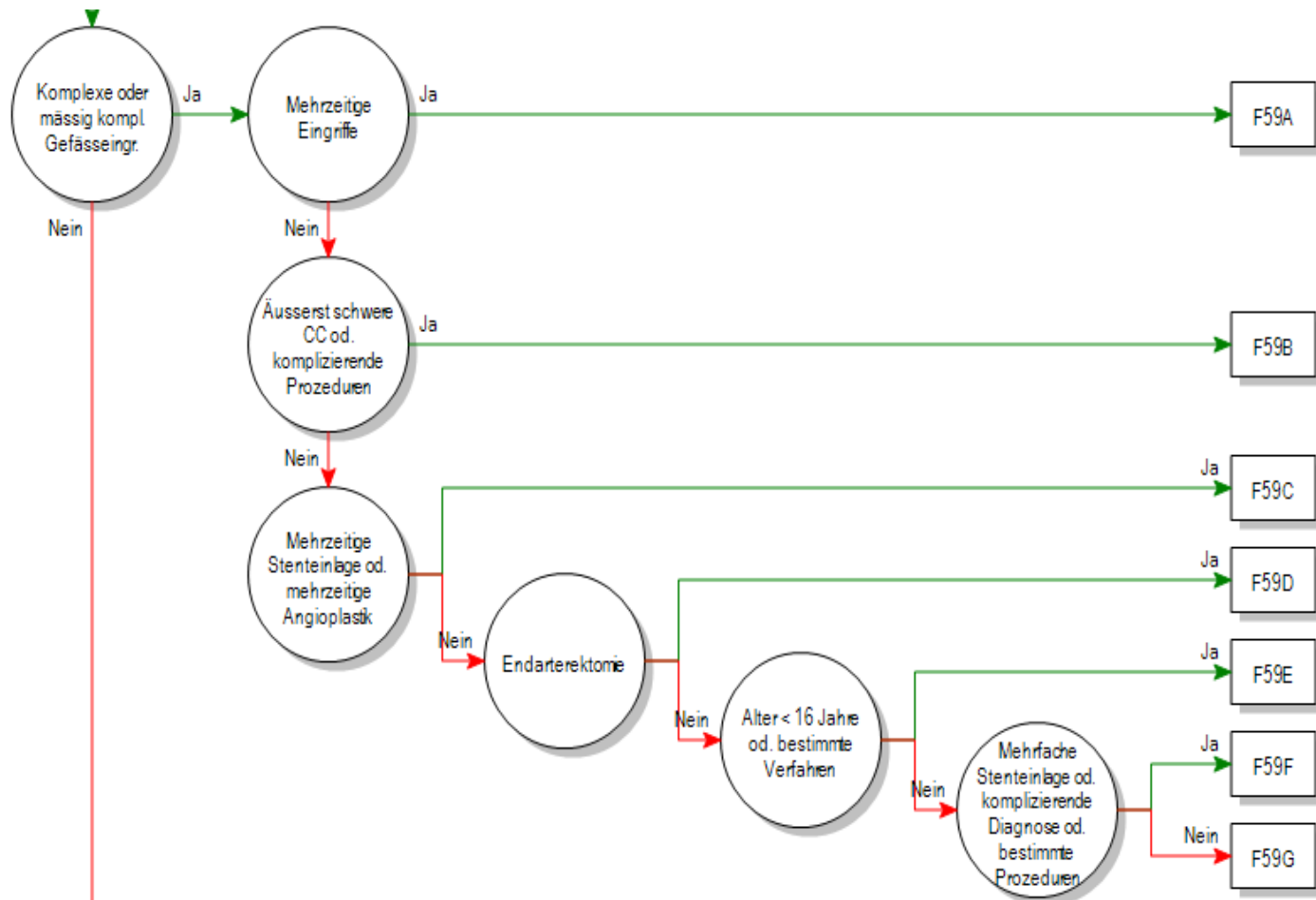
Transformation:

- Suppression du DRG de base F38
- Admission des cas dans DRG de base F59
- Révision des conditions de split avec différenciation supplémentaire dans les DRGs F59A-G

Maladies et troubles de l'appareil circulatoire MDC 05

Interventions vasculaires

Nouveau:

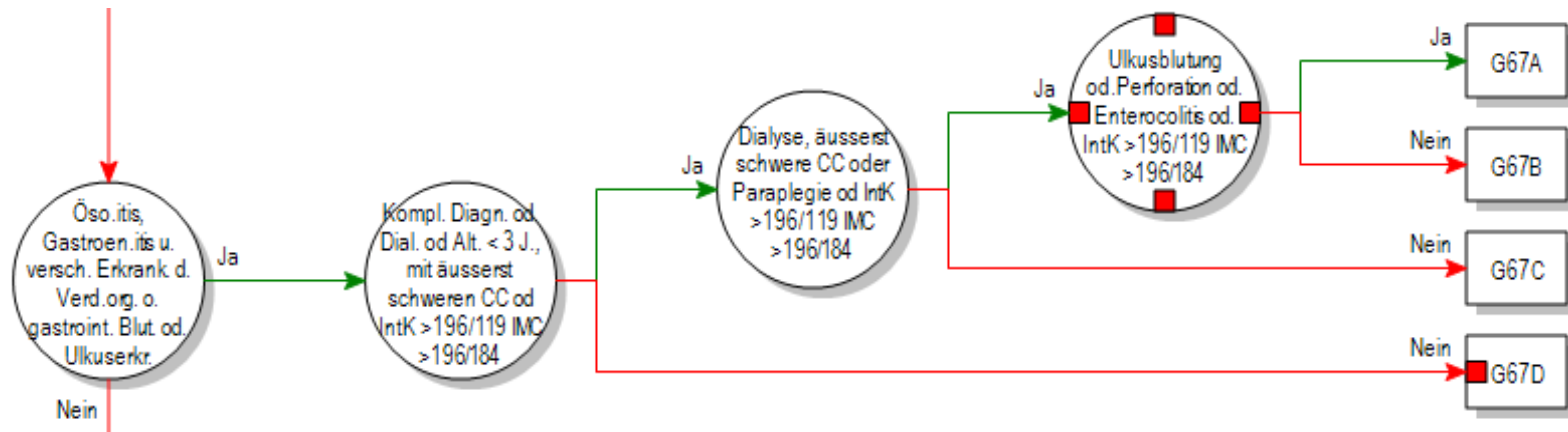


Maladies et troubles des organes digestifs

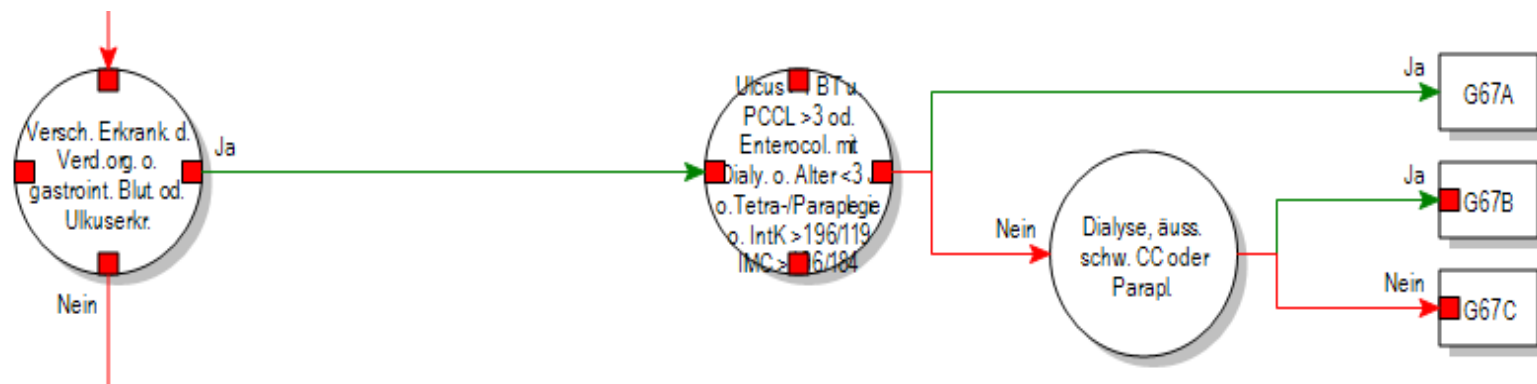
MDC 06

Ulcère

Avant:



Après:



MDC 06 Coloscopie

Problème:

- Dans DRG de base G48 «*Coloscopie avec CC sévères ou intervention à complications ou âge < 15 ans avec diagnostic particulier ou procédures de complication*» beaucoup de cas low outliers
- Les cas avec fermeture de fistule d'intestin grêle ne sont pas représentés de façon appropriée

Transformation:

- Admission «*Fermeture de fistule d'intestin grêle*» dans DRG G48A
- Introduction d'un DRG G48D de 1 jour de durée de séjour

Maladies et troubles du système hépatobiliaire et du pancréas MDC 07

Interventions à deux temps sur le foie

Demande:

- sous-rémunération des interventions à deux temps sur le foie

Transformation:

- admission des codes CHOP
- → 50.2b.11 «*Transsection hépatique et ligature de branches portales par chirurgie ouverte, 1ère étape ALPPS*»
- → 50.2b.12 «*Transsection hépatique et ligature de branches portales, par laparoscopie, 1ère étape ALPPS*»
dans le DRG H01A «*Interventions sur le pancréas et le foie avec intervention complexe ou traitement complexe de soins intensifs > 196 / 360 points ou CC extrêmement sévères*»
- Représentation adéquate de ces cas

Maladies et troubles du système hépatobiliaire et du pancréas MDC 07

Cirrhose hépatique

Analyse:

- Identification de cas onéreux dans DRG de base H60
«Cirrhose hépatique et hépatites non infectieuses particulières ou interventions endoscopiques à l'œsophage ou traitement complexe du foie»

Transformation:

- Revalorisation des cas avec *«Traitement complexe du foie, à partir de 14 jours de traitement ou assistance extracorporelle du foie»*
dans DRG H60A

Maladies et troubles du système hépatobiliaire et du pancréas MDC 07

Split CCL

Demande:

- Examen des cas avec un PCCL élevé dans DRG de base H63 «*Affections du foie sauf néoformation maligne, cirrhose hépatique et hépatites non infectieuses particulières ou séjour dévaluation avant transplantation hépatique*»
- Augmentation du PCCL à 5 ou 6

Transformation:

- Introduction d'un PCCL > 5 ou > 6 techniquement impossible pour l'instant, mais
- Split du DRG H63A avec «*diagnostic complexe*» codes ICD avec certaines maladies d'hémophilie

Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique MDC 08

Epaules



Problème:

- Plastie reconstructive sans luxation de l'épaule récidive sous-rémunérée dans DRG I29C «*Interventions complexes sur l'omoplate, la clavicule, les côtes ou l'épaule*»

Transformation:

- Mise à niveau de ces interventions avec plastie reconstructive avec luxation de l'épaule récidive DRG I29B «*Interventions complexes sur l'omoplate, la clavicule, les côtes ou l'épaule, réparation*»

→ Représentation adéquate

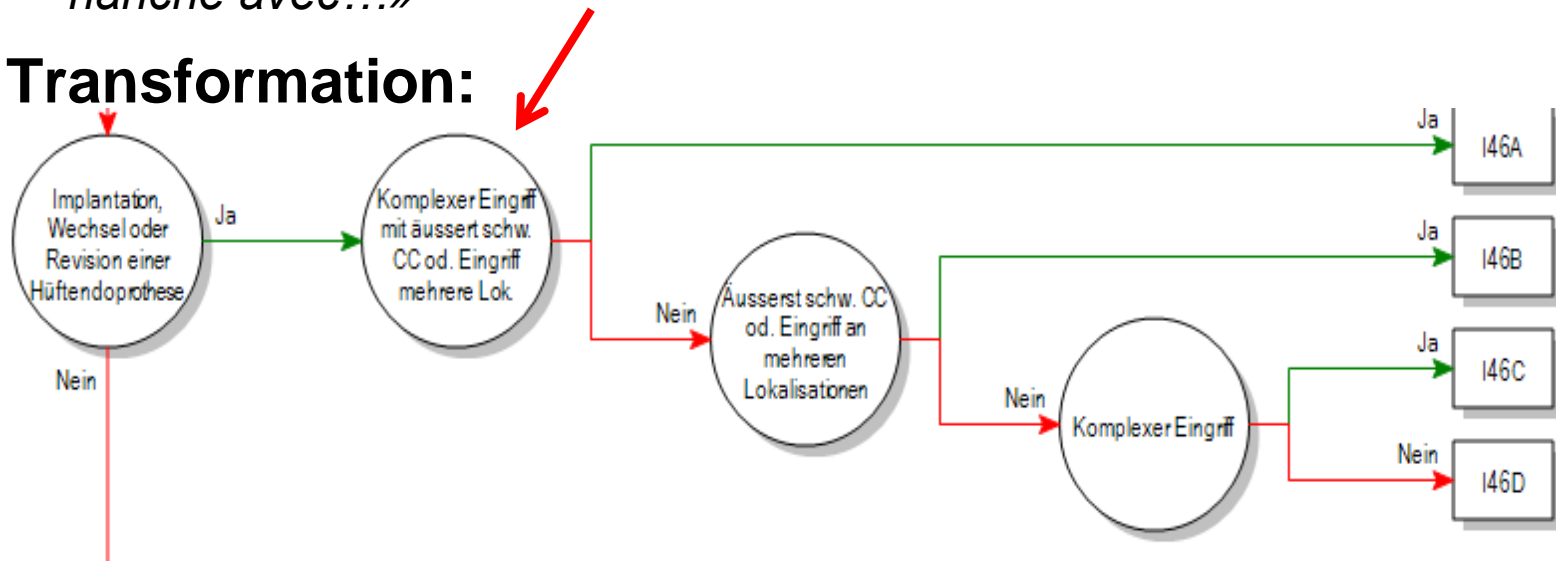
Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique MDC 08

Hanche

Demande:

- Revalorisation des cas avec remplacement d'une endoprothèse de hanche dans DRG de base I46 «*Implantation, remplacement ou révision d'une endoprothèse de hanche* » et I03 «*Révision ou remplacement de l'articulation de la hanche avec...*»

Transformation:



Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique MDC 08

L'articulation de la hanche ou fémur

Problème:

- Cas avec diagnostics complexes par ex. «*paralysie cérébrale*» ne sont pas représentés de façon adéquate dans DRG de base I08 «*Autres interventions sur l'articulation de la hanche et le fémur*»

Transformation:

- Logique adaptée: cas vont sans autre condition dans DRG I08B «*Autres interventions sur l'articulation de la hanche et le fémur, CC extrêmement sévères **ou diagnostic complexe**, avec interventions multiples ou procédure complexe, âge > 11 ans*»

→ Revalorisation des cas avec paralysie cérébrale

Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique MDC 08

Arthroscopie

Demande:

- DRG de base I18 «*Arthroscopie y compris biopsie ou autres interventions sur les os ou articulations*» nombre de cas non homogènes
- DRG de collecte pour genou, main et pieds avec arthroscopie

Transformation:

- Ajustement important des tableaux
 - Attribution des codes CHOP selon la désignation anatomique et les coûts par cas
 - Ajustement pas encore définitif
- Représentation médicale et homogène en coûts de ces cas

Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique MDC 08

Main



Demande:

- «Dans la version 7.0, des ajustement importants des tableaux dans le DRG de base I32 «*Interventions sur le poignet et la main*» ont été réalisés, qui cependant selon nous ne sont pas suffisants ...»
- Les interventions multiples ne couvrent pas les coûts
- 31% des cas sont des low outliers
- **Codes CHOP manquants pour le codage d'interventions sur les divers rayons pied/main par coté**

Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique MDC 08

Main



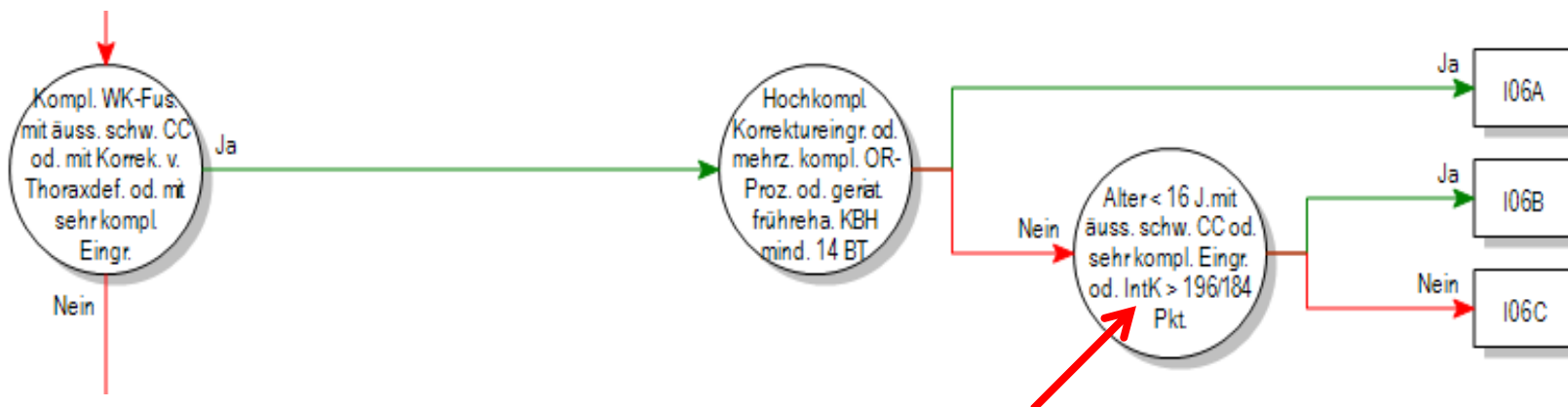
Transformation:

- Ajustements de tableaux supplémentaires dans DRG de base I32
 - Établissement d'un «*DRG implicite d'un jour*»
 - Admission des codes 99.b6.22 à -.24 «*Traitement complexe de la main, à partir de 8 jours*»
 - Revalorisation des cas avec un diagnostic «*Arthrite, Polyarthrite ou Ostéomyélites*»
 - Revalorisation des cas avec «*Lésions des tissus mous II. à III. degré...*»
 - Code 83* «*Incision de muscle, tendon, fascia et bourse, exceptée la main*» éliminé de I32
- Attribution correcte des cas

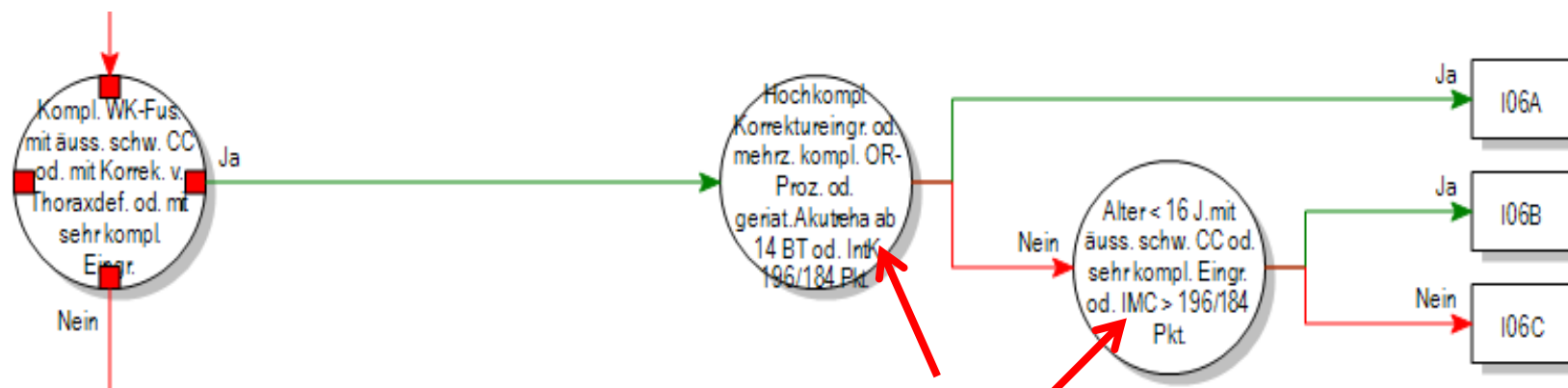
Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique MDC 08

Colonne vertébrale

Jusqu'ici:



Après:



Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique MDC 08

Colonne vertébrale



Transformation:

- Admission de la condition «*accès dorsal et ventral/latéral*» pour le DRG I10A «*Autres interventions sur la colonne vertébrale ou halotraction avec CC extrêmement sévères ou intervention combinée particulière*»
- Une révision des codes CHOP pour interventions sur la colonne vertébrale est impérative
- Amélioration sur le plan national du codage des interventions sur la colonne vertébrale – délimitation claire des interventions coûteuses et des petites interventions

Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique MDC 08

Partition médicale



Problème:

- Plusieurs demandes pour des DRGs dans la partition médicale
- Des cas avec les mêmes coûts représentés dans divers DRGs
- Beaucoup de cas avec un jour d'hospitalisation
- Cas intenses coûteux sans intervention opératoire
- Critères de split ne fonctionnent plus

Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique MDC 08

Partition médicale



Vaste transformation I:

- Nouveau DRG de base I61 «*Maladies et troubles du tissu musculosquelettique et conjonctif, **un jour d'hospitalisation***»
- Nouveau DRG I87Z «*Maladies et troubles du tissu musculosquelettique et conjonctif, avec **traitement complexe de soins intensifs / traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196 / 184 points.***»
- Élargissement des cas dans DRG de base I60 «*Fractures du bassin, du col du fémur et du fémur, plus d'un jour d'hospitalisation*» et split pour DRG I60A «*..avec para / tétraplégie ou âge < 3 ans*»
- DRG de base I64 «*Ostéomyélite, plus d'un jour d'hospitalisation*» nouveaux critères de split

Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique MDC 08

Partition médicale



Vaste transformation II:

- Ajustement du split d'âge dans DRG I65A «...< 17 ans»
Nouveau «*Néof ormation maligne du tissu conjonctif y compris fracture pathologique, âge < 16 ans,*»
- Précision du critère de split du DRG I75A «*Blessures graves des membres supérieurs ou inférieurs avec CC sévères, plus d'un jour d'hospitalisation*»
- révision des critères de split dans les DRG de base I64, I66, I68, I74

→ Rémunération adéquate des cas médicaux

Maladies et troubles de la peau, du tissu sous-cutané et de la glande mammaire MDC 09

Radiothérapie

Demande:

- Cas avec radiothérapie et intervention lors du même séjour sous-rémunérés dans DRG J18Z «*Autre radiothérapie pour maladies et troubles de la peau, du tissu sous-cutané et de la glande mammaire, plus d'un jour d'hospitalisation*»

Transformation:

- Split du DRG J18Z avec revalorisation de certains traitements combinés, par ex. radiothérapie avec intervention opératoire «*85.26 Mastectomie partielle*», «*85.41 Mastectomie simple*»

Maladies et troubles des organes urinaires MDC 11

Pyélonéphrite chronique



Demande:

- ICD N11.0 «*Pyélonéphrite non obstructive chronique associée à un reflux*» surévalué dans DRG L68A;
Examen de l'évaluation

Transformation:

- ICD N11.0 du DRG de base L68 «*Autres affections moyennement sévères des organes urinaires ou paralysie de la vessie*» au DRG de base L63 «*Infections des organes urinaires*»
- Mise à niveau avec des diagnostics comparables
- Dévalorisation des cas

Maladies et troubles des organes génitaux féminins MDC 13

Endométriose complexe

Problème:

- Certains cas coûteux sous-rémunérés dans DRG N07Z

Nouveau:

- Revalorisation des cas avec localisation et opération de l'endométriose sur plusieurs localisations dans le nouveau DRG N07A



Grossesse, naissance et suites de couches

MDC 14

Traitement hospitalier avant l'accouchement

Problème:

- Cas avec un long séjour avant l'accouchement codes CHOP 73.7x* «*Traitement hospitalier avant l'accouchement*» se répandent sur plusieurs DRG
- En partie problématique pour la rémunération

Transformation:

- Représentation de ces cas avec un très long séjour avant l'accouchement dans un propre DRG de base O50



Néoplasmes hématologiques et solides

MDC 17



Maladies du tissu lymphoréticulaire

Demande:

- Les diagnostics D76.1 «*Lymphohistiocytose hémophagocytaire*» et D76.2 «*Syndrome hémophagocytaire associé à une infection*» attribués jusqu'ici au MDC 10 (Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques)
- Les coûts de traitement et le concept sont plutôt comparables à une leucémie aiguë

Transformation:

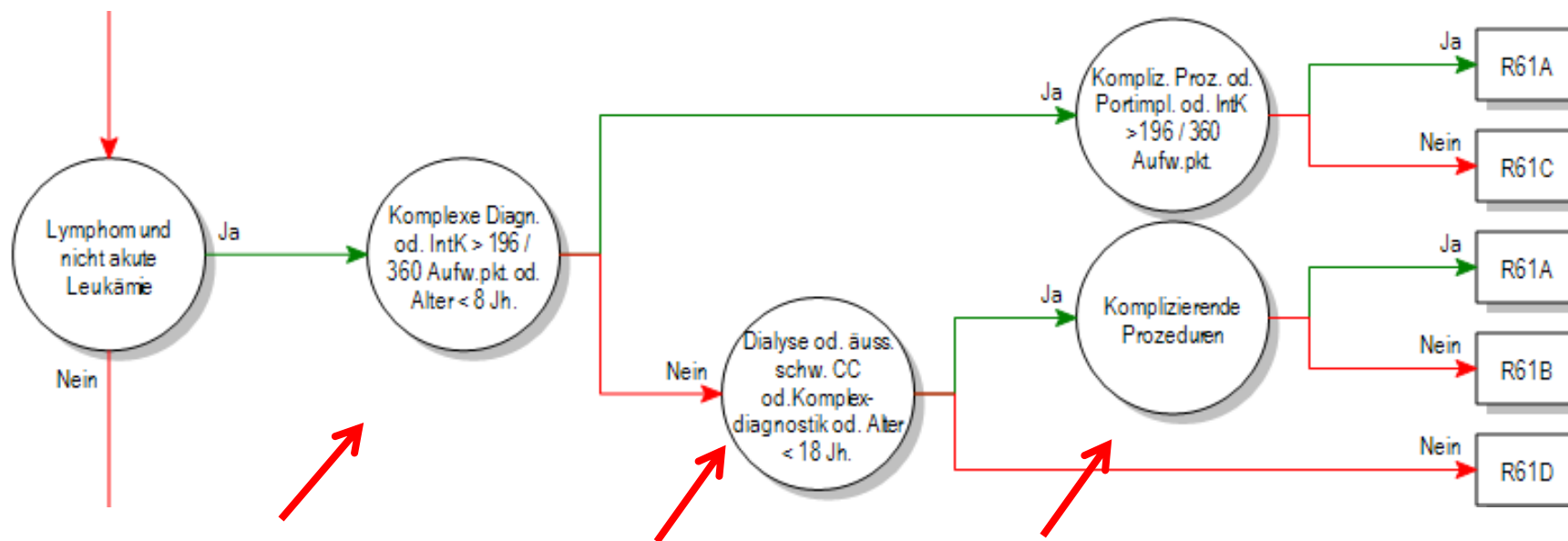
- Déplacement des diagnostics principaux dans MDC 17 et admission dans le DRG R63C «*Autre leucémie aiguë avec dialyse ou CC extrêmement sévères ou pose de chambre implantable ou diagnostic particulier, plus d'un jour d'hospitalisation*»

Néoplasmes hématologiques et solides MDC 17

Enfants et adolescents

DRG R61D «Lymphome et leucémie non aiguë, plus d'un jour d'hospitalisation»

Revalorisation des cas enfants «âge < 8 ans» et «âge < 18 ans», ainsi que la fonction «procédures de complication»



Maladies infectieuses et parasitaires

MDC 18B

Agents infectieux multirésistants

Demande:

- Cas avec traitement complexe d'agents infectieux multirésistants sans DP opératoire indépendamment attribués au DRG de base A94 (excepté MDC 17)
- Examen des cas de la MDC 18B

Transformation:

- Élargissement de l'exception pour les cas de la MDC 18B
- Cas avec «*traitement complexe d'agents infectieux multirésistants à partir de 7 jours de traitement*» nouveau regroupement dans DRG de base T60 «*Septicémie ou traitement complexe d'agents infectieux multirésistants à partir de 7 jours de traitement*»

Maladies infectieuses et parasitaires

MDC 18B

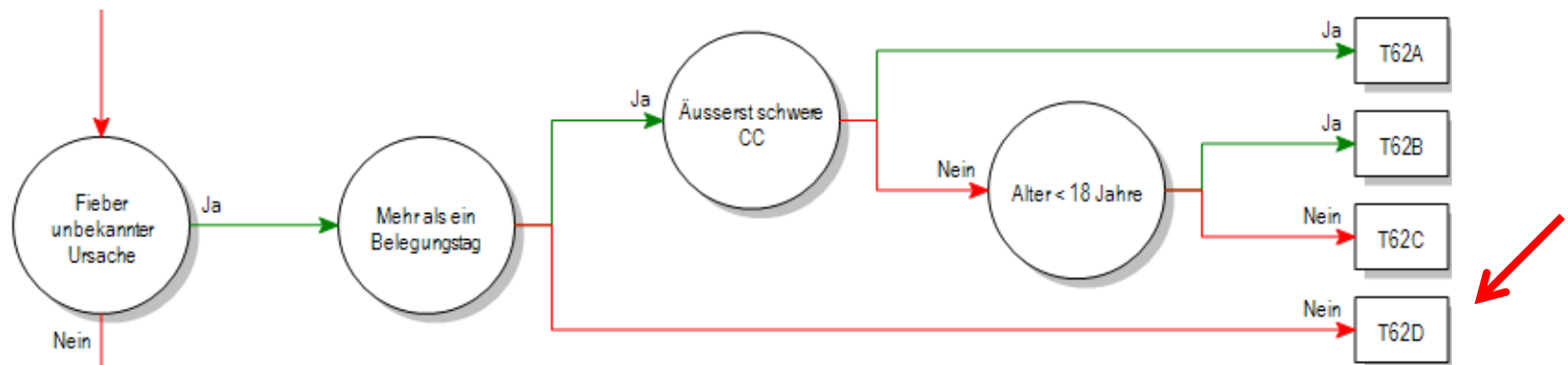
Fièvre

Problème:

- Groupe de cas non homogène dans DRG de base T62 «*Fièvre d'étiologie inconnue* »

Transformation:

- Nouvelle définition des critères de split «*extrêmement sévères*» et «*âge < 18 ans*»
- Établissement d'un DRG d'un jour



Maladies et troubles psychiques

MDC 19

Enfants et adolescents

Problème:

- Certains cas coûteux ne sont pas représentés de façon différenciée

Transformation:

- Représentation des cas avec code CHOP 94.7x.*
«*Traitement socio-pédiatrique, neuropédiatrique et pédo-psychosomatique*» dans le nouveau DRG U41A
- Critère de split supplémentaire «*âge < 12 ans*»



Abus de substances MDC 20

Addictions



Problème:

- En général, la MDC 20 est non homogène en coûts et durée de séjour
- Peu de procédures sont codées
- Différenciation selon le genre d'abus de substances n'est pas en premier lieu un séparateur de coûts

Transformation:

- Révision globale de toute la MDC

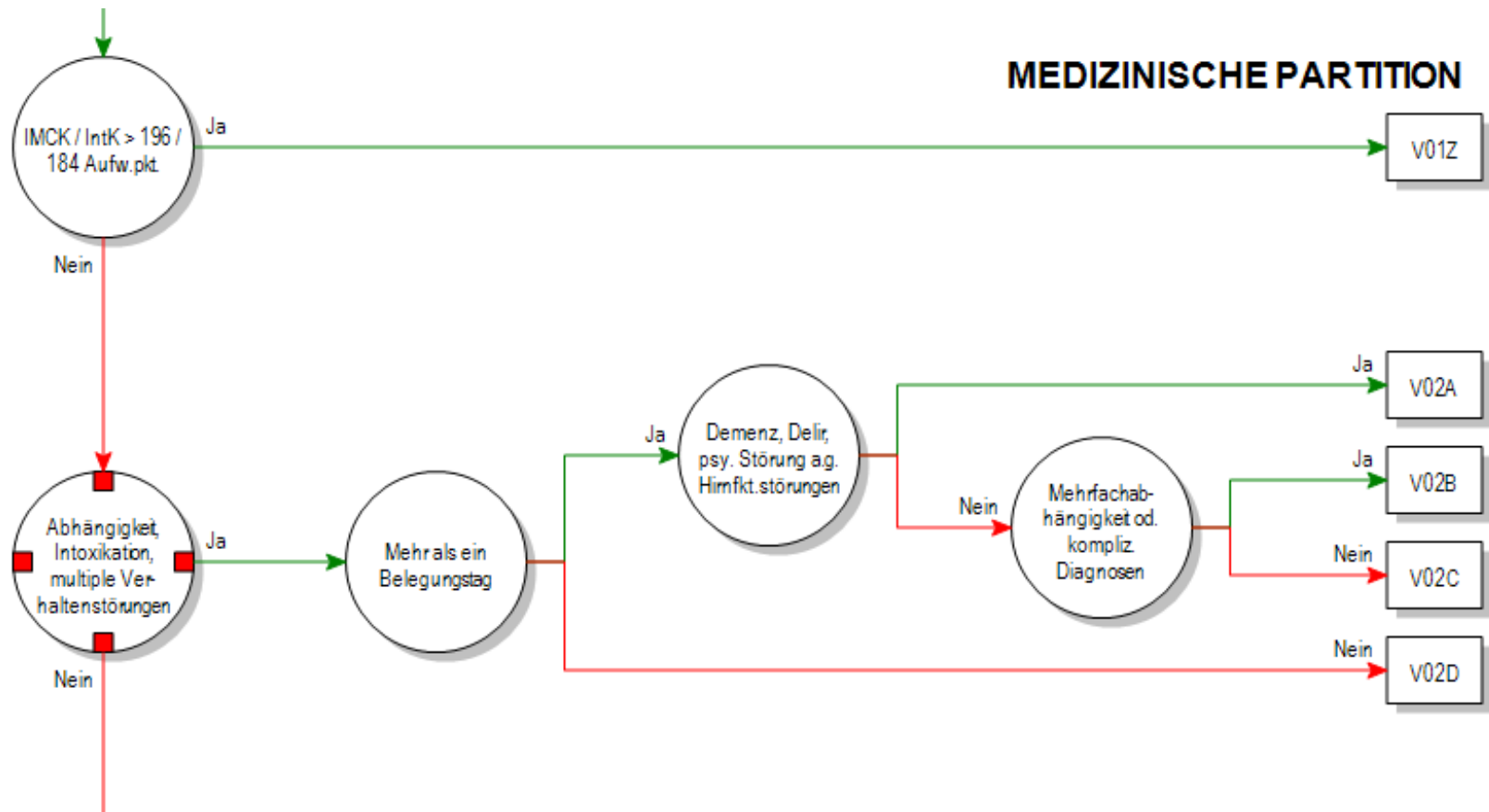
Abus de substances MDC 20

Addictions

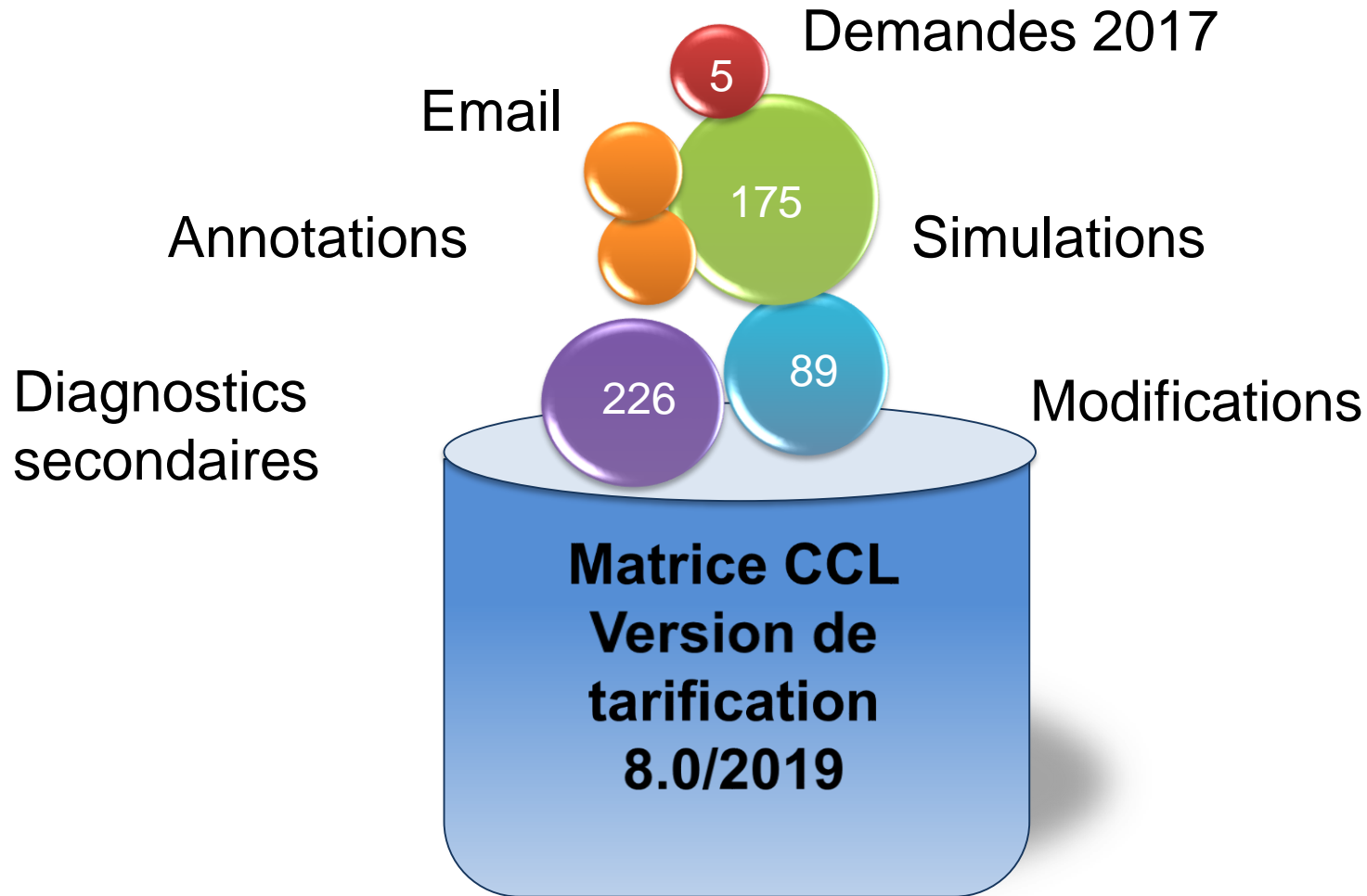


- Établissement du nouveau DRG V01Z «*Usage d'alcool et de drogues et troubles psychiques induits par l'alcool et les drogues, traitement complexe de soins intensifs / traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196 / 184 points*» pour la représentation de cas coûteux avec séjour en SI ou U-IMC
- Représentation du nouveau DRG de base V02 «*Dépendance, intoxication, troubles multiples du comportement*», avec les critères de split:
 - «*démence ou délire et trouble psychique dû à des troubles de la fonction cérébrale*»
 - «*dépendance multiple ou diagnostic de complication*»
 - «*plus d'un jour d'hospitalisation*»

Abus de substances MDC 20 Addictions



Matrice CCL Simulations



Matrice CCL

Aperçu

- Nouvelle admission de 10 diagnostics
- Revalorisation de 17 diagnostics
- Dévaluation de 23 diagnostics
- Élimination de 23 diagnostics

→ Représentation adéquate de 73 diagnostics

Révision de la classification DRG

Rémunérations supplémentaires

1. **Établissement de nouvelles rémunérations supplémentaires (CHOP)**
 - **Grafts** endovasculaires implantées dans l'**aorte thoraco-abdominale**, sans / avec fenestrations
 - **Grafts** endovasculaires implantés dans l'**aorte thoracique**, sans / avec fenestrations
 - **Grafts** endovasculaires implantés dans l'**aorte abdominale**, aortique, avec fenestrations
 - Reconstruction complexe de la colonne vertébrale (par ex. Scoliose) avec implantation de **growing rods**

Révision de la classification DRG

Rémunérations supplémentaires

2. **Établissement d'évaluation différenciée pour des rémunérations supplémentaires (CHOP)**
 - Implantation d'un système d'assistance cardiovasculaire intracorporel, ventriculaire gauche-droite, biventriculaire en **Take Home Set et Hospital Set**
 - Hémodialyse, hémofiltration, hémodiafiltration, intermittente **pour enfants (âge < 12 ans) et adultes**
 - Dialyse péritonéale, **continue, assistée et non assistée par une machine**

Révision de la classification DRG

Rémunérations supplémentaires

3. Examen des classes de dosage pour enfants

Nouvelles classes de dosage pour enfants pour 3 RS

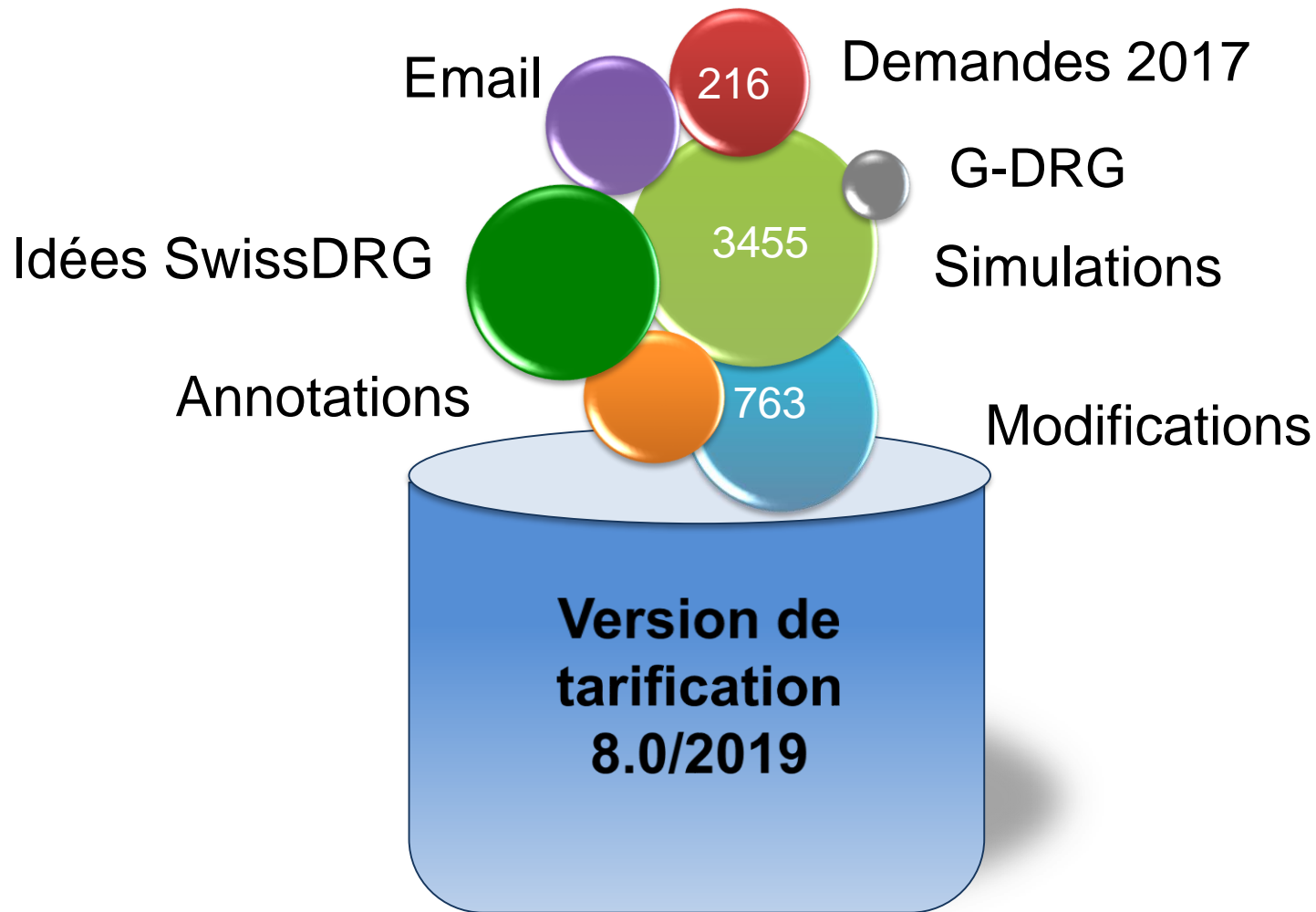
- Amphotericin B
- Voriconazol oral
- Voricoanzol intraveineux

Classes de dosage pour enfants adaptées pour 1 RS
(Bosentan)

Classes de dosage pour enfants éliminées pour 1 RS
(Voriconazol oral)

Révision de la classification DRG

Simulations



Procédure de demandes 2017

Somatique aiguë

	2017	2016	2015	2014	2013
Nombre de demandes	216	189	159	134	163
Demandes réalisées	112	115	80	40	72
Taux de réalisation	51%	60%	50%	30%	44%

1. Base de données
2. Développement du Groupier
- 3. Résultats**

Résumé des modifications

	V8.0	V7.0	V6.0
Nombre de DRGs	1037	1041	1038
DRGs non évalués	1 (962Z)	1 (962Z)	0
DRGs non calculables	3	3	3
DRGs d'un jour	287	289	292
Explicite	43	37	25
Implicite	244	252	267
Rémunérations supplémentaires	108	93	84
Evaluées	107	92	83
Non évaluées	1	1	1

Détermination des cost-weights

DRGs calculés / helvétisés

	Calculés	<i>Dont calculés sur 2/3 années de données</i>	Helvétisés
V8.0	1'033	27/3	0
V7.0	1'037	19/7	0
V6.0	1'035	21/3	0
V5.0	1'020	24/0	3



Critères:

- Peu de cas
- Pas de modification du Grouper

Pourcentage d'outliers

	Version 8.0		Version 7.0	
	Nombre de cas	Pourcentage	Nombre de cas	Pourcentage
Inliers	738'405	76%	736'667	75.8%
High outliers	67'799	7%	49'436	5.1%
Low outliers	99'141	10.2%	119'242	12.3%
Cas transférés	65'871	6.8%	65'871	6.8%
DRG non évalués	0	0%	0	0%
DRG non facturables	119	0%	119	0%
Tous les cas	971'335	100%	971'335	100%

Base de données: 2016, données de calcul

Changement méthode

Calcul adapté de la borne inférieure/borne supérieure

Changements : Arrondissement vers le bas dans le calcul de la borne inférieure (BIS) et de la borne supérieur (BSS)

Effet :

- Shift à gauche de la structure de rémunération
- Diminution de BIS pour 270 DRGs
- Diminution de BSS pour 621 DRGs

	Chang. BIS Nombre DRGs	Chang. BSS Nombre DRGs
-4	0	2
-3	0	10
-2	0	51
-1	270	558
0	569	353
+1	0	2

Base de données: 2016, données de calcul

Pourcentage d'outliers

	Version 8.0		Version 7.0	
	Nombre de cas	Pourcentage	Nombre de cas	Pourcentage
Inliers	738'405	76%	736'667	75.8%
High outliers	67'799	7%	49'436	5.1%
Low outliers	99'141	10.2%	119'242	12.3%
Cas transférés	65'871	6.8%	65'871	6.8%
DRG non évalués	0	0%	0	0%
DRG non facturables	119	0%	119	0%
Tous les cas	971'335	100%	971'335	100%

Base de données: 2016, données de calcul

Indice casemix selon le niveau de prestation

Niveau de prestation	Nombre de cas	CMI 8.0	CMI 7.0	Delta 7.0/8.0
K111 Prise en charge centralisée - niveau 1	207'174	1.411	1.407	+0.2%
K112 Prise en charge centralisée - niveau 2	592'347	1.001	1.003	-0.2%
K121 Soins de base - niveau 3	121'018	0.985	0.989	-0.4%
K122 Soins de base - niveau 4	57'869	0.874	0.877	-0.3%
K123 Soins de base - niveau 5	19'126	0.870	0.860	+1.2%
K231 Chirurgie	30'609	1.025	1.023	+0.2%
K232 Gyn. / Néonatalogie	2'252	0.380	0.382	-0.6%
K233 Pédiatrie	18'099	1.246	1.215	+2.5%
K234 Gériatrie	3'971	1.490	1.437	+3.6%
K235 Cliniques spécialisées	3'773	1.455	1.463	-0.5%
Tous	1'056'323	1.077	1.077	+/-0.0%

Base de données : 2016, données du domaine d'application SwissDRG, évaluées sur V7.0 et V8.0 – sans représentation de la typologie K221 (85 cas)

Indice casemix selon l'âge

Âge	Nombre de cas	CMI V8.0	CMI V7.0	Delta V7.0/V8.0
0-16 ans	139'433	0.665	0.658	+1.0%
À partir de 17 ans	916'890	1.140	1.141	-0.1%

Base de données: 2016, données du domaine d'application SwissDRG, évaluées sur V7.0 et V8.0

Degré de couverture

par groupe choisi avec un prix de base uniforme virtuel

	Nombre de cas	Part des données de calcul	Degré de couverture V8.0	Degré de couverture V7.0	Changement V8.0/V7.0
Hôpitaux universitaires K111	197'182	20.30%	94.09%	93.81%	+0.3%
Hôpitaux indépendants pour enfants	17'491	1.80%	93.70%	91.50%	+2.4%
Hôpitaux non universitaires	774'031	79.70%	102.33%	102.45%	-0.1%
Inliers	785'431	80.87%	104.06%	105.36%	-1.2%
Low outliers	112'004	11.53%	107.25%	105.07%	+2.1%
High outliers	73'778	7.60%	81.21%	76.46%	+6.2%
Patients transférés (d'admission)	35'987	3.71%	92.35%	91.11%	+1.4%
Patients transférés (d'admission) inliers	28'285	2.91%	96.59%	96.47%	+0.1%
Enfants < 16 ans sans DRG P66D, P67D	67'565	6.96%	100.12%	98.17%	+2.0%

Baserate hypothétique pour bénéfices nuls incl. CUI V8.0: CHF 10'723

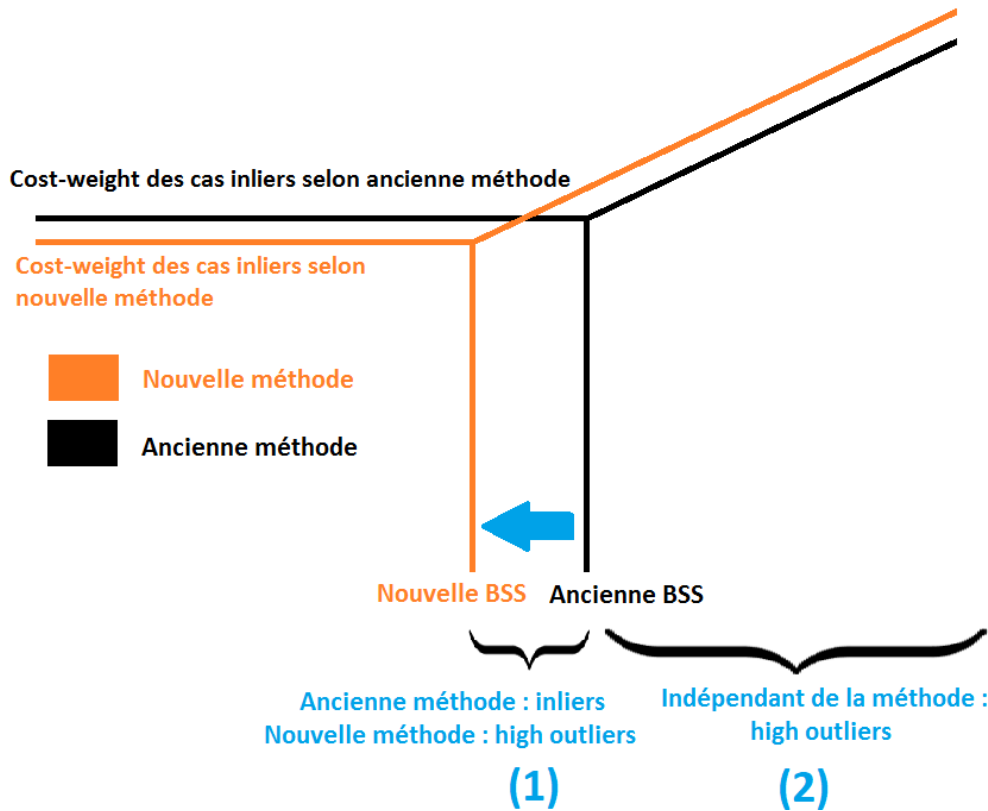
Baserate hypothétique pour bénéfices nuls incl. CUI V7.0: CHF 10'716

Base de données: 2016, données de calcul, évaluées sur V7.0 et V8.0

Changement méthode

Calcul adapté de la borne inférieure/borne supérieure

High outliers:



	Nombre de cas	Degré de couverture Ancienne méthode	Degré de couverture Nouvelle méthode
(1)	14'550	68.1%	75.0%
(2)	59'228	79.3%	81.9%

Changement méthode

Calcul adapté de la borne inférieure/borne supérieure

High outliers :

- Les high outliers obtiennent plus rapidement des suppléments et présentent ainsi une plus faible sous-couverture
- Pour les cas, qui étaient jusqu'à présent inliers mais qui sont maintenant selon la nouvelle méthode high outliers, le degré de couverture augmente, resp. la sous-couverture diminue

Changement méthode

Calcul adapté de la borne inférieure/borne supérieure

Low outliers:

- Les cas sont moins longtemps concernés par les réductions journalières avec la réduction de borne inférieure (BIS)
- Le degré de couverture des low outliers augmente de 105.1% pour V7.0 à 107.3% pour V8.0, cependant
 - La moitié du changement dans le degré de couverture ne provient pas du changement de méthode
 - Le volume supplémentaire réalisé de l'excédent de couverture des low outliers se monte à un dixième du volume de la sous-couverture réduite des high outliers
 - Un quart du volume supplémentaire réalisé est expliqué à travers les cas assujettis à la réduction journalière pour transfert, qui présentent une plus faible sous-couverture et qui sont aussi compris dans le groupe de cas low outliers

Changement méthode

Calcul adapté de la borne inférieure/borne supérieure

Bilan :

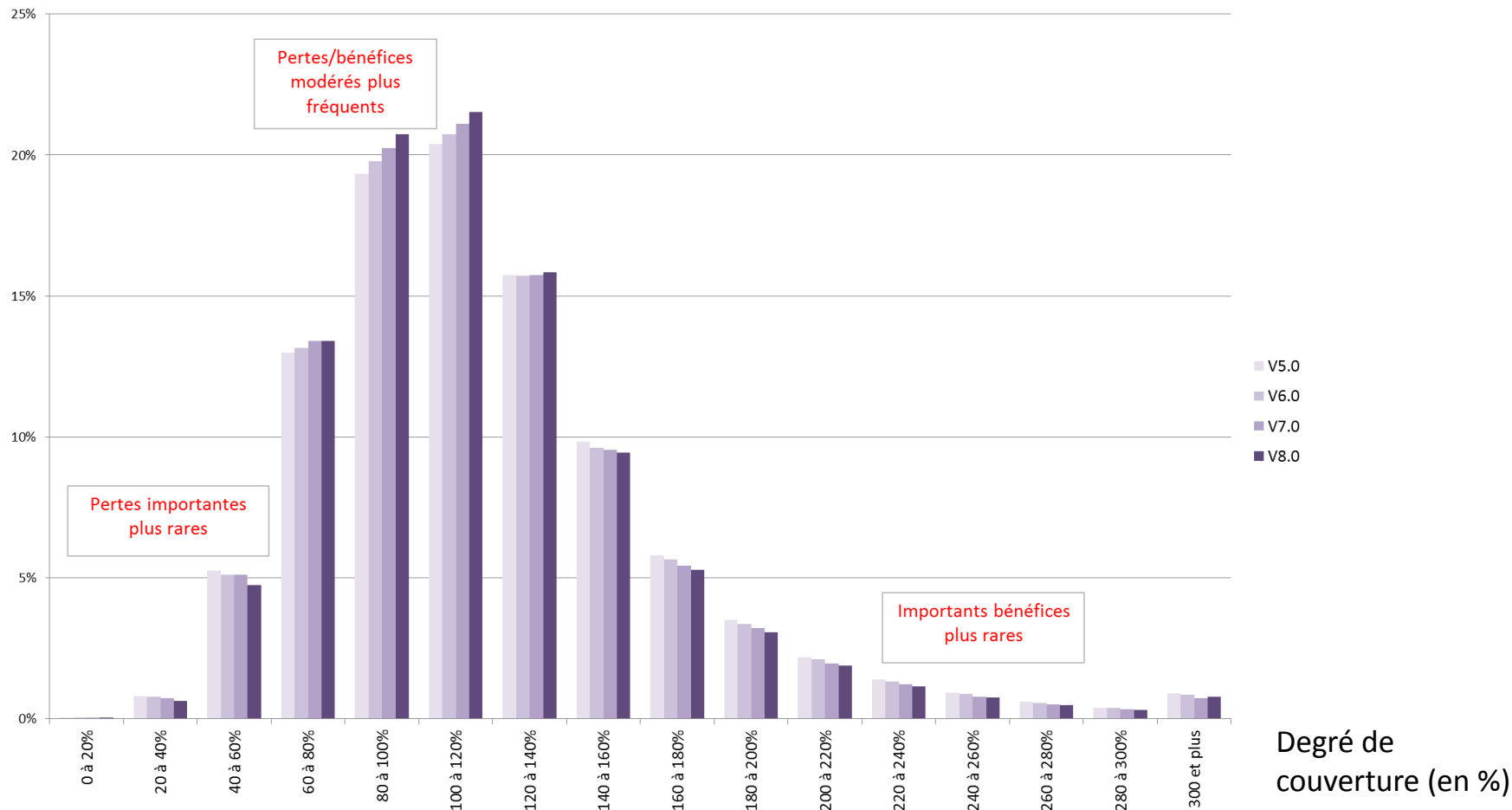
- Le degré de couverture des high outliers augmente, la sous-couverture diminue
- Le degré de couverture des low outliers augmente, le volume comparé au volume supplémentaire des high outliers légitime cependant ce changement
- Le degré de couverture des cas low outliers assujettis à la réduction journalière pour transfert augmente, la sous-couverture est réduite
- La qualité de représentation globale s'améliore

Calcul adapté de la borne inférieure/borne supérieure est accepté



Distribution de fréquence du degré de couverture par cas, effet de version, données 2016

Pourcentage de fréquence



Bases de données: 2016, données de calcul, coûts CUI et RS inclus

Homogénéité des coûts

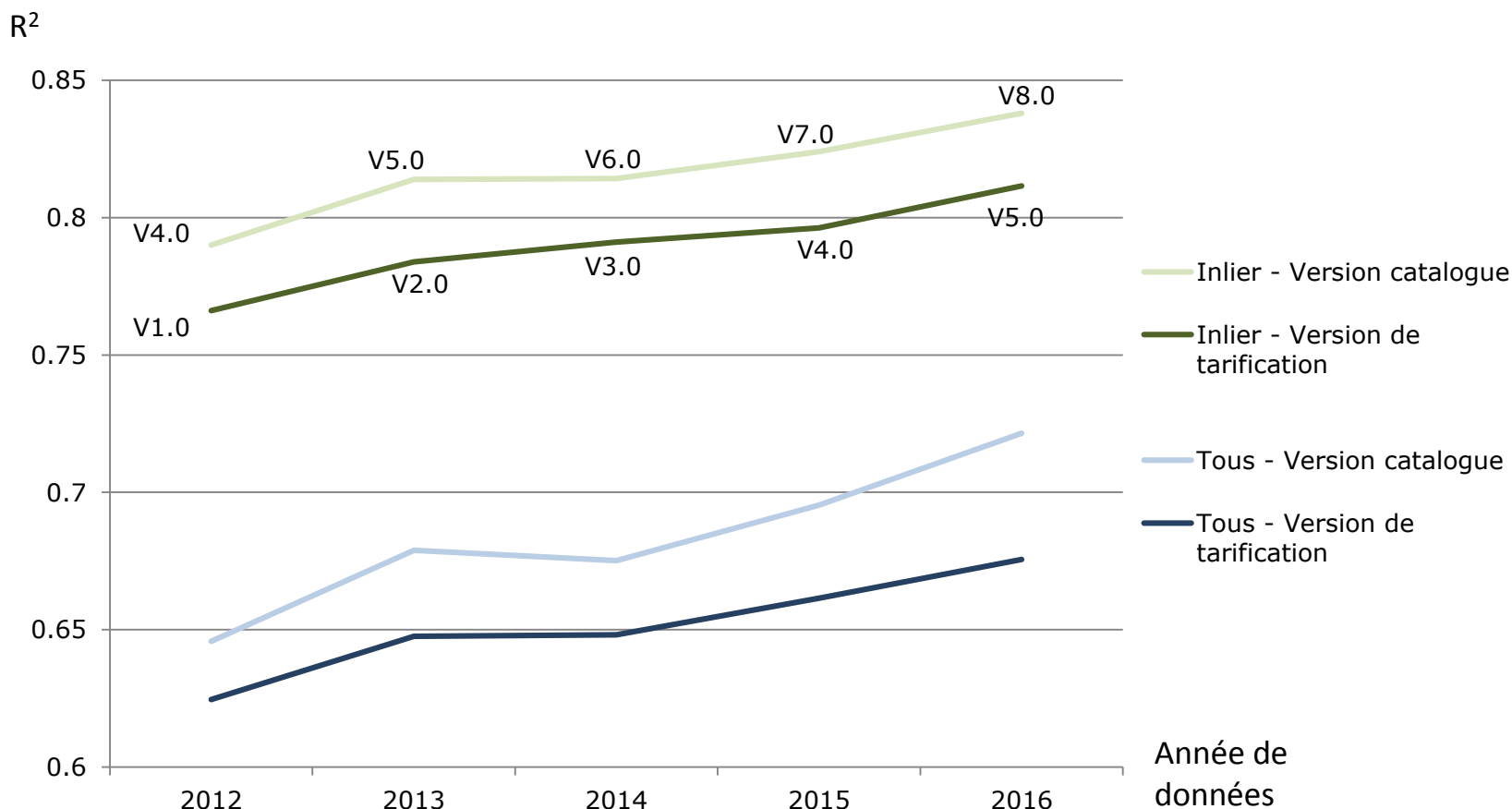
Résultat de la réduction de la variance R² de la version SwissDRG 8.0 par rapport aux versions précédentes

Version du Groupier	Année de données	Tous les cas	Inliers (selon 8.0)
V8.0	2016	0.727	0.840
V7.0		0.705	0.820
V6.0		0.696	0.805

Base de données: 2016, données de calcul

Homogénéité des coûts

Comparaison du développement du R² (version de catalogue) et R² effectif atteint (version de tarification)



Bases de données: 2012-2016, données de calcul, coûts ZE inclus


Quelles mesures restent nécessaires? DRG

1. La représentation des cas coûteux doit être continuellement améliorée, ce n'est pas un automatisme
2. Un retard à rattraper dans le développement de la matrice CCL
3. Une clarification continue des directives de l'enregistrement des coûts selon REKOLE
4. L'amélioration de la qualité des données reste un défi
5. La révision du catalogue CHOP

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