

28.03.2018

Axes de développement et représentation de domaines spécifiques de prestations dans la version SwissDRG 8.0 / 2019

Aperçu des améliorations et axes de développement de la version 8.0 par rapport à la version 7.0

Parmi les principaux axes de développement, on peut citer en particulier la représentation de cas très coûteux, la révision complète des MDC 05, 08, 16, 20 et 22, le perfectionnement dans le domaine de la pédiatrie ainsi que la meilleure représentation des cas de soins intensifs en unité de soins intermédiaires (U-IMC) et en unité de soins intensifs (USI) pour nourrissons, enfants et adultes.

1. Représentation des cas très coûteux

Tout développement du système commence en premier lieu par une analyse des cas déficitaires. Les cas plausibles présentaient ici souvent un nombre très élevé de points pour le traitement complexe en soins intensifs / en unité de soins intermédiaires ou des interventions multiples, parfois en lien avec une thérapie sous vide complexe, ainsi que des situations très coûteuses particulières.

Des restructurations complètes à l'échelle du système ont donc été entreprises en conséquence pour représenter ces cas de manière différenciée:

Nombre très élevé de points pour le traitement complexe en soins intensifs / en unité de soins intermédiaires

Des cas très chers avec un nombre élevé de points pour le traitement complexe de soins intensifs se retrouvent dans plusieurs DRG de base de la MDC 15. Une représentation adéquate est impossible au sein de ces DRG. C'est pourquoi un nouveau DRG P37Z indépendant du poids à l'admission et à la naissance a été établi.

Chez les nourrissons d'un poids inférieur à 1500 g à l'admission, il s'est avéré que les cas avec traitement intensif coûteux présentent un coût similaire aux cas de ventilation à long terme. Au sein du DRG de base P03, des cas présentant un nombre élevé de points pour le traitement complexe de soins intensifs ont été revalorisés indépendamment de la durée de ventilation.

De même, des cas avec thérapie intensive très coûteuse et traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 5520 points ont été revalorisés dans le DRG A06Z.

Interventions en plusieurs temps

En plus de la fonction existante «Traitement sous vide complexe I et II», une nouvelle fonction a été établie «Traitement sous vide» en utilisant le tableau «Procédures opératoires particulières sans interventions moyennement complexes» et la condition «Opérations particulières

en plusieurs temps sur deux jours». Ces cas ont été revalorisés en lien avec de grandes interventions dans les DRG F04Z, G38Z, H33Z, M37Z, N33Z, X33Z.

Les procédures opératoires particulières en quatre temps avec traitement complexe de soins intensifs > 1470/1380 points sont désormais affectées au DRG A11A. Les procédures opératoires complexes en quatre temps en lien avec des situations particulières ont été revalorisées dans le DRG A06Z, et une meilleure représentation des cas avec des procédures opératoires complexes en quatre temps a également pu être obtenue dans la MDC 01 (DRG B36B).

Situations très coûteuses

Il est fréquent que des cas ne puissent pas être représentés avec une caractéristique indiquant un cas à coûts élevés. Inspirée de la fonction «procédures de complication», la fonction «situations très coûteuses» a pu être établie. La combinaison de plusieurs conditions, par ex. transfusions en très grand nombre et dialyses de longue durée ou la nécessité d'une transplantation d'organe au niveau d'urgence HU (High Urgency), a entraîné une revalorisation des cas indépendamment du diagnostic principal dans le DRG A11A.

Cette restructuration et d'autres (voir sections sur les soins intensifs) permettent de représenter les cas coûteux de manière beaucoup plus différenciée et mieux adaptée aux prestations dans la version 8.0 de la structure tarifaire par rapport à la version 7.0.

2. Traitement complexe de soins intensifs (unité de soins intensifs – USI; unités de soins intermédiaires – U-IMC pour nourrissons, enfants et adultes)

Indépendamment du diagnostic principal, il a été systématiquement vérifié dans la pré-MDC et dans les MDC par organe dans quelle mesure l'USI ou l'U-IMC peut être revalorisée en tant que caractéristique de regroupement. Cela a permis de représenter de manière différenciée aussi bien les longs séjours en USI/U-IMC que les traitements de courte durée.

Dans plusieurs DRG, les points USI ont permis une meilleure différenciation des coûts indépendamment de la durée de ventilation (par ex. revalorisation de la thérapie intensive très coûteuse en traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe dans une unité de soins intermédiaires (U-IMC) > 5520 points dans le DRG A06Z, indépendamment de la durée de ventilation).

Les cas avec plus de 95 heures de ventilation sont affectés au DRG de base A13, ceux-ci peuvent cependant aussi correspondre à la logique des DRG de base A36, B36, F36, T36 (en fonction des points de traitement complexe de soins intensifs). Même après les perfectionnements apportés par les dernières versions SwissDRG, une sous-rémunération est possible dans certaines situations lors de prestations supplémentaires. Une révision complexe de la pré-MDC et des DRG de soins intensifs a donc eu lieu dans les autres MDC. Le DRG de base A13 a été supprimé, une quantité de cas avec ventilation >95 heures et situation coûteuse particulière a été affectée au DRG de base A11. Des cas avec heures de ventilation > 95 heures ont été revalorisés dans les DRG de soins intensifs spécifiés par organe.

Les cas complexes coûteux sont ainsi mieux représentés dans la version 8.0 du système DRG.

3. Révision complète des MDC 05, 08, 16, 20, 22

MDC 05 «Maladies et troubles de l'appareil circulatoire»

Jusqu'à présent, le DRG de base F98 était différencié en F98A et F98B sur la base de l'âge, des diagnostics complexes ou d'interventions particulières (TAVI). Les interventions combinées n'étaient pas rémunérées en adéquation avec les coûts. Ce DRG a donc été révisé et de nouveaux critères de split ont été identifiés:

F98A: Remplacement de valve avec pontage ou traitement complexe de soins intensifs >196/360 points

F98B: Remplacement de valve avec stimulateur ou greffe aortique ou âge <16 ans

F98C: Remplacement de valve

La révision des différents DRG avec des cas au contenu similaire, initiée l'année dernière, a été poursuivie. Des cas comparables ont été affectés au même DRG de base, les conditions de split ont été vérifiées et le cas échéant adaptées (DRG de bases F08, F34, F51 et F38, F59). L'établissement de DRG à grand nombre de cas a permis de revaloriser des cas de figure nécessitant beaucoup de ressources.

MDC 08 «Affections du système locomoteur»

Des adaptations importantes ont eu lieu dans la partition opératoire. D'un côté, les critères de split ont été renforcés et les cas de figure complexes revalorisés, par ex. au sein du DRG de base I32 (établissement d'un «DRG un jour d'hospitalisation» spécifique, admission des codes 99.b6.22 à -.24 «Traitement complexe de la main, 8 jours et plus...», revalorisation des cas avec diagnostics complexes «Arthrite, polyarthrite ou ostéomyélite, lésion des tissus mous de stade II à III»). Les remplacements complets de prothèse ont été revalorisés au sein des DRG pour représenter les révisions de prothèses implantées au genou ou à la hanche. Le DRG de base I18 «Arthroscopie y compris biopsie ou autres interventions sur les os ou articulations» regroupait jusqu'à présent des cas avec biopsies ou arthroscopies aux localisations les plus diverses. Pour améliorer la qualité du système, les interventions ont été déplacées en fonction de leur localisation, les tableaux ont ainsi été complètement nettoyés.

De larges restructurations ont été réalisées dans la partition médicale. Pour représenter les cas de soins intensifs coûteux sans intervention chirurgicale, un 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» a été établi. Beaucoup de cas au contenu et aux coûts similaires sont représentés jusqu'à présent dans différents DRG. Ainsi, les cas de fractures du fémur ont été déplacés du DRG de base I66 «Autres affections du tissu conjonctif, plus d'un jour d'hospitalisation» vers le DRG de base I60 «Fractures du bassin, du col du fémur et du fémur, plus d'un jour d'hospitalisation» et les critères de split ont été révisés.

Les cas du DRG de base I69 «Maladies des os et arthropathies, plus d'un jour d'hospitalisation» ont été élargis aux arthropathies non spécifiques. Un nouveau DRG de base I61 a été créé pour ces cas en raison des nombreux cas avec un jour d'hospitalisation.

MDC 16 «Affections du sang et du système immunitaire»

La représentation adéquate des cas s'avère difficile dans cette MDC. Jusqu'à présent, il n'a pas été possible d'obtenir une bonne différenciation des coûts au moyen des diagnostics.

La création d'un nouveau DRG Q37Z (courts séjours en U-IMC/aux SI) permet de bien représenter des cas coûteux.

De même, les critères de split dans le DRG de base Q61 n'étaient pas suffisamment différenciés sur le plan des coûts. Une nouvelle différenciation sur la base de maladies associées extrêmement sévères s'est révélée efficace dans ce DRG.

Ces restructurations ont nettement amélioré la qualité de représentation des cas.

MDC 20 «Toxicomanies»

Les cas compris dans cette MDC s'avéraient très inhomogènes en termes de coûts et de durée de séjour. Dans quelques procédures codées, une différenciation des cas selon le type d'usage abusif de substance ne permettait pas en premier lieu de séparer les coûts. Toute la MDC a donc été complètement révisée. Ainsi, un 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» a été établi pour représenter les cas coûteux avec séjour en soins intensifs ou en U-IMC. Les autres cas sont affectés au nouveau DRG de base V02 «Dépendance, intoxication, troubles multiples du comportement», avec les critères de split «démence ou délire et troubles psychiques dus à des troubles de la fonction cérébrale», «dépendance multiple ou diagnostic de complication». Cette révision a permis une nette amélioration de la qualité de représentation.

MDC 22 «Brûlures»

La MDC Brûlures a été largement révisée dans la version précédente. Les conditions de split ont été systématiquement renforcées et les tableaux de procédure adaptés. Les situations particulièrement coûteuses, par ex. les interventions multiples, les séjours en soins intensifs ainsi que les transplantations de peau coûteuses, ont pu être revalorisées.

Les brûlures les plus graves sont regroupées en fonction de la durée de ventilation dans les DRG de base Y01, A11, A18. Certaines situations n'étaient jusqu'à présent pas représentées de manière à couvrir les coûts. En collaboration avec les centres de traitement des brûlés, des cas individuels ont été contrôlés avec corrections de l'affectation des coûts en fonction du cas et de la saisie des prestations. Pour ce faire ont été identifiés des cas particulièrement coûteux dans les brûlures les plus graves (à partir de 40% de la surface du corps ou à partir de 20% au 3^e degré) en lien avec un sepsis ou des brûlures sur plusieurs régions du corps et traitement complexe de soins intensifs > 2058/1932 points ou enfants < 18 ans. Ces cas sont désormais affectés au DRG A06Z.

Cette revalorisation nette des cas a conduit à ce que seulement une très petite quantité de cas avec des brûlures graves reste encore dans le DRG Y01Z. C'est pourquoi le DRG Y01Z a été supprimé et les cas restants regroupés selon l'âge dans les DRG A11A (âge < 16 ans) ou A11B.

Ces restructurations ont entraîné une amélioration marquée de la qualité de représentation avec, dans le même temps, une réduction des incitations inopportunes en lien avec le codage et le groupement de cas.

Représentation de domaines spéciaux de prestations dans la version SwissDRG 8.0 / 2019

La structure tarifaire SwissDRG version 8.0 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 couvertes par la version SwissDRG 8.0 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:

Ces données sont transmises à SwissDRG SA depuis de nombreuses années. Tous les hôpitaux ne codent cependant pas les points pour le traitement complexe de soins intensifs des nouveau-nés en unité de soins intensifs/unité de soins intermédiaires.

Représentation actuelle:

Outre les restructurations déjà évoquées précédemment concernant la médecine intensive, les brûlures les plus graves et les cas très coûteux, tous les cas avec un split pédiatrique existant ont été une nouvelle fois examinés à l'échelle de tout le système en prenant en compte les cas nécessitant éventuellement d'autres splits pédiatriques. 14 splits pédiatriques ont été créés, 10 splits ont été adaptés, 8 splits pédiatriques ont été supprimés en raison d'une différenciation insuffisante des coûts.

Evaluation:

SwissDRG SA estime que les cas dans le domaine de la pédiatrie et de la néonatalogie (y compris les cas de traitement en soins intensifs) peuvent être représentés de façon appropriée avec la structure tarifaire SwissDRG version 8.0.

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:

Des données de coûts relatives au traitement complexe de médecine palliative spécialisée ont été transmises pour la première fois avec les données de 2015. Un contrôle systématique concernant la médecine palliative spécialisée et les données de coûts en comparaison avec la médecine palliative et sa consommation de ressources a été réalisé au moyen de nombreux calculs analytiques.

Représentation actuelle:

L'assimilation des cas de médecine palliative et de médecine palliative spécialisée, indépendamment des diagnostics principaux dans la pré-MDC, s'est avérée une nouvelle fois adéquate après simulations avec les données de l'année 2016. Les analyses n'ont pas montré de signe indiquant une différence significative de coûts entre les deux traitements complexes.

Les cas avec des traitements complexes particuliers de médecine palliative en lien avec des traitements de soins intensifs sont répartis sur différents DRG et ne sont pas représentés de manière adaptée aux coûts. Ces cas avec traitements complexes de médecine palliative et «>95 heures de ventilation» et «traitement complexe de soins intensifs >392/552 points» ont été revalorisés dans le DRG de base A11.

D'autres contrôles des cas avec traitement complexe de médecine palliative ont montré une sous-rémunération lors de prestations supplémentaires en cas d'intervention endoscopique simultanée. En conséquence, ces cas de figure ont été revalorisés dans les DRG A97C et A97F.

De plus, d'autres situations coûteuses, par ex. «procédures de complication», «interventions en plusieurs temps», ainsi que des diagnostics supplémentaires complexes ont été mieux représentés au sein du DRG A97.

Evaluation:

Les cas comprenant un traitement complexe de médecine palliative ou de médecine palliative spécialisée sont représentés de manière adaptée aux prestations dans la structure tarifaire SwissDRG version 8.0.

3. Paraplégie

Définition:

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

Données:

Il reste problématique que SwissDRG SA ne puisse pas identifier les hôpitaux dans lesquels la paraplégie est rémunérée en dehors de la structure tarifaire SwissDRG et qu'elle ne reçoive les données qu'avec des restrictions. De plus, l'interface avec la réhabilitation n'est pas définie de façon explicite.

Représentation actuelle:

La qualité de la représentation pourrait encore être améliorée si les codes à disposition pour la représentation différenciée de prestations, par exemple les codes pour la réhabilitation neurologique et neurochirurgicale précoce, comprenaient des points de coûts pour la prise en charge en U-IMC. La structure tarifaire a été encore plus différenciée pour une meilleure représentation de cas avec réhabilitation précoce et traitement de soins intensifs en USI et U-IMC.

Mesures:

Amélioration de la qualité des données.

Evaluation:

Les cas dans le domaine de la paraplégie peuvent être représentés de façon appropriée avec la structure tarifaire SwissDRG version 8.0.

4. Réhabilitation précoce

Définition:

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

Données:

Jusqu'à présent, SwissDRG SA reçoit la grande majorité des données de cliniques de médecine somatique aiguë. Suite à la décision du Conseil d'administration d'harmoniser à l'avenir la tarification dans toute la Suisse, d'autres données de prestations et coûts devraient être mises à disposition de SwissDRG SA.

Représentation actuelle:

Les cas avec des traitements complexes particuliers de réhabilitation précoce en lien avec des traitements de soins intensifs sont répartis sur différents DRG et ne sont pas représentés de manière adaptée aux coûts. Ces cas avec traitements complexes de réhabilitation précoce et «>95 heures de ventilation» et «traitement complexe de soins intensifs >392/552 points» ont été revalorisés dans le DRG de base A11.

De même, des cas de réhabilitation neurologique précoce, code 93.89.10 «Rééducation neurologique et neurochirurgicale précoce, au moins 7 à 13 jours de traitement au maximum» n'avaient jusqu'à présent pas d'impact sur les revenus dans le DRG de base B90. Ces codes ont pu être inclus dans le DRG de base B90, ce qui permet également de rémunérer de manière adéquate les cas de réhabilitation précoce avec une courte durée de traitement.

Evaluation:

SwissDRG SA estime que tous les cas dans le domaine de prestations des traitements complexes de réhabilitation précoce peuvent être représentés de façon appropriée avec la structure tarifaire SwissDRG version 8.0.

Avec d'autres transmissions de données à SwissDRG SA de la part de cliniques de réhabilitation, il sera possible d'améliorer la qualité de la représentation lors de futurs développements du système.

5. Médecine intensive en USI / U-IMC

Définition:

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

Données:

Les données sont transmises à SwissDRG SA.

Représentation actuelle:

Cette année, un point essentiel du développement du système était la représentation appropriée des traitements de soins intensifs en prenant en compte différents cas de figure, par ex. la prise en charge essentiellement en USI ou U-IMC, la prise en charge en U-IMC et USI, ainsi que les courts séjours en USI ou U-IMC. En fonction des nombres de cas, de nouveaux DRG ont parfois été établis, par ex. DRG P37Z «Traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 4900 points».

Evaluation:

SwissDRG SA estime que les cas dans le domaine des soins intensifs (USI et U-IMC) peuvent être représentés de façon appropriée avec la structure tarifaire SwissDRG version 8.0. Ces restructurations ont entraîné une nette réduction des cas de déficit, voir également les explications précédentes.

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:

Il a été possible d'identifier des cas avec transplantations et heures de ventilation particulières ou points de traitement complexe de soins intensifs qui, jusqu'à présent, n'étaient pas représentés de manière adaptée aux coûts. Ces cas avec transplantations sont affectés aux DRG de la pré-MDC en fonction des organes auxquels ils se rapportent. Les transplantations avec «>95 heures de ventilation» ou «traitement complexe de soins intensifs >196/552 points» sont désormais revalorisées dans le DRG A11A.

Les cas avec défaillance et rejet d'une transplantation de cellules hématopoïétiques étaient jusqu'à présent affectés au DRG A61Z. Le nombre de cas est cependant très hétérogène en termes de consommation de ressources (durée de séjour; traitements), les diagnostics ne permettent qu'une faible différenciation des coûts. Ainsi, le DRG de base A61 a été supprimé et une partie des cas de l'ancien DRG de base A61 est désormais regroupée dans le DRG de base A91 «Photophérèse et aphérèse, un jour d'hospitalisation». Les autres cas sont redirigés vers la MDC 17 et affectés au DRG de base R60 «Leucémie myéloïde aiguë, plus d'un jour d'hospitalisation ou prélèvement autologue de CS ou Graft versus Host Disease (réaction du greffon contre l'hôte)». Ainsi, des cas ayant des Graft versus Host Disease de degré 3 ou 4 pour diagnostic principal ou impliquant au moins deux organes ont

pu être revalorisés respectivement dans les DRG R60A et R60B.

Les cas d'enfants avec défaillance ou rejet d'un greffon d'organe n'étaient pas rémunérés de manière adéquate dans le DRG de base A60. C'est pourquoi la condition de split du DRG A60A a été élargie à «âge < 16 ans»

Evaluation:

Les transplantations d'organes solides ainsi que de cellules souches hématopoïétiques sont représentées de façon adéquate avec la version SwissDRG 8.0.

7. Cas de démence/délire

SwissDRG SA a été chargée de contrôler la représentation en adéquation avec les coûts de patients souffrant de démence/délire.

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:

De larges calculs analytiques de cas de démence ou de délire comme diagnostic principal ou secondaire ont été réalisés dans toutes les MDC, dans les DRG médicaux comme opératoires. Des diagnostics spécifiques, par exemple le code CIM F02.3 «Démence de la maladie de Parkinson», mais aussi des diagnostics moins spécifiques, par exemple le code CIM F03 «Démence, sans précision», ainsi que les limitations fonctionnelles cognitives codables (U51.0-, U51.1-, U51.2-) ont été vérifiés. Il s'est avéré que, très souvent, des diagnostics non spécifiques (env. 70%) sont codés. Les méthodes de test supplémentaires «Index de Barthel, FIM cognitif, MMSE» pour décrire la limitation fonctionnelle cognitive ne sont codées que dans 22% des cas avec diagnostics de démence/délire. Les différences de coûts dans les cas avec démence ou délire en diagnostic secondaire étaient très faibles au sein des DRG, les différences de coûts étant cependant aussi bien positives que négatives.

Les diagnostics secondaires démence, délire ou la gravité de la limitation fonctionnelle cognitive ne sont jusqu'à présent pas des séparateurs de coûts adaptés. Ces diagnostics se sont révélés un critère de split adéquat uniquement dans la MDC 20 entièrement révisée «Usage d'alcool et de drogues et troubles psychiques induits par l'alcool et les drogues», dans le DRG V02 «Dépendance, intoxication, troubles multiples du comportement», pour la revalorisation de ces cas dans le DRG V02A.

Concernant la matrice CCL, les codes supplémentaires suivants, pour la démence et autres, ont pu être ajoutés:

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»

Les codes suivants ont été revalorisés dans la matrice CCL:

F11.4-F19.4 «Toxicomanies avec delirium»

F11.6-F19.6 «Toxicomanies avec syndrome amnésique»

Le diagnostic F05.9 «Delirium, sans précision» a été supprimé.

Des cas avec les diagnostics principaux démence et délire ont également été vérifiés. Une différenciation a alors pu être mise en œuvre au sein du DRG de base B64 «Délire» pour les courts séjours en U-IMC/SI avec un faible nombre de points.

Evaluation:

Les cas avec des diagnostics de démence ou de délire (diagnostics principaux et secondaires) sont représentés de façon adéquate avec la version SwissDRG 8.0.