

# **8e Séance d'information**

## **SwissDRG - Version 5.0 / 2016**

**24 juin 2015**

**Inselspital Berne**

# SwissDRG – Version 5.0 / 2016

- 1. Base des données**
2. Développement du Groupes
3. Analyses rémunération des high-outliers
4. Résultats

# Données pour le développement du système SwissDRG 5.0 / 2016

- Données de l'année 2013
- Exclusion des cas de réadaptation et de psychiatrie, inclus médecine palliative
- Codage selon CHOP 2013 et ICD-10 GM 2012
- Données médicales et données de coûts des hôpitaux
- Données de la Statistique médicale pour l'ensemble des hôpitaux Suisses
- Relevé détaillé des coûts des médicaments, procédures et implants onéreux

# Base des données SwissDRG Version 5.0 / 2016

## Nombre d'hôpitaux

Année de données	2013	2012	2011	2010
Hôpitaux de réseau	<b>112</b>	102	68	50
Total des hôpitaux	<b>190</b>	197	204	161*

- Suppression totale de 22 hôpitaux, dont 4 qui livrent pour la 1ère fois
- \* Hôpitaux sans typologie K234 et K235
- La typologie de l'hôpital ne permet pas d'identifier avec certitude les cas situés dans le champ d'application de SwissDRG

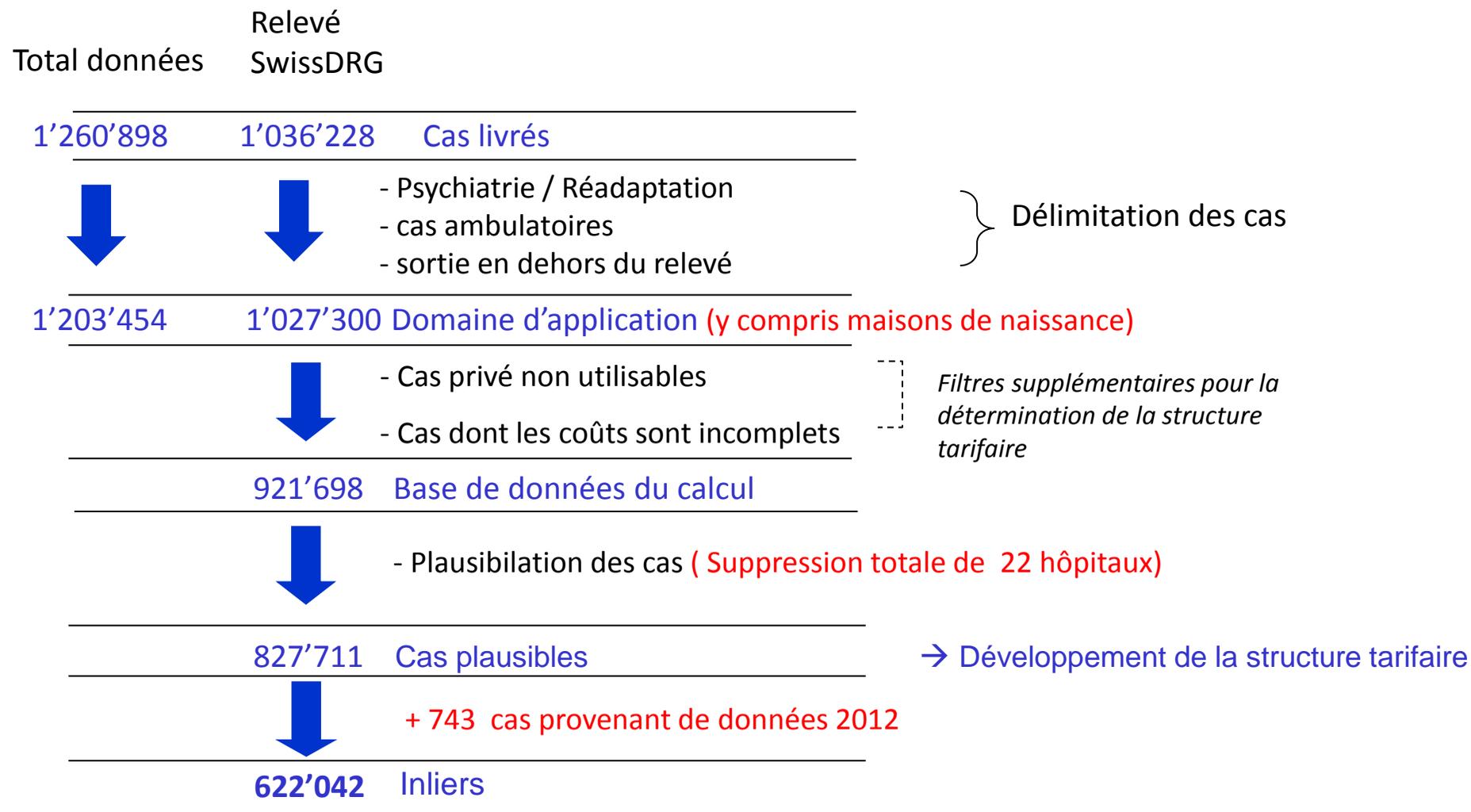
# Données SwissDRG Version 5.0 / 2016

## Nombre de cas livrés

Année de données	2013	2012	2011	2010
Structure tarifaire	SwissDRG 5.0	SwissDRG 4.0	SwissDRG 3.0	SwissDRG 2.0
Données Hôpitaux de réseau	<b>1'027'300</b>	980'450	778'808	609'938
Total	<b>1'203'454</b>	1'214'220	1'202'557	1'158'242
Echantillon	<b>85.4%</b>	80,7%	64,7%	52,7%

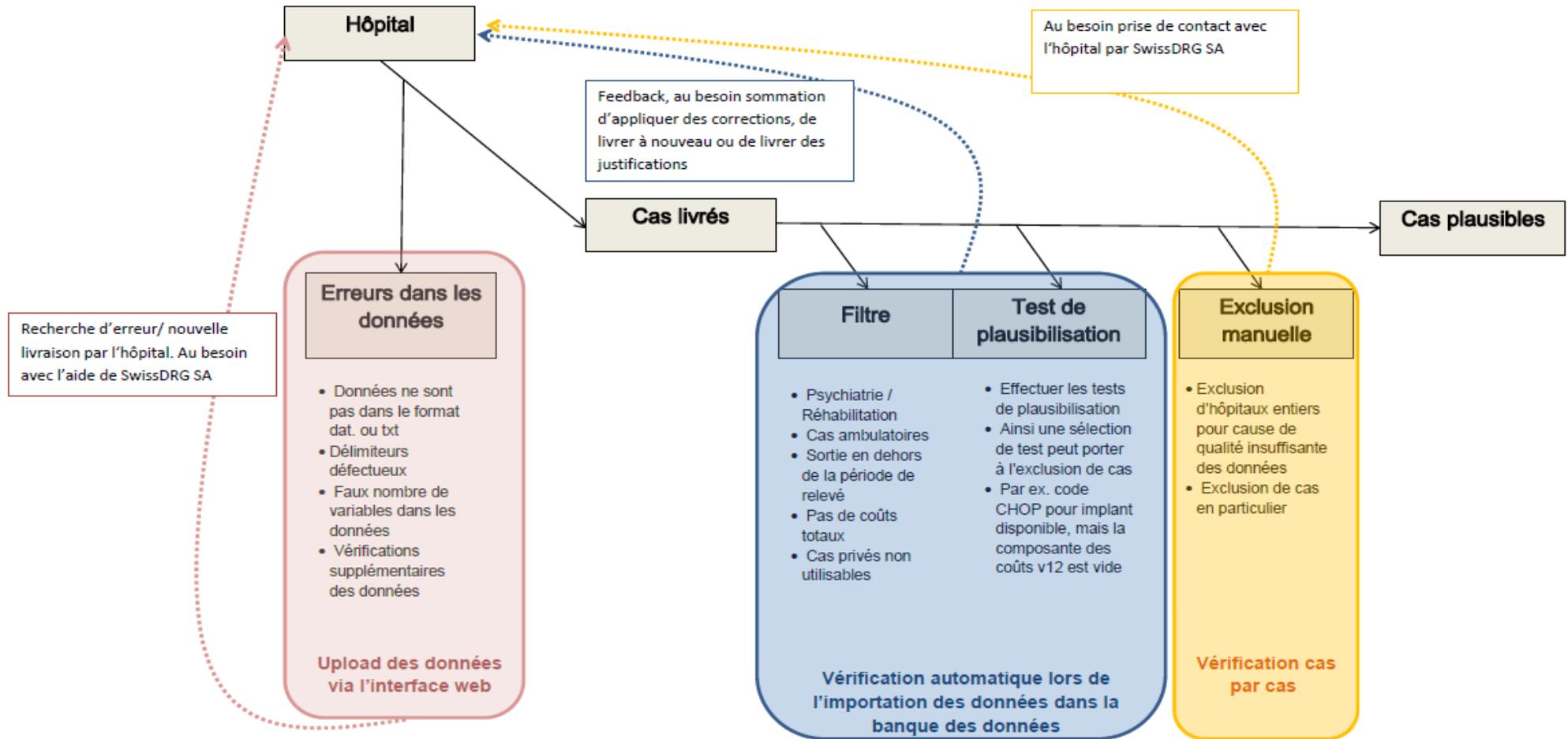
# Données pour le développement du système

## Aperçu de l'érosion des données



Source: données 2013, relevé 2014

# Base de données pour le développement du système - Exclusion de cas



# Base de données pour le développement du système DRG

## Exclusion de cas

Cas/hôpitaux exclus en comparaison des années 2011 à 2013

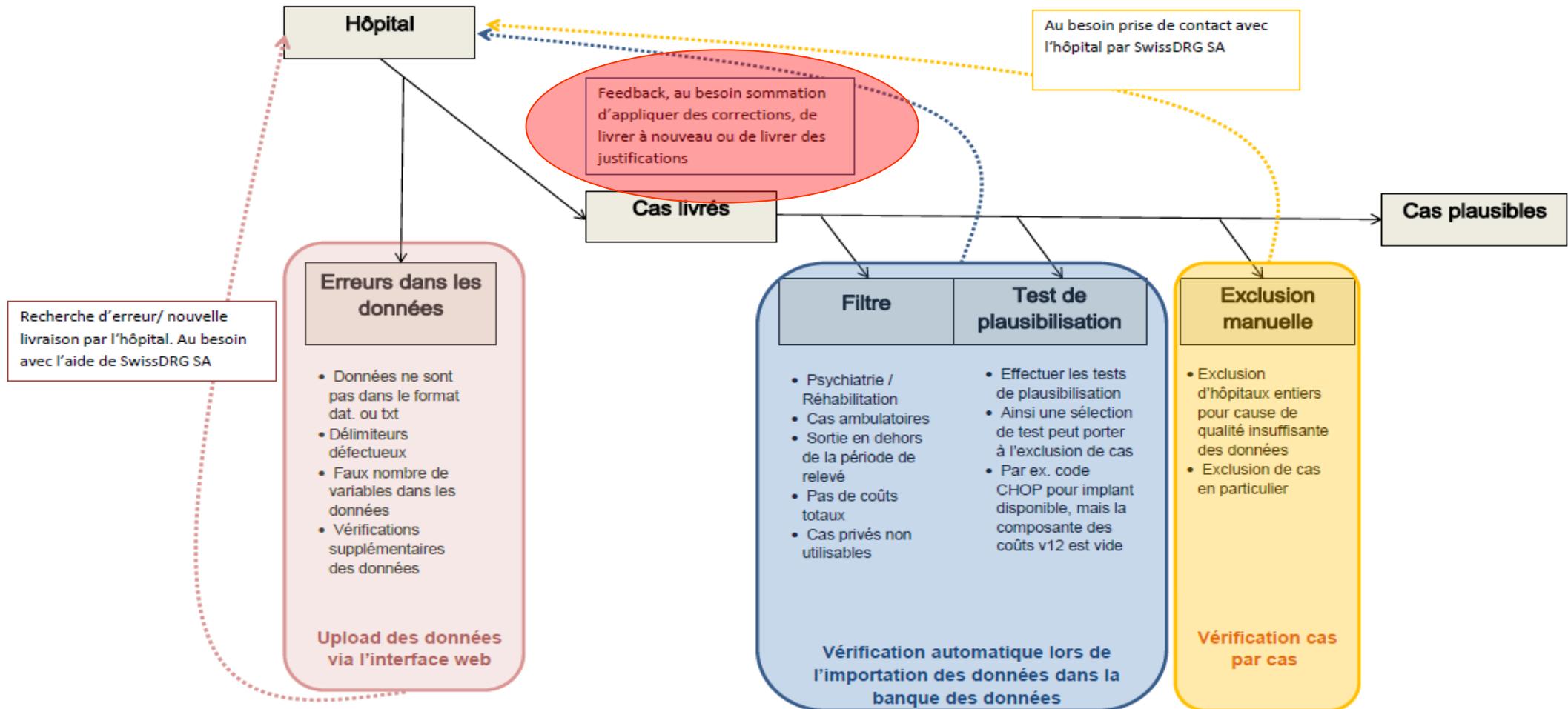
- **2013: 20.1%** des **cas** supprimés, 22 sur 112 **hôpitaux** supprimés **(19.6%)**
- **2012: 17.5%** des **cas** supprimés, 6 sur 102 **hôpitaux** supprimés **(5.9%)**
- **2011: 23.6%** des **cas** supprimés, 5 sur 68 **hôpitaux** supprimés **(7,4%)**

# Relevé – feedback définitif

## Cas utilisés par hôpital

Exemple: Feedback definitive	Nombre	Pourcentage [%]
<b>Ensemble des cas livrés:</b>	<b>9'600</b>	<b>100%</b>
- Cas utilisés	8'700	90.6%
- Cas non utilisés	900	9.4%
<b>Total des cas non utilisés:</b>	<b>900</b>	<b>100%</b>
- Cas en dehors du champs d'application	300	33.3%
- Cas exclus par l'examen de plausibilisation	450	50.0%
- Cas exclus par l'examen cas par cas	140	15.6%
- Cas exclus pour administration non plausible de médicaments	10	1.1%

# Base de données pour le développement du système Relevé – feedback



# Relevé – Feedback

## Exemple I du relevé 2015

Test	Résultat	Description	Attention	Remarques SwissDRG SA
pc46	2	Nombre de cas avec code CHOP pour endoscopie et les coûts pour le diagnostic médical et thérapeutique < 50 CHF (v28):	Les cas défectueux ne sont pas utilisés pour le calcul!	Veillez contrôler et si possible corriger

### Remarques possibles des hôpitaux:

- Les cas ont été corrigés. Nouvelle livraison suit.
- La prestation est achetée auprès de l'hôpital XY. Coûts sur V19.
- Cas défectueux, ne peuvent être corrigés pour des raisons techniques.
- Les cas sont corrects, Les coûts sont dans contenus dans la variable Vxy.

# Relevé – Feedback

## Exemple II du relevé 2015

v46v01	DRG	Test	Description	Attention
100001	XYZZ	pc46	Nombre de cas avec code CHOP pour endoscopie et les coûts pour le diagnostic médical et thérapeutique < 50 CHF (v28):	Endoscopie intra opératoire, SO ou salle de réveil, coûts comptabilisés sur L23 et L20; temps d'incision-suture (TIS) et temps d'occupation de la salle

### Remarques possibles des hôpitaux:

- Endoscopie intra opératoire, SO ou salle de réveil, coûts comptabilisés sur L23 et L20; temps d'incision-suture (TIS) et temps d'occupation de la salle.  
→ Cas correct.
- Cas défectueux → corrigé et livré une nouvelle fois.

# Relevé – Feedback

## Conclusion

- La plausibilisation automatisée contribue à reconnaître des fautes systématiques dans la saisie des données.
- Pas tout les cas qui sont exclus par les tests sont défectueux.
- Les feedbacks des hôpitaux aident à identifier les cas corrects, ainsi ils peuvent être utilisés pour le développement de la structure tarifaire.
- Avec les feedbacks des hôpitaux les tests peuvent être adaptés, élargis et améliorés.

# Relevé - Etendue de la livraison des données Médicaments / implants / procédures onéreuses

## Médicaments chers dans la statistique médicale

- 75 (53 en 2012) hôpitaux

## Relevé détaillé

- 53 (26 en 2012) hôpitaux avec coûts pour médicaments chers
- 33 (19 en 2012) hôpitaux avec coûts pour implants onéreux
- 15 (12 en 2012) hôpitaux avec coûts pour procédures onéreuses

# Relevé- problèmes Médicaments

- Manque d'indications en général (type d'administration, unité etc.)
- Transmission de fausses unités
- Transmission de médicaments, qui ne sont pas (plus) sur la liste
- Les quantités administrées de médicaments identiques ne sont pas toujours additionnées par cas.

# Relevé- problèmes

## En général

- Le nombre de médicaments n'est pas toujours identique dans la statistique médicale et le relevé en détail.
- La „liste des médicaments/substances à saisir dans la statistique médicale “ exige le prix d'achat par unité.  
→ transmis sont par ex. le prix par unité d'emballage, le prix pour de fausses unités etc.
- Les prix sont transmis en partie avec la TVA et/ou autres coûts.
- L'éventail des coûts livrés est en partie très grand.  
→ Les remarques dans les relevés en détail et le feedback des hôpitaux sont très importants.

# Relevé en détail– Feedback

- La plausibilisation du relevé en détail ne doit pas être prise comme une critique des prix livrés.
- La plausibilisation sert à vérifier des données frappantes.
- Le Feedback des hôpitaux est important pour élargir la base des données pour le calcul des rémunérations supplémentaires.

# SwissDRG – Version 5.0 / 2016

1. Base des données
- 2. Développement du Grouper**
3. Analyses de la rémunération des high-outliers
4. Résultats

# Axe de temps du développement de la structure tarifaire

## 2015

**Version**

Version catalogue  
2013/2016

Version de  
planification I  
2014/2016

Version de  
planification II  
2015/2016

Version de  
tarification  
2016/2016

**Publication**

05 juin 2015

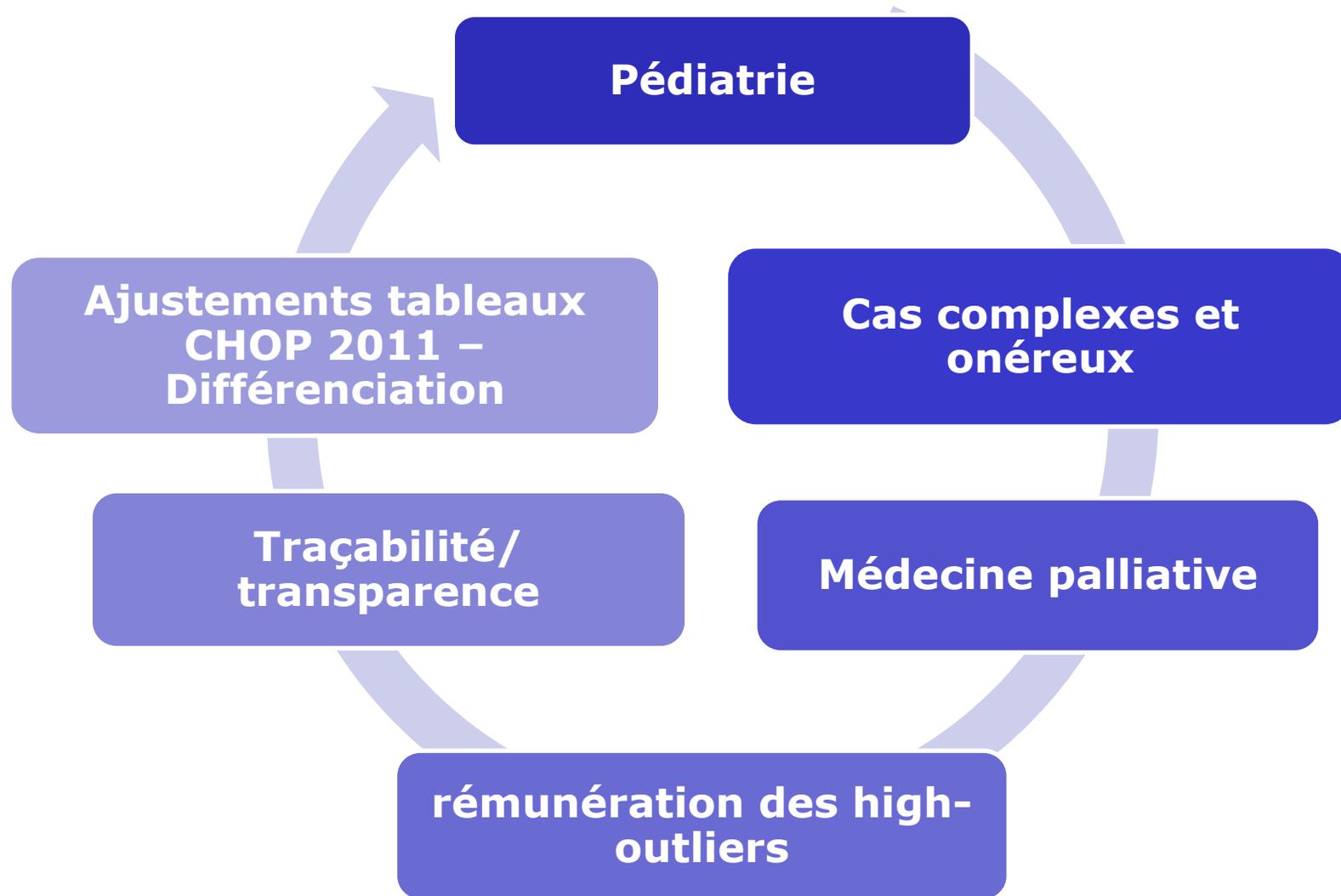
26 juin 2015

28 août 2015

28 nov. 2015

# SwissDRG 5.0 / 2016

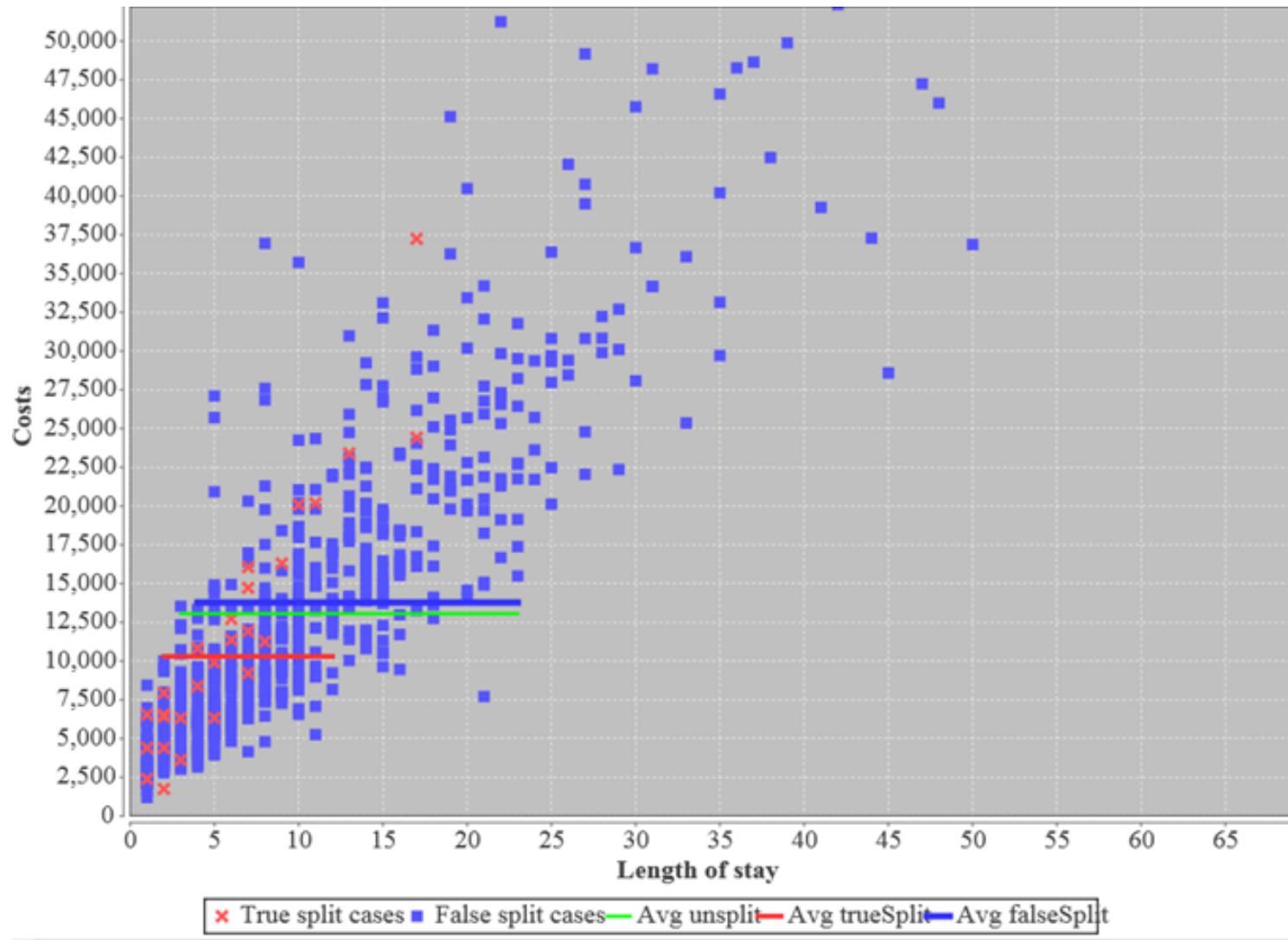
## Points forts du développement



# Modification de la classification DRG Pédiatrie

- Examen systématique de tous les DRG en vue d'un split enfants possible à cause de
  - Coûts plus élevés des cas d'enfants
  - Durée de séjour nettement inférieur des enfants; reçoivent plus de suppléments
- 47 split enfants effectués (>1000 simulations)

# Modification de la classification DRG- Split enfants DRG T01C



## Modification globale MDC de la classification DRG – split enfants 5

DRG	Texte
I30A	Interventions complexes au genou, âge < 16 ans
I68D	Affections et blessures dans la région de la colonne vertébrale traitées de manière non opératoire, plus d'un jour d'hospitalisation, âge < 16 ans
I69A	Maladies des os et arthropathies spécifiques, âge < 16 ans
I75B	Blessures graves aux extrémités supérieures et inférieures ou inflammations de tendons, muscles et bourses séreuses, âge < 16 ans
J61C	Affections sévères de la peau, plus d'un jour d'hospitalisation, âge < 16 ans
J64B	Infection / inflammation de la peau et du tissu sous-cutané, âge < 16 ans
K60E	Diabète sucré, âge < 16 ans
K63A	Maladies métaboliques congénitales, plus d'un jour d'hospitalisation, âge < 16 ans ou CC extrêmement sévères

# Modification de la classification DRG Pédiatrie

## Traitement complexe en soins intensifs de l'enfant «SAPS-enfants»

- Jusqu'ici à niveau égal avec les points SAPS adultes
- Examen systématique de la représentation des enfants traités en soins intensifs

## Modification

- Les enfants traités en soins intensifs atteignent avec moins de points SAPS les DRG correspondants.

# Modification de la classification DRG

## Nouveaux-nés MDC 15

### Problème:

- Des cas surtout dans les DRG P66B, C et P67B, C non homogènes dans les coûts

### Modification:

- Précision de la définition des fonctions «problème autre chez le nouveau-né» et «problème grave chez le nouveau-né»
- Ajustement des tableaux et élargissement des fonctions

# Modification de la classification DRG

## Nouveaux-nés MDC 15

### Exemples de modification:

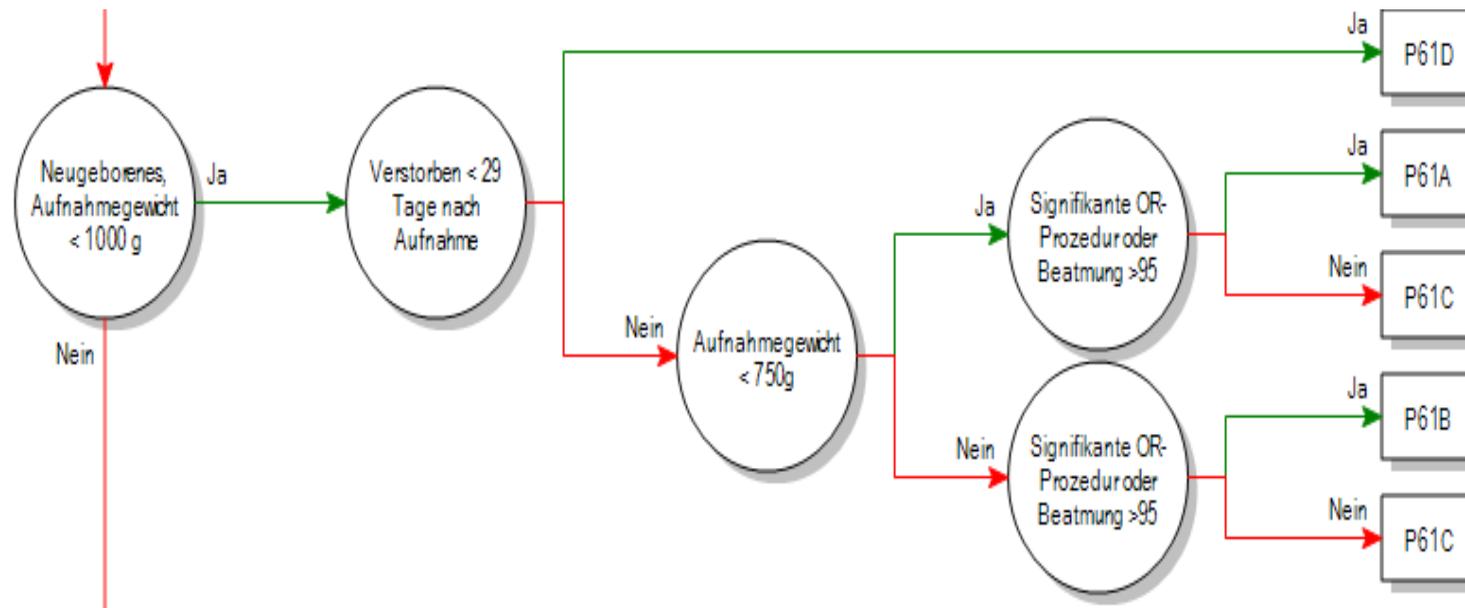
- Elimination ICD P21.1 «Asphyxie obstétricale légère ou modérée» et P21.9 «Asphyxie obstétricale, sans précision» dans la fonction «problème autre chez le nouveau-né»
- Insertion de ICD Q21.80 «Autres malformations congénitales des cloisons cardiaques» et Q25.5 «Atrésie de l'artère pulmonaire» dans la fonction «problème grave chez le nouveau-né»
- Insertion ICD P91.2 «Leucomalacie cérébrale néonatale»; P91.5 «Coma du nouveau-né»; P91.6 «Encéphalopathie anoxo-ischémique [hypoxique ischémique] du nouveau-né»; P91.80 «Syndrome d'enfermement et syndrome apallique chez le nouveau-né» dans la fonction «problème grave chez le nouveau-né»

# Modification de la classification DRG Nouveaux-nés MDC 15

## Problème:

- Jusqu'ici une représentation à part des cas avec un poids d'admission < 750g n'était pas possible pour cause d'un nombre de cas insuffisant

## Modification:



# Modification de la classification DRG Pré-MDC

## Traitement complexe en médecine palliative

### Jusqu'ici:

- Allocation des cas selon le diagnostic principal dans MDC
- RS échelonnée selon la durée du traitement complexe

### Problème:

- Les cas avec un durée de séjour divergente en comparaison avec les autres cas des DRG sans traitement complexe de médecine palliative
- Consommation de ressources déterminée par le développement du traitement, soins etc.

→ Rémunération en partie nettement insuffisante

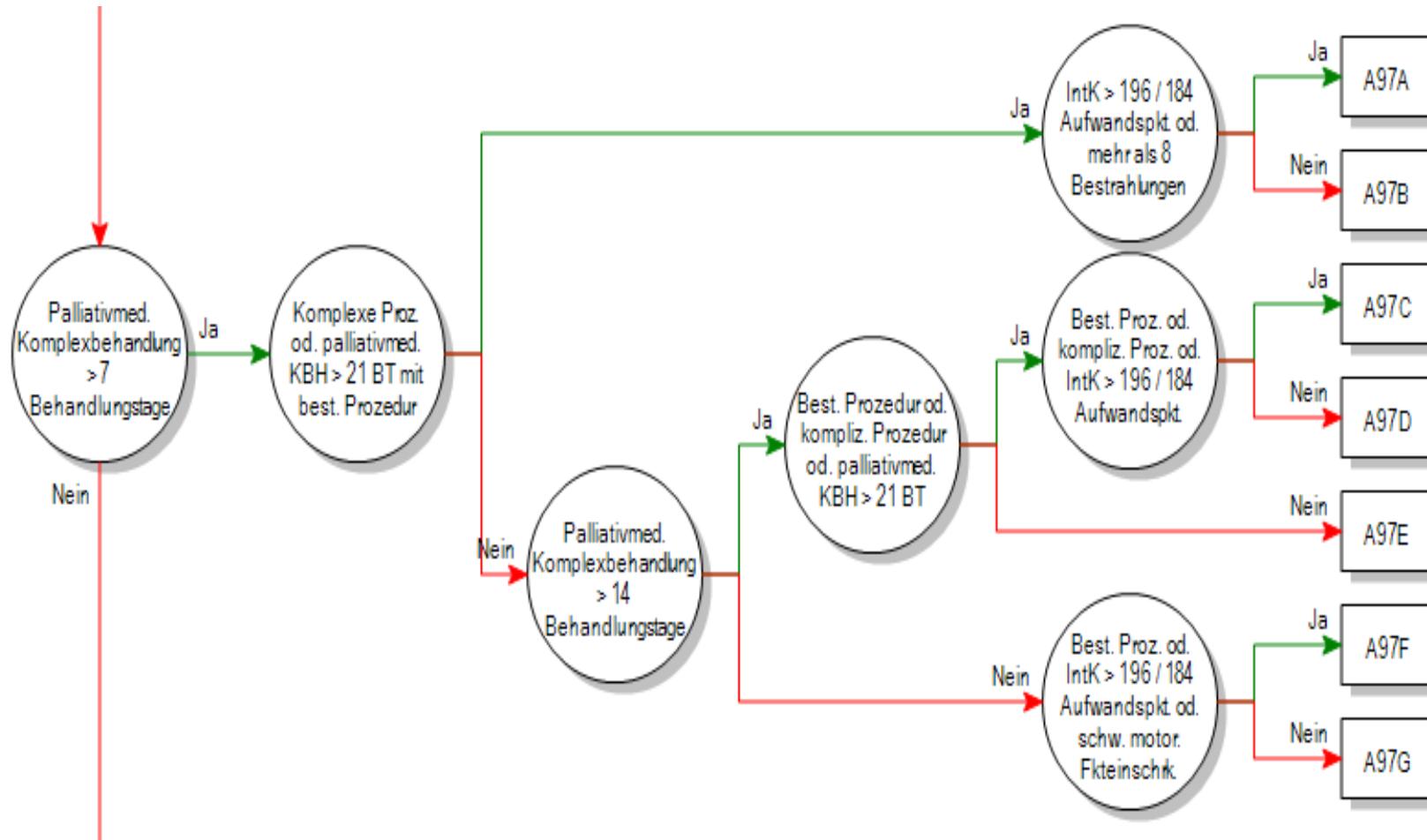
# Modification de la classification DRG Pré-MDC

## Traitement complexe en médecine palliative

- Vastes simulations pour la représentation des cas de médecine palliative
  - Discussions intenses sur la situation dans le groupe de travail médecine palliative
  - Modification complexe avec instauration d'un nouveau DRG de base indépendamment du diagnostic principal dans Pré-MDC «Traitement complexe en médecine palliative> 7 jours de traitement»
  - Plus de rémunération supplémentaire
- Précision de la représentation nettement améliorée

# Modification de la classification DRG Pré-MDC

## Traitement complexe en médecine palliative



# Aperçu de la procédure de demande

	<u>2014</u>	<u>2013</u>
• Nombre de demandes DRG:	131	163
<b>→ mises en œuvre:</b>	<b>40</b>	72
• Nombre de simulations (Demandes / e-mails):	2421	1442
<b>→ Mises en œuvre:</b>	<b>539</b>	<b>470</b>

# Modification de la classification DRG

## Maladies et troubles du système nerveux MDC 01

### Jusqu'ici:

- Cas dans le DRG de base B20 «Craniotomie ou grande opération de la colonne vertébrale...» non homogènes dans les coûts

### Nouveau:

- Revalorisation des cas de hémorragie cérébrale; ICD: I60.-; I61.-
- Attribution de ces cas au DRG B20A «Craniotomie ou grande opération de la colonne vertébrale avec procédure complexe, âge < 16 ans ...»
- Revalorisation des cas avec décompression microvasculaire de la racine du nerf trijumeau; CHOP 04.41 «Décompression de la racine du nerf trijumeau»

# Modification de la classification DRG

## Maladies des yeux MDC 02

### Jusqu'ici:

- Cas avec un contenu presque identique représentés dans divers DRG de base
  - C07Z «Autres interventions en cas de glaucome avec extraction extracapsulaire du cristallin (EEC) »
  - C19Z «Autres interventions en cas de glaucome sans extraction extracapsulaire du cristallin (EEC) »

### Modification:

- Rassembler ces cas dans le DRG de base C07 «Autres interventions en cas de glaucome»

→ Représentation claire et compréhensible de ces cas

# Modification de la classification DRG

## Maladies des yeux MDC 02

### Problème:

- Code CHOP 13.41 «Phacoémulsification et aspiration de cataracte» assigné au DRG C20Z «Autres interventions sur la cornée, la sclère et la conjonctive, interventions sur la paupière ou diverses interventions sur le cristallin »
- Codage supplémentaire du code CHOP 13.71 «Toute insertion simultanée de pseudocristallin (13.71)» déclenche le DRG C08B «Extraction extracapsulaire du cristallin (EEC)»

→ Rémunération inférieure lors de plusieurs prestations

# Modification de la classification DRG

## Maladies des yeux MDC 02

### Nouveau:

- Modification complexe de la DRG de base:
- C03 «Interventions sur la rétine avec vitrectomie par la pars plana et autres procédures complexes, avec extraction extracapsulaire du cristallin (EEC)»
- C04 «Transplantation de cornée»
- C07 «Autres interventions en cas de glaucome»
- C08 «Extraction extracapsulaire du cristallin »
- C20 «Autres interventions sur la cornée, la sclère et la conjonctive, interventions sur la paupière ou diverses interventions sur le cristallin »

# Modification de la classification DRG

## Maladies de l'appareil respiratoire MDC 04

### Problème selon la demande:

- Lors de certaines constellations les rémunérations sont inférieures pour plusieurs prestations, par ex. grande intervention sur le thorax avec radiothérapie.

→ Modification complexe de la DRG de base:

1. Attribution de tous les cas avec radiothérapie, mais sans OR ou ventilation artificielle, directement dans
  - E08 «radiothérapie pour maladies et troubles de l'appareil respiratoire»  
Split A maintenant CC extrêmement sévères ou diagnostic de complication
2. Les cas de radiothérapie avec interventions complexes ou avec ventilation artificielle vont dans
  - E01 «interventions de révision, lobectomie bilatérale, résections pulmonaires étendues et autres interventions complexes sur le thorax»

# Modification de la classification DRG

## Maladies de l'appareil respiratoire MDC 04

- Ajustement des tableaux de procédures du DRG E05 et ainsi du DRG E01A des interventions à moindres coûts
  - Par ex. CHOP 39.31.99 «Suture d'artère, autre»; 34.59.00 «Autre excision de la plèvre, SAP.»
- Représentation adéquate de cas avec diagnostic de complication

# Modification de la classification DRG

## Maladies de l'appareil circulatoire MDC 05

### Problème:

- Les cas avec ICD «Arrhythmie grave et arrêt cardiaque» ne sont pas représentés de façon adéquate dans MDC 05
- Les diagnostics sont jusqu'ici attribués aux DRG de base F60 «Infarctus du myocarde aigu sans actes diagnostiques cardiologiques invasifs» et F67 «Hypertension»

### Modification:

- Création d'un nouveau DRG de base F70 «Arythmie sévère ou arrêt cardio-circulatoire, plus d'un jour d'hospitalisation»
  - Condition de split du F70A «avec CC extrêmement sévères»
- Représentation différenciée des cas

# Modification de la classification DRG

## Maladies de l'appareil circulatoire MDC 05

### Problème selon demande:

- Grand nombre de cas non homogènes dans les coûts dans DRG F73Z «Syncope et collapsus»

**Modification:** Nombre et degré de gravité des diagnostics secondaires se sont relevés comme séparateur de coûts, donc

- Split du DRG; condition de split «avec CC extrêmement sévères»

→ Revalorisation de ces cas

# Modification de la classification DRG

## Maladies des organes digestifs MDC 06

### Jusqu'ici:

- Grand nombre de cas dans les DRG de base G72 «Autres affections bénignes à modérées des organes digestifs ou douleur abdominale ou adénite mésentérique» et G67 «Div. maladies des org. digestifs ou hémorragie gastro-intestinale, avec CC sévères plus d'un jour d'hospitalisation», cependant non homogènes dans les coûts

### Nouveau:

- Modification complexe avec nouvelle attribution de quelques diagnostics principaux, par ex. revalorisation des cas avec ICD A04.7 «Entérocolite à Clostridium difficile»
- Split du DRG G67A; nouvelle condition de split: hémorragie ulcéreuse ou perforation ou entérocolite

# Modification de la classification DRG

## Maladies du système hépatobiliaire et du pancréas MDC 07

- Condensation au sein du DRG de base H02 «Interventions complexes sur la vésicule biliaire et les voies biliaires» par manque de différenciation de coûts

H02A, H02B  H02Z «Interventions complexes sur la vésicule biliaire et les voies biliaires»

## Condensation lors de manque de différenciation des coûts

### Exemple appendicite:

K35.2 Appendicite aiguë avec péritonite généralisée

K35.3 Appendicite aiguë avec péritonite localisée

K35.8 Appendicite aiguë, sans précision

Presque toutes les appendicites ont comme DP appendicite aiguë avec péritonite avec des courtes durées de séjour.

Résultat: pas de différence de coûts lors d'évolution grave avec péritonite versus appendicite normale.

→ Condensation des DRG

Les cas onéreux avec péritonite ne sont alors plus rémunérés de façon adéquate.

# Modification de la classification DRG

## Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique

### MDC 08

#### **Jusqu'ici:**

- Des cas au contenu similaire sont représentés dans différents DRG de base DRG I16Z «Autres interventions sur l'épaule ou la clavicule» et DRG I29Z «Interventions complexes sur l'articulation de l'épaule»

#### **Nouveau:**

- Fusion de ces cas dans un DRG de base I29 «Interventions complexes sur l'articulation de l'épaule»
- Puis split du I29Z et précision de la condition de split du DRG I29A pour des cas coûteux

→ Représentation claire et compréhensible de ces cas

# Modification de la classification DRG

## Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique

### MDC 08

#### Problème:

- Cas au contenu similaire représentés dans divers DRG de base
  - I09A/B/C «Fusion de corps vertébraux.....»
  - I19A/B «Fusion complexe de corps vertébraux sans CC extrêmement sévères.....»

#### Modification:

- Fusion de ces cas dans un DRG de base I09 «Fusion de corps vertébraux»
- Précision des conditions de split, nouvelle attribution des codes de procédure, dissolution du I19A/B

# Modification de la classification DRG

## Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique MDC 08



### Problème:

- Codage inconsistant de la résection femoro-acétabulaire Impingement (Pincer, CAM) avec /sans fixation du Labrum  
→ FAQ 01.01.2015

### Modification:

- Modification et examen de l'attribution CHOP
  - Modification du I21Z «Interventions particulières sur l'articulation de la hanche et le fémur....» en I21A/B/C «Interventions particulières sur l'articulation de la hanche et le fémur..... avec CC extrêmement sévères»; «...avec intervention complexe »
- Revalorisation des codes de procédures correspondants et ainsi une attribution adéquate

# Modification de la classification DRG

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

### Problème:

- Reconstruction mammaire avec lambeau cutané pédiculé et anastomose microvasculaire n'est pas représenté de façon adéquate

### Causes:

- Compression dans l'imputation des coûts; souvent saisie des coûts opératoires par le facteur TARMED en relation avec le temps d'incision-suture (TIS)
  - Codage analogue pour le DIEP-Flap restait en partie ignoré
- Après contact avec la société de discipline médicale, livraison de données pendant l'année en cours, un calcul plus exacte est possible

# Modification de la classification DRG

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

### Modification:

- Attribution des codes pour la reconstruction mammaire avec lambeau cutané pédiculé et anastomose microvasculaire dans le DRG J01Z  
«Transplantation de tissu avec anastomose microvasculaire lors d'affections de la peau, du tissu sous-cutané et de la glande mammaire, pour néoformation maligne»

→ Revalorisation de ces cas

## Modification de la classification DRG

### Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques MDC 10

- Condensation suite au manque de différences de coûts dans le DRG de base K15 «Radiothérapie pour maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques, plus d'un jour d'hospitalisation»
- Jusqu'ici K15C - radio-iodothérapie peu complexe

Condensation K15C, K15D  $\longrightarrow$  K15C

«Radiothérapie pour maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques, ..., avec radio-iodothérapie»

→ Enregistrement des coûts souvent incomplet des thérapies/procédures de médecine nucléaire.

# Modification de la classification DRG

## Grossesse, naissance et suites de couches MDC 14

### Problème:

- Les cas avec ICD O63.-; O75.5 «Travail prolongé» dans le DRG O60D «Accouchement par voie basse» ne sont pas représentés de façon adéquate

### Modification:

- Insertion du code dans la condition de split du DRG O60C «Accouchement par voie basse ou diagnostic de complication moyen»

→ Revalorisation des cas avec déroulement en travail prolongé

# Modification de la classification DRG

## Grossesse, naissance et suites de couches MDC 14

### Problème:

- Représentation insuffisante de certaines procédures onéreuses lors d'accouchements par voie basse

### Modification:

- Une durée de grossesse différente n'entraîne pas une séparation des coûts dans le split A
- Modification complexe du DRG de base O02 «Accouchement par voie basse avec procédure opératoire de complication» avec insertion des procédures pour interventions endovasculaires
- Split du DRG O02A «Accouchement par voie basse avec procédure opératoire de complication, avec thérapie intra-utérine traitement complexe de soins intensifs > 119 points ou procédure de complication ou procédure complexe»

→ Revalorisation évidente des cas

# Modification de la classification DRG

## Maladies psychiques MDC 19

### Problème:

- Identification de cas onéreux dans le DRG U61Z «Troubles schizophrènes, hallucinatoires et troubles psychotiques aigus»

### Modification:

- Split du DRG avec revalorisation des cas avec thérapie par électrochoc ou soins intensifs médicaux complexes

## Considérations générales

**Toutes procédures diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les produits médicaux et les médicaments qui ne font pas l'objet de rémunérations supplémentaires sont intégrés dans le calcul des cost-weights !**

Exception : prestations pour les transplantations de cellules souche et organes solides réglées par des contrats entre H+ et la SVK

- En règle générale, au-delà d'un seuil d'introduction, les médicaments sont représentés selon des classes de dosage (la quantité de dosage est additionnée dans le cas)
- Le coût des produits situés au-dessous du seuil d'introduction est intégré dans le calcul des cost-weights

# Modification de la classification DRG

## Rémunérations supplémentaires

### 1. Complément de la liste de diagnostics «Maladie hémorragique congénitale ou acquise» pour RS «coagulation»

D82.0 «syndrome de Wiskott-Aldrich»

M31.1 «Microangiopathie thrombotique»

P53 «Maladie hémorragique du fœtus et du nouveau-né»

P60 «Coagulation intravasculaire disséminée chez le fœtus et le nouveau-né»

P61.0 «Thrombopénie néonatale transitoire»

Pas d'admission des codes O dans le tableau, vu qu'ils sont non pas assez spécifiques. Mais: lors d'un trouble de la coagulation un code D68 peut être codé avec un code O (l'exclusion n'est pas appliquée dans ce cas).

# Modification de la classification DRG

## Rémunérations supplémentaires

2. Etablissement de nouvelles rémunérations supplémentaires
  - Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin
  - Micafungin
  - Ustekinumab
  - Eculizumab
  - Erlotinib
  - Sunitimib
  - Panitumumab
  - Abatacept

# Modification de la classification DRG

## Rémunérations supplémentaires

- Coils évalués de façon différenciée selon leur localisation (intracrânienne et extra crânienne (tête, cou), spinale/périphérique)
  - Aphérèses évalués de façon différenciée selon la procédure
3. Etablissement de formes d'application différenciées pour des rémunérations supplémentaires existantes
- Autrement risque de sur- ou sous-rémunération en maintenant les RS indépendamment de leur forme d'application
- Nouvelles rémunérations supplémentaires pour:
- Rituximab sous-cutanée
  - Abatacept sous-cutanée
  - Trastuzumab sous-cutanée

# Révision des textes DRG

## Problème:

- Simplification des textes DRG :

Version 4.0: Interventions sur l'humérus, le tibia, le péroné et la cheville, avec intervention multiple, intervention bilatérale particulière, procédure complexe ou diagnostic complexe

Version 5.0: Interventions sur l'humérus, le tibia, le péroné et la cheville

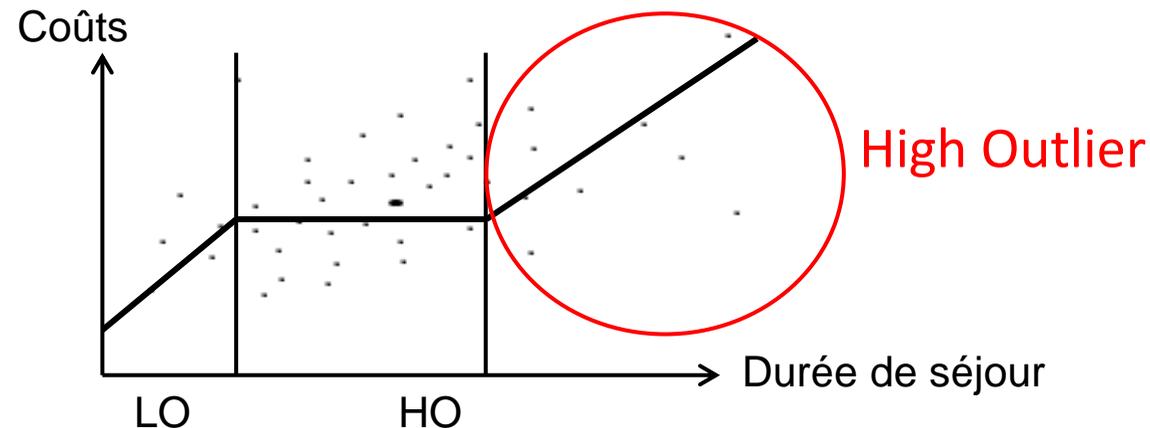
- L'information sur le total des cas d'un DRG se trouve dans le manuel de définitions.
- Les noms des DRG ne servent que de référence - ils ne sont pas exhaustifs et servent seulement d'aide à l'orientation.

# SwissDRG – Version 5.0 / 2016

1. Base des données
2. Développement du Groupes
- 3. Analyses rémunération des high-outliers**
4. Résultats

# Rémunération High Outlier

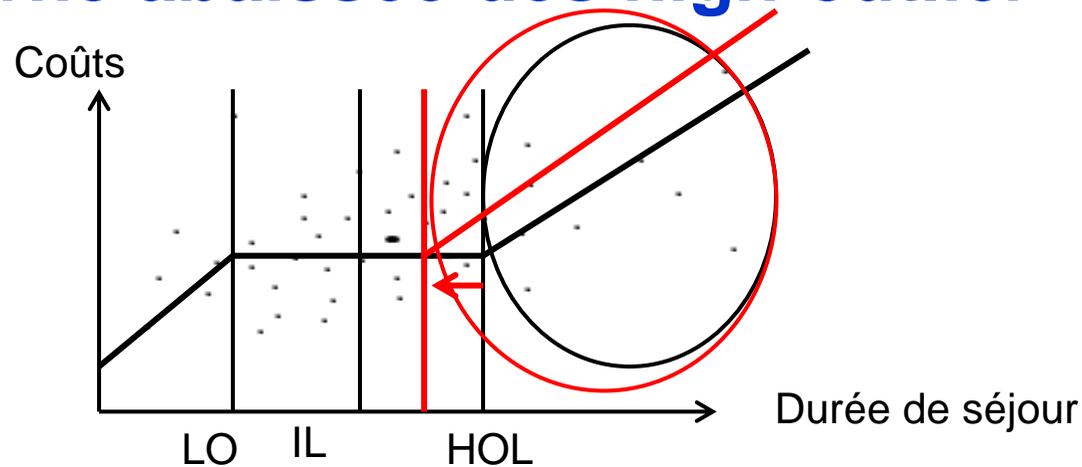
- **Problème:** rémunération basse des High Outlier, spécialement pour des cas hautement complexes.



- **Approches pragmatiques:**
  - 1. Borne abaissée des high-outlier (nouveau)
  - 2. Examen des composants de coûts (nouveau)
  - 3. Calcul alternatif du supplément high-outlier (jusqu'ici)

# Rémunération High Outlier:

## 1. Borne abaissée des high-outlier



Ajustement du calcul de la borne supérieure de durée de séjour

$$HOL^{\circ} = \text{round} ( \min [ mVWD + 2 * sdVWD ; mVWD + 17 ] )$$

$$HOL' = \text{round} ( \min [ \quad \quad \quad ; \quad \quad \quad + 16 ] )$$

$$\dots = \dots$$

$$HOL'''' = \text{round} ( \min [ \quad \quad \quad ; \quad \quad \quad + 13 ] )$$

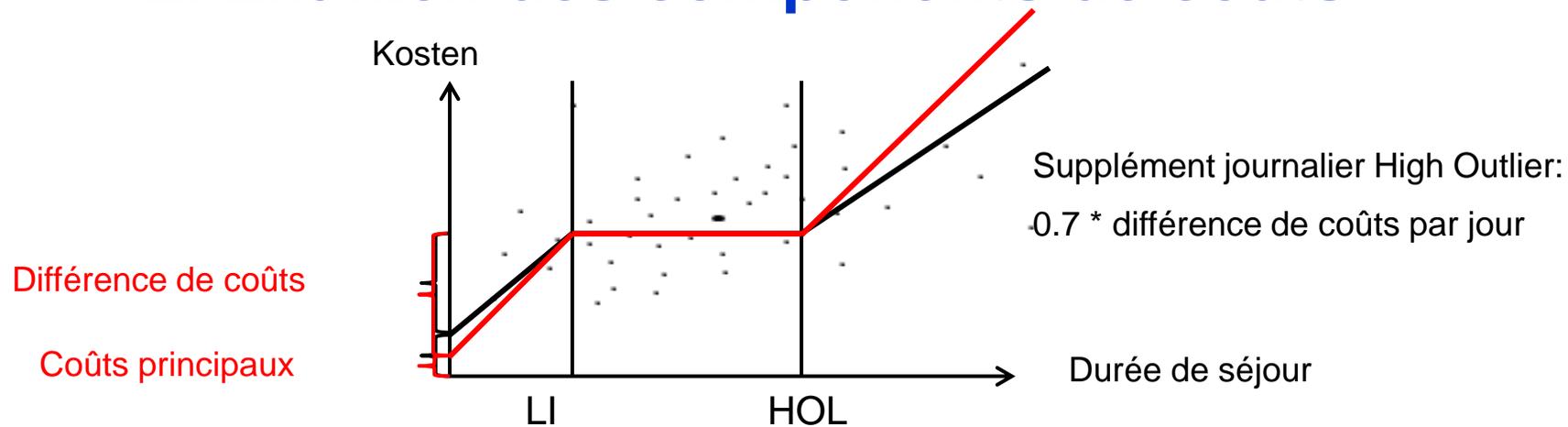
°La borne high-outlier (HOL) correspond à la somme des inliers et du double de l'écart type de la durée de séjour, à moins qu'elle ne dépasse un écart fixé de 17 jours.

# Rémunération High Outlier: 1. Borne abaissée HO DRG

- Nombre de High Outlier augmente de HO 17 à HO'''' 13 de 3.6%
- Degré de couverture High Outlier augmente de HO 17 à HO'''' 13 de 1.9%
- **Pas d'adaptation de la méthode**

# Rémunération High Outlier:

## 2. Examen des composants de coûts

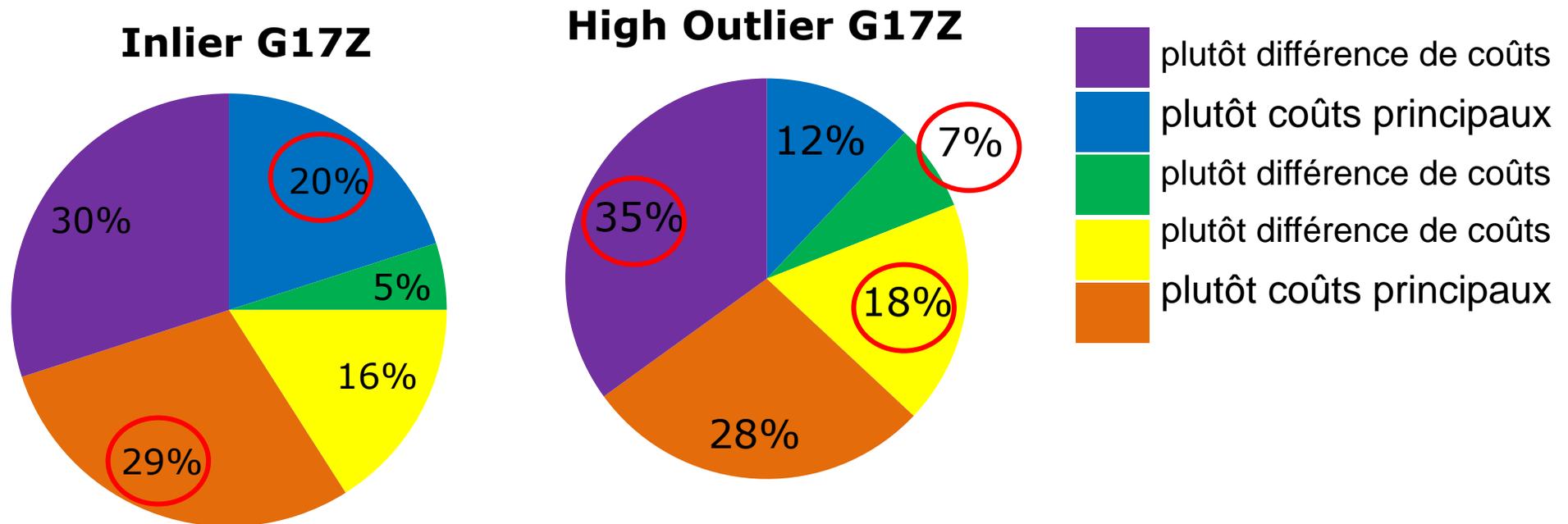


- Components de coûts v10 – v39
  - Coûts principaux par ex. implants → toujours rémunérés
  - Différence de coûts par ex. soins → rémunérés selon durée de séjour

# Rémunération High Outlier:

## 2. Examen des composants de coûts

- Analyses statistiques
  - Par ex. nombre de DRG avec pourcentage de coûts moyens supérieur pour les High Outlier que les Inlier

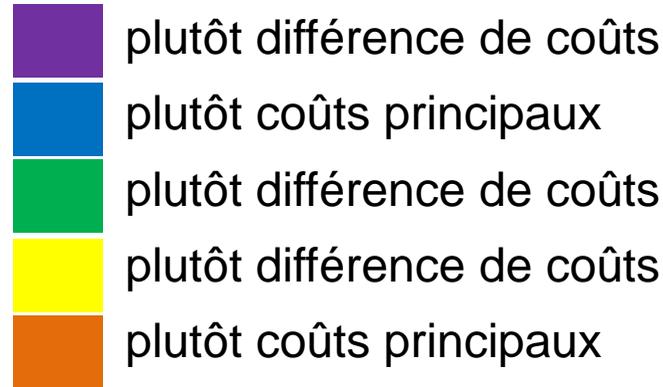


Nous le faisons non seulement pour G17Z, mais pour tous les DRG

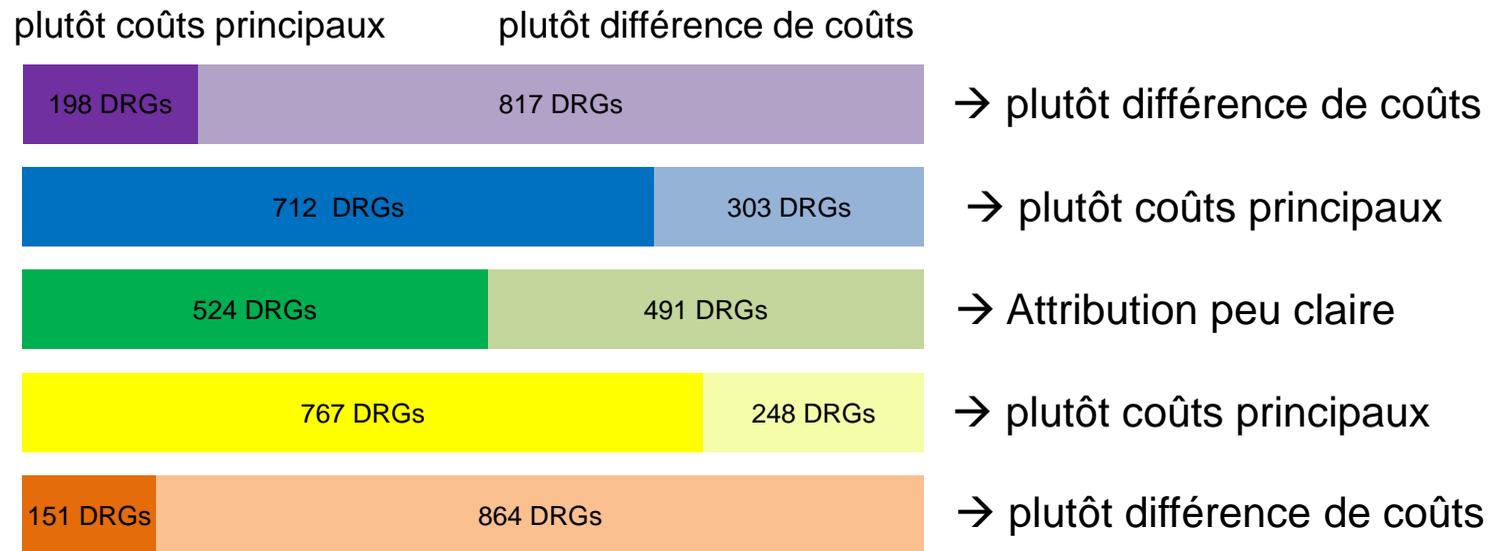
# Rémunération High Outlier:

## 2. Examen des components de coûts **neu**

- Pour G17Z



- Pour tous les DRG



# Rémunération High Outlier:

## 2. Examen des composants de coûts

- Analyses statistiques
- Appréciation médicale
- Proposition:
  - 5 composants de coûts nouvellement différence de coûts, 4 composants de coûts nouvellement coûts principaux
- Analyse du taux de couverture
  - High Outlier: + 5.7%
  - Low Outlier: - 7.8%

### → Adaptation de la méthode

## Rémunération High Outlier:

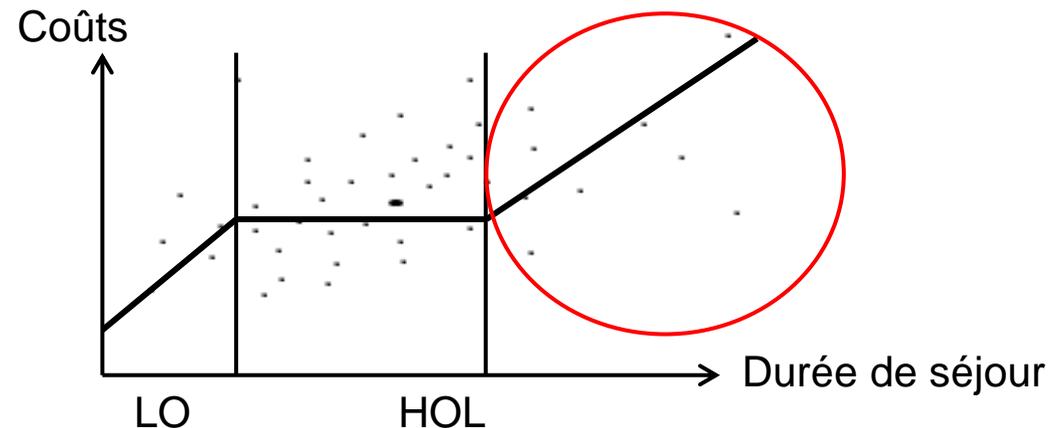
### 3. Calcul alternatif du supplément high-outlier

- Critères
  - Pourcentage élevé de High Outlier
  - Situation de coûts frappante
  - Aucune indication pour une adaptation du Groupeur
  - Répartition inégale sur les hôpitaux
- Calcul alternatif (259 DRGs)
  - Facteur de différence de coûts 1 au lieu de 0.7
  - Utilisation de coûts journaliers de Median High Outlier
  - Amélioration sensible de la rémunération des High Outlier

**→ Adaptation individuelle de la méthode**

## Rémunération High Outlier

- **Problème:** rémunération basse des High Outlier, spécialement pour des cas hautement complexes.



- **Approches pragmatiques:**

- 1. Borne abaissée des high-outlier (nouveau) ❌
- 2. Examen des composants de coûts (nouveau) ✓
- 3. Calcul alternatif du supplément high-outlier (jusqu'ici) ✓

# SwissDRG – Version 5.0 / 2016

1. Base des données
2. Développement du Groupes
3. Analyse de la rémunération des high-outliers
4. **Résultats**

## Aperçu des modifications SwissDRG 5.0 / 2016

	V5.0	V4.0	V3.0
<b>Nombre de DRG</b>	<b>1031</b>	974	988
DRG non évalués	13	12	17
DRG non facturables	3	3	3
<b>DRG d'un jour</b>	<b>290</b>	276	257
Explicites	19	19	19
Implicites	271	257	238
<b>Rémunérations supplémentaires</b>	<b>58</b>	49	28
Evaluées	57	48	26
Non évaluées	1	3	2

## Détermination des cost-weight DRG calculés / DRG helvétisés

	Calculés	Dont calculés sur 2 années de données	Helvétisés
<b>V5.0</b>	<b>1015</b>	<b>24</b>	<b>3</b>
V4.0	957	22	2
V3.0	932	26	56
V2.0	812	-	161

### Critères:

- Nombre peu élevé de cas
- Pas de modification du Grouper entre les versions 4.0/5.0

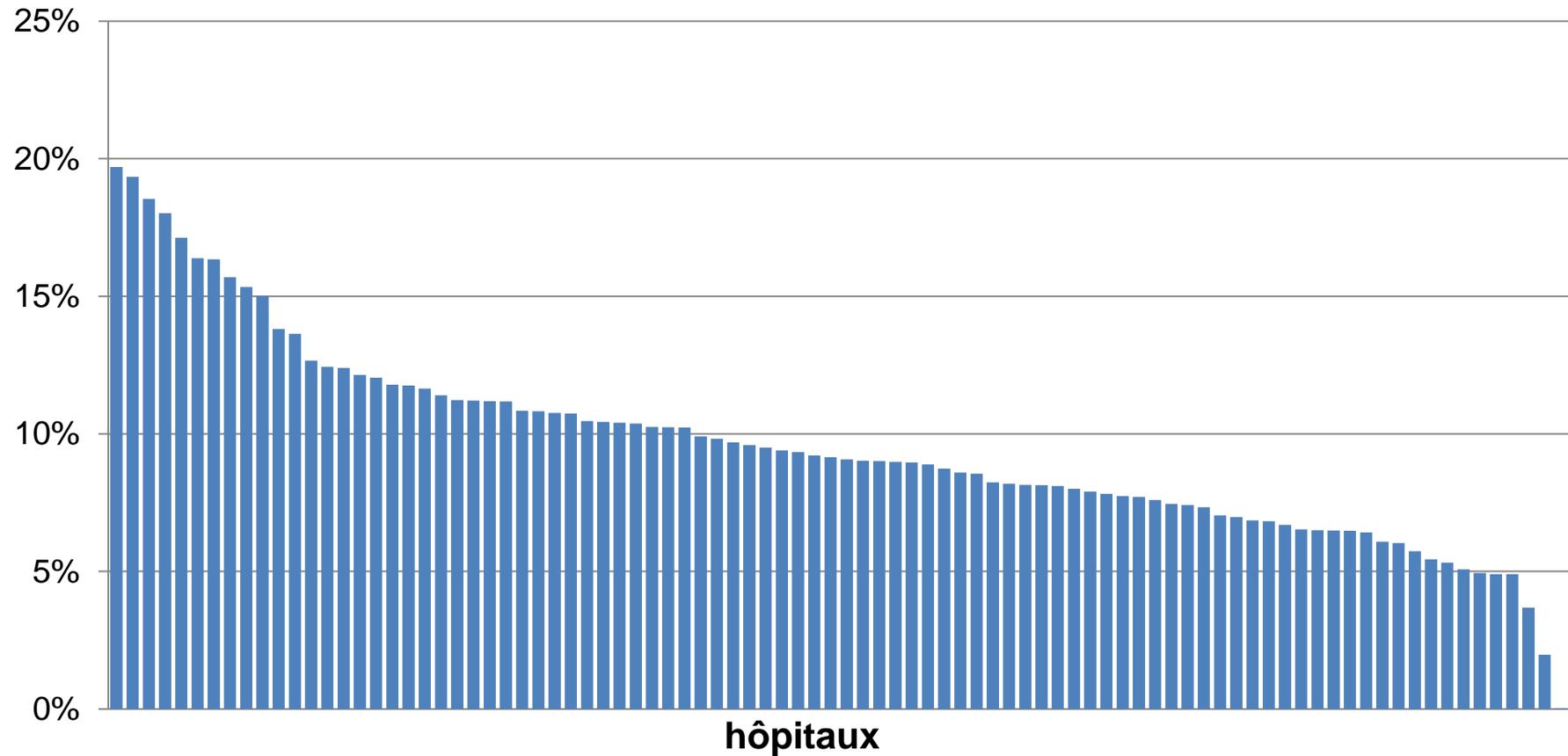
# DRG non évaluables

## Annexe 1 du catalogue des forfaits par cas

Raison : données de coûts et de prestations non disponibles

- 13 DRG de réadaptation précoce:  
B11Z, B43Z, E41Z, F29Z, F45Z, G51Z, I40Z, I96Z, K01Z, K43Z,  
W01Z, W05Z, W40Z

# Part moyenne de CUI par hôpital



Données 2013, données de calcul

# Part des coûts d'utilisation des immobilisations par hôpital

- Part moyenne de CUI dans les coûts d'exploitation pour tous les cas  
8.64%
- Hôpitaux universitaires (K 111): 7.80%
  - 3 hôpitaux indépendants pour enfants : 8.03%

*Données 2013, données de calcul*

## Homogénéité des coûts

### Réduction de la variance de la version SwissDRG 5.0 par rapport aux versions précédentes

Version Grouper	Année de données	Tous les cas	Inliers
<b>V5.0</b>	<b>2013</b>	<b>0.682</b>	<b>0.808</b>
V4.0	2012	0.646	0.789
V3.0	2011	0.668	0.803
V2.0	2010	0.623	0.776
V1.0	2009	0.604	0.749



Effet du développement du  
Grouper  
+  
Effet des données

*Données 2009-2013, tous les cas pertinents SwissDRG , sans CUI*

# Homogénéité des coûts

## Réduction de la variance de la version SwissDRG 5.0 par rapport aux versions précédentes

Version du Grouper	Année de données	Sans CUI		Avec CUI	
		Tous les cas	Inliers	Tous les cas	Inliers
<b>V5.0</b>	<b>2013</b>	<b>0.682</b>	<b>0.808</b>	<b>0.681</b>	<b>0.808</b>
V4.0		0.672	0.798	0.671	0.798
V3.0		0.665	0.787	0.664	0.786

*données 2013, données de calcul*

# Indice de casemix selon le niveau de prestation s w i s s

**DRG**

Niveaux de prestations	Nb de cas	CMI 5.0 avec CUI	CMI 4.0 avec CUI	Delta 4.0/5.0
K111 Prise en charge centralisée - niveau 1	193'804	1.437	1.428	0.61%
K112 Prise en charge centralisée - niveau 2	612'983	1.010	1.013	-0.32%
K121 Soins de base niveau 3	140'572	0.859	0.864	-0.56%
K122 Soins de base niveau 4	120'165	0.844	0.848	-0.47%
K123 Soins de base niveau 5	41'631	0.956	0.957	-0.08%
K231 Chirurgie	54'164	1.082	1.076	0.56%
K232 Gynécologie/ Néonatalogie	3'582	0.451	0.452	-0.09%
K233 Pédiatrie	17'186	1.231	1.187	3.69%
K234 Gériatrie	8'099	1.515	1.511	0.54%
K235 Cliniques spécialisées	7'905	1.322	1.281	3.23%
<b>Tous les niveaux de prestations</b>	<b>1'200'091</b>	<b>1.053</b>	<b>1.053</b>	<b>0.00%</b>

Données 2013, tous les cas pertinents SwissDRG

## Indice de casemix en fonction de l'âge

Âge	Nb de cas	CMI 5.0 avec CUI	CMI 4.0 avec CUI	Delta 4.0/5.0
0-16 ans	156'164	0.616	0.600	2.78%
dès 17 ans	1'043'927	1.118	1.121	-0.22%

*Données 2013, tous les cas pertinents SwissDRG*

# SwissDRG – Version 5.0 / 2016

## Evolution de la durée de séjour

Données totales 2008:	6.3 jours	
Données totales 2009:	6.1 jours	(- 3.83 %)
Données totales 2010:	6.0 jours	(- 1.67%)
Données totales 2011:	6.3 jours	(+ 5.00%)
Données totales 2012:	6.3 jours	(+/- 0%)
<b>Données totales 2013:</b>	<b>6.2 jours</b>	<b>(-0.32%)</b>

L'identification des cas SwissDRG ne peut pas être garantie sur la base de la typologie de l'hôpital.

Les données totales peuvent contenir des cas situés en dehors du domaine d'application du système SwissDRG.

**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)