

30.03.2021

## ***Aperçu des axes de développement de la version 11.0***

Concernant les axes de développement, on notera en particulier le perfectionnement de la matrice CCL pour lequel la mise en œuvre d'un nouveau logiciel de développement a été nécessaire. De plus, la représentation des cas très coûteux a été améliorée. Les cas déficitaires ont à nouveau fait l'objet d'une analyse approfondie. En outre, une observation par DRG des écarts de coûts et de rémunération hypothétique par rapport à la dispersion des coûts a permis d'identifier des cas qui présentaient des faiblesses pour la représentation. Il en résulte de meilleures possibilités de représentation en particulier pour les patients en traitement intensif à long terme, les opérations en plusieurs temps ainsi que les cas avec réadaptation précoce ou traitements sous vide.

Comme auparavant, le perfectionnement dans le domaine de la médecine pédiatrique faisait partie des axes principaux.

Le traitement complexe de médecine palliative a été à nouveau soumis à un examen approfondi dans le cadre de sa classification actuelle dans la structure tarifaire SwissDRG.

### **Logiciel de développement**

La version V11.0 a été élaborée à l'aide d'un logiciel de développement interne qui remplace la solution précédente adoptée pratiquement sans changement par l'InEK il y a de nombreuses années. Ce logiciel est un outil autonome hautement intégré grâce auquel il n'est désormais plus nécessaire d'utiliser plusieurs outils distincts, ce qui permet d'augmenter la cadence de simulation. Cette évolution en interne permet une adaptation plus souple du logiciel aux exigences liées au développement du système. Par exemple, le langage du Grouper peut être modifié de manière à permettre une formulation plus simple et plus compréhensible des règles de regroupement de même que leur extension. Le perfectionnement de la formule PCCL ouvre d'une part la voie à des analyses approfondies jusque-là impossibles et arme d'autre part parfaitement le système pour les développements futurs dans ce domaine également. Un éditeur CCL simplifié facilite l'édition de la matrice CCL.

L'assurance qualité profite elle aussi de ce nouveau système: les domaines de travail sont désormais vérifiés et validés dès la phase de développement. La documentation du processus de développement, elle aussi intégrée, permet en outre d'améliorer la qualité du développement et d'en suivre plus facilement l'évolution.

### **Perfectionnement de la matrice CCL**

Le travail commencé l'année dernière en lien avec la représentation des cas avec complications et comorbidités (CC) en utilisant la matrice CCL et le PCCL a été poursuivi pour la version 11.0. Des simulations et des analyses de scénarios ont permis d'identifier les futures possibilités de représentation de cas complexes et multimorbides. L'adaptation correspondante de la formule PCCL peut être décrite comme suit:

- Modification de la pondération des diagnostics supplémentaires ( $\alpha = 0,3$ ):

En particulier, les cas présentant de nombreux diagnostics supplémentaires pertinents (avec CCL > 0) peuvent être ainsi mieux délimités. Par exemple, le huitième diagnostic supplémentaire avec une valeur CC est maintenant pondéré à 12%, alors que celui-ci avec un  $\alpha$  de 0,4 recevait une pondération de 6% sous V10.0.

- Modification de l'échelle PCCL:

La formule PCCL comprend désormais un déplacement qui entraîne une dépréciation générale de la fourchette de valeurs PCCL utilisée jusqu'à présent. De plus, la fourchette de valeurs PCCL est désormais complétée par les valeurs 5 et 6. Cette extension crée de nouvelles possibilités de développement en termes de différenciation pour les cas plus complexes dans la fourchette PCCL supérieure.

- Suite linéaire de la formule PCCL:

Une suite linéaire (plutôt que logarithmique) de la fonction dans la fourchette des cas plus complexes (à partir de PCCL=3) garantit que, dans le cas de plusieurs diagnostics supplémentaires, une augmentation de la somme des valeurs CCL pondérées a un effet proportionnel sur le PCCL et n'est pas réduite encore plus par le logarithme comme c'était le cas auparavant.

Les dépendances entre les quatre principaux instruments CC (formule PCCL, matrice CCL, exclusions et splits PCCL dans le Grouper) sont très élevées. Suite au développement de la formule PCCL, les splits PCCL existants ont dû être revus (principalement en raison de la translation de la formule PCCL). En outre, des splits PCCL supplémentaires ont déjà pu être mis en œuvre dans la version V11.0, notamment des splits avec les seuils 5 et 6. La matrice CCL et les exclusions ont fait l'objet d'un travail approfondi qui sera poursuivi lors du développement de la version 12.0. Les bases de ces nouveaux perfectionnements ont été posées dans la présente version 11.0.

En résumé, 58 splits PCCL ont été révisés, 36 nouveaux splits PCCL ont été établis et 272 diagnostics réévalués. Alors que dans la version SwissDRG 10.0, 231 nœuds de décision dans l'algorithme de regroupement contenaient une condition PCCL, dans la nouvelle version SwissDRG 11.0, 244 nœuds de décision prennent en compte une condition PCCL.

### **Médecine intensive**

Des analyses approfondies ont montré d'une part des faiblesses au niveau de la représentation de très peu de cas avec un long séjour en USI ou U-IMC pour les nouveau-nés. Une revalorisation ciblée de ce cas de figure en dehors de la MDC 15 a permis d'améliorer significativement la qualité de représentation. D'autre part, des cas avec un court séjour en USI ou U-IMC pour les enfants et les nouveau-nés avec moins de 197 points sont sous-financés. Ce qui pose problème dans cette situation est le seuil d'admission des codes CHOP correspondants pour les enfants et les nouveau-nés avec 1 à 196 points pour la représentation du traitement complexe de soins intensifs ainsi que le traitement complexe en U-IMC. Pour pouvoir améliorer significativement la qualité de représentation de ces cas, une différenciation plus fine de ce seuil d'admission comparable aux codes pour les adultes est pertinente.

Pour plus d'informations, voir sous «Représentation de domaines spéciaux de prestations; Pédiatrie et néonatalogie et médecine intensive dans une USI/U-IMC».

### **Paraplégie**

Alors que les cas avec premiers soins suite à une lésion de la moelle épinière sont représentés de manière adéquate dans la structure tarifaire SwissDRG, le perfectionnement actuel s'est concentré sur la représentation de cas de paraplégie en lien avec un traitement complexe de patients paraplégiques. Ce domaine de prestation est défini par le code CHOP 93.87.\* (Classification Suisse des Interventions Chirurgicales [CHOP] Index systématique –

Version 2019). Ces codes sont différenciés en premier lieu selon le nombre de jours de traitement, ce qui permet une représentation en adéquation avec les coûts dans le système.

La difficulté de représentation de cas avec un traitement complexe de patients paraplégiques réside dans la très grande hétérogénéité de ces cas. Selon la hauteur et l'étendue de la lésion de la moelle épinière, il en résulte une perte de fonction pouvant aller jusqu'à la paralysie complète des bras et des muscles respiratoires, des muscles du tronc et des jambes, ainsi qu'une perte des fonctions végétatives. D'une part, cela concerne les cas de paraplégie aiguë qui, après la phase initiale aiguë qui suit l'événement, passent par une réadaptation initiale généralement très coûteuse et de longue durée. Cette réadaptation est souvent effectuée en alternance avec des mesures médicales aiguës (par exemple, plasties de lambeaux, implantation de neurostimulateurs, traitement des infections). Ainsi, il est extrêmement difficile de distinguer les cas aigus des cas de réadaptation.

D'autre part, une paraplégie entraîne des séjours hospitaliers répétés même après la phase initiale: par exemple, les opérations orthopédiques, les interventions ou les traitements dus à des escarres (ulcère de décubitus) ou des affections aiguës peuvent entraîner un nouveau séjour à l'hôpital avec une réadaptation ultérieure. Le point commun de ces cas est que la paraplégie et ses affections concomitantes entraînent un besoin accru en soins, indépendamment de toute intervention. En outre, le traitement de réadaptation des patients paraplégiques doit souvent être effectué dans une approche interdisciplinaire (physiothérapie, ergothérapie, thérapie physique, prise en charge psychologique, orthophonie, travail social, etc.) afin d'atteindre à nouveau la plus grande autonomie individuelle possible et une bonne qualité de vie pour les patients.

Les ressources et coûts engagés varient fortement d'un cas à l'autre, en particulier dans le cadre des soins et des mesures de réadaptation nécessaires.

L'hétérogénéité de ce groupe de cas décrite ici peut être représentée de manière optimale dans le système SwissDRG en utilisant différents codes CHOP opératoires et non opératoires (le cas échéant aussi en combinaison avec des diagnostics particuliers). Un nouveau DRG de base A46 «*Traitement complexe du patient paraplégique*» a été créé pour ce faire. Parmi les critères de split séparateurs de coûts, on trouve en particulier le traitement de soins infirmiers complexes, les séjours en soins intensifs, les interventions chirurgicales complexes et particulières, la ventilation invasive en unité de soins intensifs ou en dehors et d'autres procédures de complication.

En résumé, une représentation de ce sous-domaine hautement spécialisé de la réadaptation dans le système SwissDRG sert à la rémunération différenciée et adaptée aux coûts de ces cas hétérogènes et représente de manière adéquate le parcours clinique avec des traitements médicaux aigus répétés. Il n'est pas nécessaire de recourir à des définitions complexes pour différencier les cas aigus des cas de réadaptation avec plusieurs splits de cas.

## Représentation de domaines spéciaux de prestations dans la version SwissDRG 11.0/2022

La structure tarifaire SwissDRG version 11.0 comprend des étapes d'évolution d'ordre médical pour de nouvelles prestations, pour des différenciations de prestations ainsi que pour d'autres rémunérations supplémentaires.

En général, les prestations des domaines spécialisés cités plus bas, fournies dans les hôpitaux et cliniques de soins intensifs aigus, sont bien représentées par la version SwissDRG 11.0 et peuvent être tarifées selon les règles de facturation correspondantes.

### 1. Pédiatrie et néonatalogie

Définition:

ce domaine de prestation est représentable de façon claire et différenciée avec les codes CHOP.

Données:

Les données sont transmises à SwissDRG SA.

Représentation actuelle:

Comme évoqué ci-dessus, diverses analyses ont montré que des cas coûteux avec un nombre très élevé de points de traitement complexe de soins intensifs ou de traitement complexe en unité de soins intermédiaires ne sont pas représentés de manière adéquate dans la MDC 15. En raison du faible nombre de cas, ceux-ci ne peuvent pas être revalorisés dans la MDC 15. Ces cas étant comparables en termes de durée de séjour et de consommation de ressources aux cas du DRG de base A06 «*Ventilation artificielle > 1499 heures ou traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 5880/5520 points...*», les cas avec plus de 9800 points de traitement complexe de soins intensifs ou de traitement complexe en unité de soins intermédiaires sont désormais affectés à ce DRG de base.

L'utilité d'inclure l'âge gestationnel pour l'affectation dans les DRG a une nouvelle fois fait l'objet d'un examen. Ainsi, la condition de split «*Âge gestationnel < 35 semaines*» a pu être établie dans le DRG P66B «*Nouveau-né, poids à l'admission 2000 - 2499 g ou poids à l'admission > 2499 g avec situations particulières, avec ventilation artificielle > 24 et < 96 heures ou avec problème sévère, ou traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196 points*».

Des examens au cas par cas ont mis en évidence certains cas de forte consommation de ressources pour les enfants de moins d'un an. Parfois, ces enfants ont été traités pour des malformations ou des dysfonctionnements organiques.

Les enfants de plus de 27 jours et de moins de 366 jours avec un poids à l'admission à partir de 2500 g ne pouvant plus être affectés à la MDC 15, il a été vérifié si la qualité de représentation de ces cas pouvait être améliorée en tenant compte de l'âge gestationnel. Une simulation a été réalisée pour déterminer le regroupement des cas selon l'âge gestationnel dans la MDC 15 ou dans les MDC liées aux organes pouvait améliorer la qualité du système. Cependant, aucune amélioration de la représentation n'a pu être constatée sur la base des données actuelles, en raison de l'hétérogénéité de ces cas.

Pour plus d'informations, voir sous «*Axes de développement*» ainsi que «*Représentation de domaines spéciaux de prestations; Médecine intensive dans une USI/U-IMC*».

Évaluation:

SwissDRG SA estime que les cas dans le domaine de la pédiatrie et de la néonatalogie peuvent être représentés de façon appropriée avec la structure tarifaire SwissDRG version 11.0.

## 2. Palliative Care

### Définition:

Le domaine de prestation de médecine palliative et de médecine palliative spécialisée est représentable de façon claire avec les codes CHOP.

### Données:

Outre les hôpitaux de soins aigus avec des cas palliatifs et des services de médecine palliative, deux hospices avec statut d'hôpital sur cinq ont transmis des données.

### Représentation actuelle:

Une fois encore, des analyses approfondies ont été réalisées pour les cas de médecine palliative sur la base des données de 2019.

Une dissolution du DRG de base A97 dans le pré-MDC et une affectation de ces cas aux MDC correspondantes en fonction des diagnostics principaux n'ont pas donné de résultat positif à l'échelle de tout le système.

En outre, un examen approfondi a été réalisé pour déterminer si une différenciation des cas de médecine palliative sur la base de la caractéristique «procédure opératoire» ou «traitement médical» en deux DRG de base différents et des critères de split correspondants permettent d'atteindre une meilleure représentation des cas. Ici aussi, les analyses ont montré une baisse de la qualité de représentation pour l'ensemble du système.

Au sein du DRG de base existant A97, il a finalement été possible d'identifier des cas de figure individuels qui présentaient des faiblesses dans la représentation. Les cas «à partir de 28 jours de traitement» associés à un «PCCL > 3» ou à un «traitement de soins infirmiers complexes à partir de 51 points» ont été revalorisés dans le DRG A97B.

En revanche, les cas avec «traitement de soins infirmiers complexes à partir de 51 points» ou un traitement complexe de médecine palliative «à partir de 28 jours de traitement» et «procédures opératoires complexes» présentent une consommation plus élevée de ressources et ont été revalorisés dans le DRG A97A.

De plus, les cas avec un traitement complexe de médecine palliative à partir de 28 jours de traitement ont pu être revalorisés en passant du DRG A97D au DRG A97C.

### Évaluation:

Les cas comprenant un traitement complexe de médecine palliative ou de médecine palliative spécialisée sont représentés de manière adéquate dans la structure tarifaire SwissDRG version 11.0.

## 3. Paraplégie

### Définition:

Ce domaine de prestation est représentable de façon claire et différenciée avec les codes CHOP et CIM.

### Données:

SwissDRG SA a reçu une nouvelle fois des données de cas avec un traitement complexe de patient paraplégique des domaines d'application somatique aiguë et ST Reha. Les analyses commencées sur les données 2018 pour la représentation de ces cas ont été poursuivies.

### Représentation actuelle:

Les cas avec des affections et blessures de la moelle épinière sans traitement complexe du patient paraplégique sont représentés de la même manière que dans la version 10.0 précédente. Pour les cas présentant un traitement complexe du patient paraplégique, une représentation différenciée aussi bien en lien avec des traitements somatiques aigus que sans autres mesures somatiques aiguës a pu être établie.

Pour plus d'informations, voir sous «Axes de développement».

Évaluation:

Les cas dans le domaine de la paraplégie peuvent être représentés de façon appropriée avec la structure tarifaire SwissDRG version 11.0.

#### 4. Réadaptation précoce

Définition:

Ce domaine de prestation est représentable de façon claire et différenciée avec les codes CHOP et CIM.

Données:

Outre les données provenant des hôpitaux de soins aigus, les cliniques de réadaptation ont également soumis des données de cas pour le développement du système. Leur analyse a montré qu'il existe, dans certaines cliniques de réadaptation, des problèmes de délimitation des données aussi bien de coûts que de prestations.

Représentation actuelle:

L'examen des cas déficitaires a permis d'identifier des cas de figure avec une réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce à partir de 21 jours dans le DRG B90A «Maladies et troubles du système nerveux avec traitement complexe en unité de soins intermédiaires...». Un split du DRG B90A a été créé avec revalorisation des cas dans le DRG B90A «*Maladies et troubles du système nerveux avec réadaptation neurologique précoce à partir de 21 jours de traitement*» nouvellement établi.

Évaluation:

Des cas dans le domaine de prestations des traitements complexes de réadaptation précoce sont représentés de façon appropriée avec la structure tarifaire SwissDRG version 11.0.

#### 5. Médecine intensive en USI/U-IMC

Définition:

Ce domaine de prestation est représentable de façon claire et différenciée avec les codes CHOP et CIM.

Données:

Les données sont transmises à SwissDRG SA.

Représentation actuelle:

Des analyses approfondies ont montré des sous-rémunérations pour les cas avec un long séjour en USI dans la pré-MDC. Des revalorisations ciblées de ces cas de figure avec traitement complexe de soins intensifs > 1470/1656 points dans le 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 traitement complexe de soins intensifs > 1470/1656 points*» sans autre condition ont significativement amélioré la qualité de représentation. D'autres examens ont montré des faiblesses au niveau de la représentation de cas avec un court séjour en USI ou U-IMC. C'est pourquoi ces cas ont été revalorisés dans les DRG indiqués ci-dessous.

- Split du DRG E33Z avec «*Traitement complexe de soins intensifs ou en U-IMC > 184 points*»
- Split du DRG de base F86 en DRG F86A avec la condition «*Traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 119 points*»
- Établissement d'un nouveau DRG de base H37 «*Maladies et troubles du système hépatobiliaire et du pancréas avec traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196/184 points*»

- Revalorisation des cas avec une intervention pour «*Infections des os et des articulations*» ainsi qu'un court séjour dans une unité de soins intensifs/soins intermédiaires vers le DRG I12A
- Split du DRG I87Z avec la condition «*HMV > 24 h ou PCCL > 3 ou traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires, enfants > 196 points*».
- Revalorisation de procédures opératoires en lien avec un court séjour aux soins intensifs ou U-IMC dans le DRG J33Z nouvellement créé «*Procédure opératoire complexe en plusieurs temps ou procédure opératoire avec traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196/360 points*»
- Revalorisation des cas avec un court séjour aux soins intensifs/U-IMC dans le DRG R01A «*Interventions opératoires pour néoformations hématologiques et solides et plus d'un jour d'hospitalisation avec procédure complexe ou de complication et CC extrêmement sévères, ou intervention particulière ou traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 119 points*»

Évaluation:

SwissDRG SA estime que les cas dans le domaine des soins intensifs (USI et U-IMC) sont représentés de façon appropriée avec la structure tarifaire SwissDRG version 11.0.

## 6. Transplantations d'organes solides et de cellules souches hématopoïétiques

Définition:

Ce domaine de prestation est représentable de façon claire et différenciée avec les codes CHOP et CIM.

Données:

Les données sont transmises à SwissDRG SA.

Représentation actuelle:

En perfectionnant la matrice CCL et ainsi en donnant la possibilité d'établir des splits PCCL > 4 pour la représentation différenciée de cas très complexes, il a été possible d'atteindre une meilleure qualité du système également dans le domaine «transplantations». Les cas présentant les comorbidités les plus graves ont été revalorisés dans les DRG suivants:

- A04A «*Transplantation de moelle osseuse ou transfusion de cellules souches, allogène, âge < 18 ans ou avec traitement complexe d'agents infectieux multirésistants à partir de 14 jours de traitement ou traitement complexe de soins intensifs > 360 points ou avec CC les plus sévères*»
- A15A «*Transplantation de moelle osseuse ou transfusion de cellules souches, autologue, âge < 18 ans ou avec traitement complexe de soins intensifs > 360 points ou intervention multiple ou avec CC les plus sévères*»
- A17A «*Transplantation rénale avec défaillance postopératoire du greffon rénal ou âge < 18 ans ou transplantation AB0-incompatible ou avec CC les plus sévères*»

En outre, des cas avec transplantation cardiaque après implantation d'un VAD (*Ventricular assist device*) ont été revalorisés dans le DRG A05A «*Transplantation cardiaque ou pulmonaire...* » en lien avec les heures de ventilation artificielle ou des points de traitement complexe de soins intensifs particulier.

Par ailleurs, les cas ayant fait l'objet d'une évaluation en vue d'une inscription sur la liste d'attente pour transplantation ont été soumis à un examen qui a montré que les cas avec une évaluation complète et une réévaluation pour une transplantation cœur-poumons sont correctement représentés. De meilleures possibilités de représentation ont été créées pour les cas avec une évaluation en vue d'une inscription sur la liste d'attente pour les transplantations

hépatiques, réévaluation, dans le DRG H61A et le DRG de base H63, pour les transplantations du pancréas, évaluation complète, dans le DRG K60A, ainsi que pour les transplantations cardiaques, évaluation complète et réévaluation, dans les DRG F49B, F69B.

Évaluation:

Les transplantations d'organes solides ainsi que de cellules souches hématopoïétiques sont représentées de façon adéquate avec la version SwissDRG 11.0.