

# **Séance d'information**

## **SwissDRG SA**

**SwissDRG - Version 9.0 / 2020**

**17 juin 2019**

# SwissDRG – Version 9.0 / 2020

- 1. Grouper des rémunérations supplémentaires**
2. Base de données
3. Développement du Grouper
4. Résultats

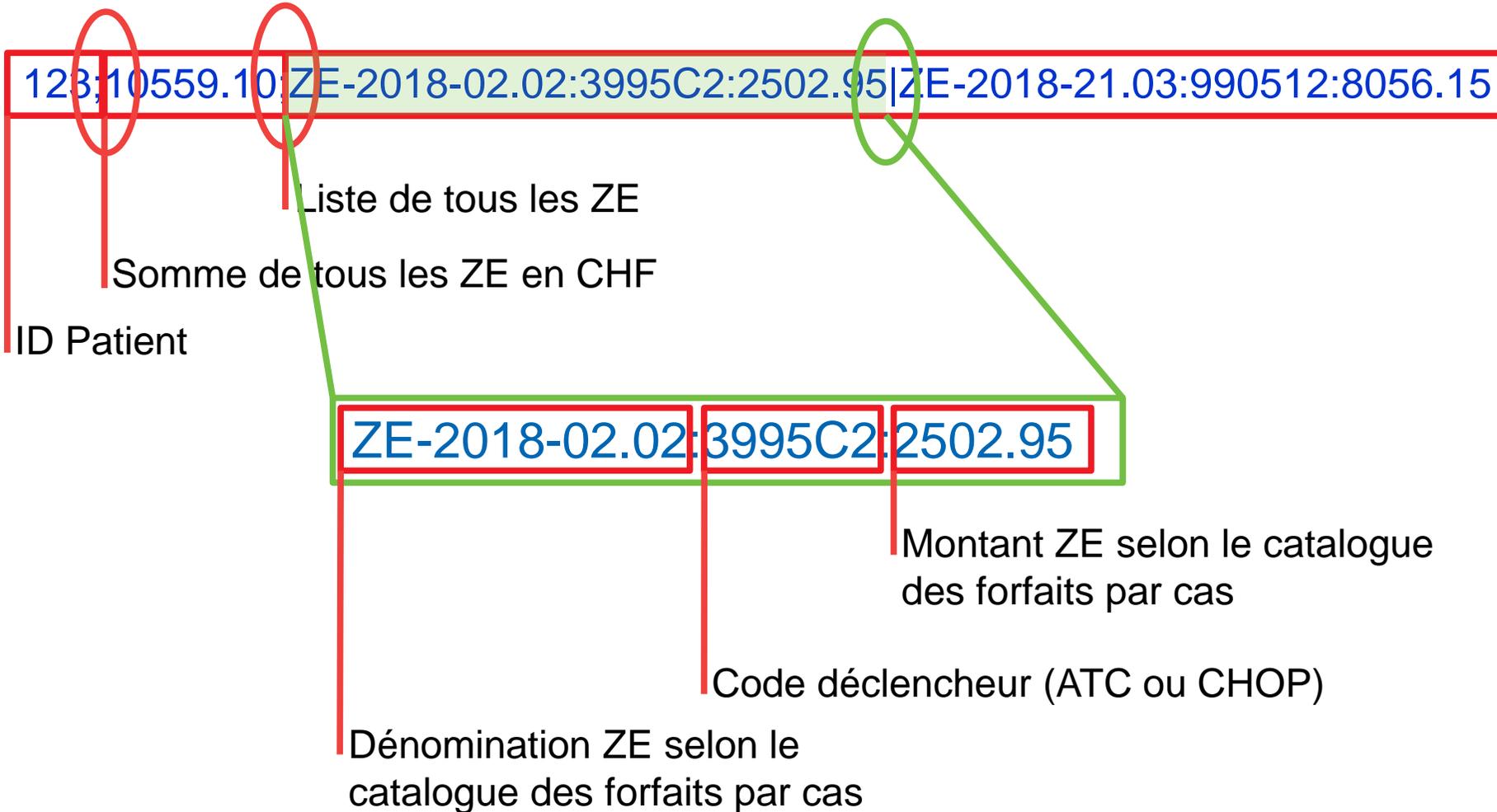
# Le Grouper SwissDRG peut regrouper les rémunérations supplémentaires (ZE)

- Le Grouper Online *cas par cas* affiche dès à présent les rémunérations supplémentaires
- Le *Batch*grouper Online édite dès à présent aussi un fichier résultat avec les rémunérations supplémentaires
- De même le programme Java

# Source de données: Les médicaments très onéreux dans la statistique médicale

- Variables 4.8.V02 – v15 dans la statistique médicale (fichier OFS)
- Dans le nouveau format Batchgrouper-2017: Liste séparée pour les médicaments très onéreux
- Dans le Grouper Online: comme codes CHOP ou ATC

# Comment lire le fichier résultat ?



# Regroupement des rémunérations supplémentaires (ZE) disponible à partir des données 2017

- **SwissDRG V6.0:** AV
  - **SwissDRG V7.0:** PV 2, AV
  - **SwissDRG V8.0:** PV1, PV2, AV
  - **SwissDRG V9.0:** toutes les versions
- 
- **TARPSY 1.0:** PV2, AV
  - **TARPSY 2.0:** PV1, PV2, AV

# SwissDRG – Version 9.0 / 2020

1. Grouper des rémunérations supplémentaires
- 2. Base de données**
3. Développement du Grouper
4. Résultats

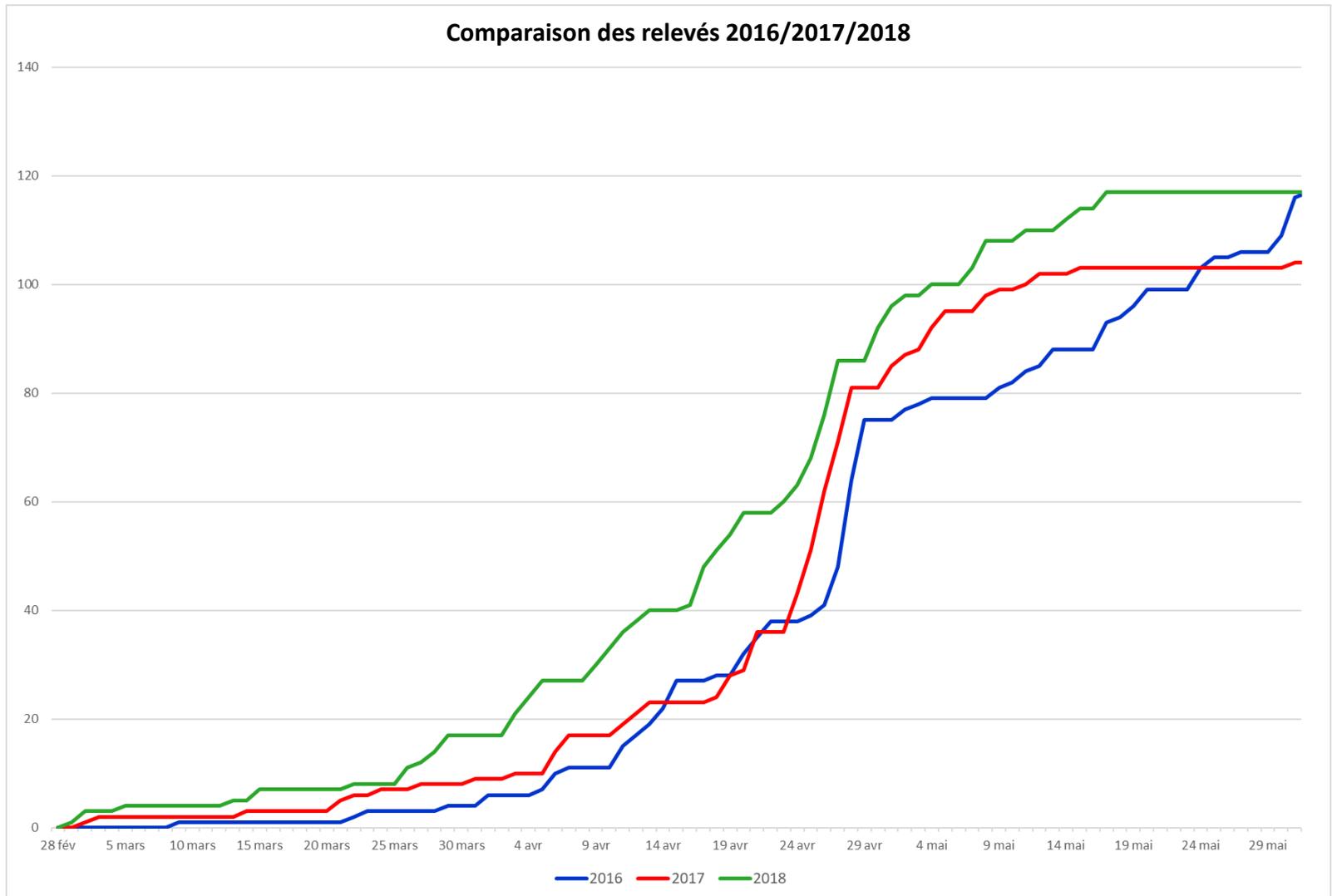
# Nombre d'hôpitaux

| Année de données   | 2017 | 2016 | 2015 |
|--------------------|------|------|------|
| Hôpitaux de réseau | 117  | 103  | 118  |
| Tous les hôpitaux  | 177  | 176  | 184  |

- Suppression totale de 11 hôpitaux, dont 1 sans livraison en 2016
- Utilisation des données de 106 hôpitaux pour le développement du système (97 l'année précédente)

# Développement du relevé

## Comparaison des relevés 2016/2017/2018



# Cas livrés

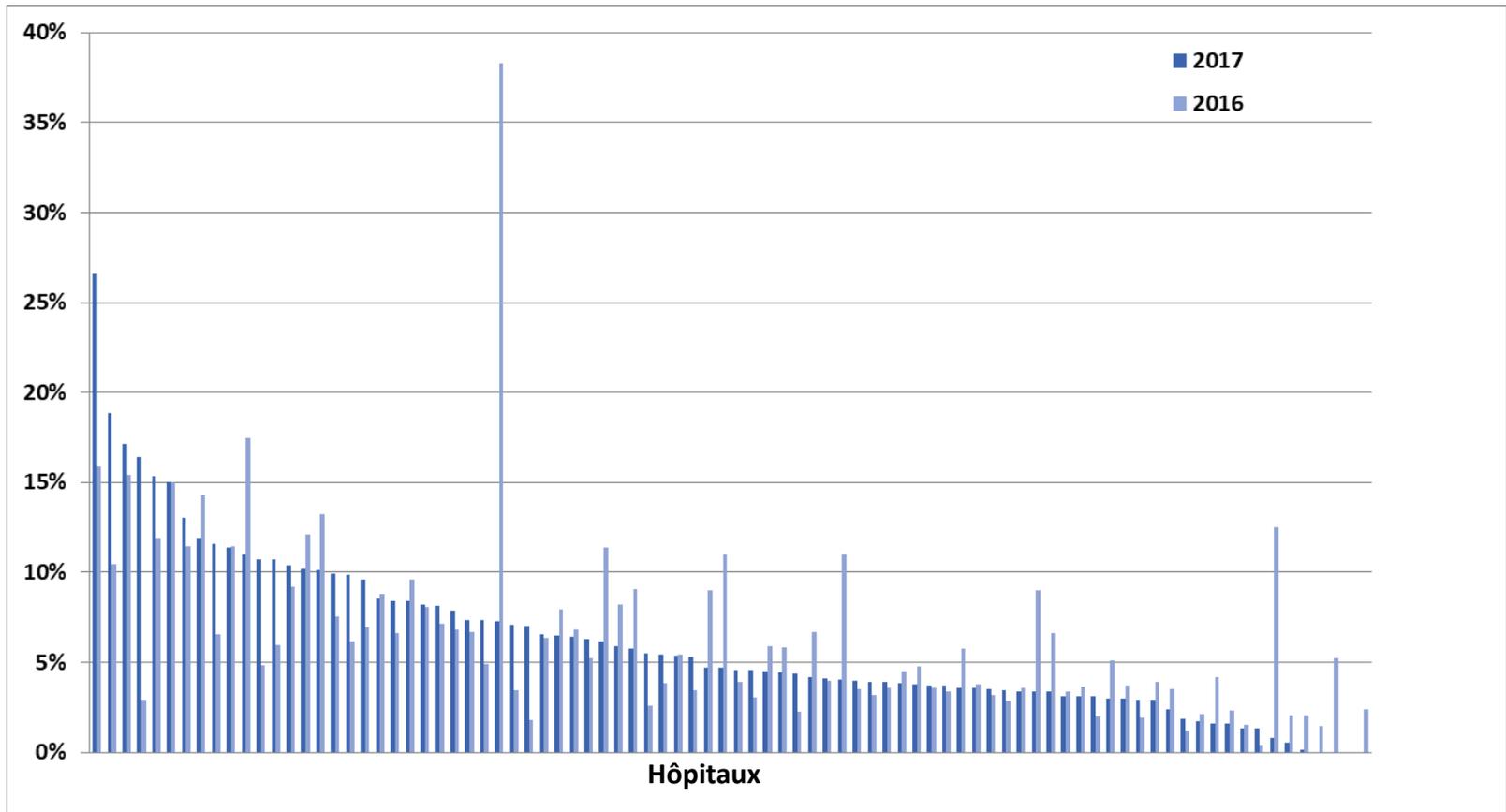
| Année de données           | 2017                | 2016                | 2015                |
|----------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| <b>Structure tarifaire</b> | <b>SwissDRG 9.0</b> | <b>SwissDRG 8.0</b> | <b>SwissDRG 7.0</b> |
| Données HR                 | <b>1'139'777</b>    | 1'056'577           | 1'127'611           |
| Total des données          | <b>1'275'168</b>    | 1'276'785           | 1'283'733           |
| Échantillon                | <b>89.38 %</b>      | 82.75 %             | 87.84%              |

# Aperçu de l'érosion des données

| Total des données | Relevé SwissDRG |  |
|-------------------|-----------------|--|
| 1'336'749         | 1'142'165       | Cas livrés   |
| ↓                 | ↓               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychiatrie / Réadaptation</li> <li>- Cas ambulatoires</li> <li>- Sortie en dehors de la période du relevé</li> </ul> |
| 1'275'168         | 1'139'777       | Cas dans le domaine d'application (y compris maisons de naissance)   |
|                   | ↓               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cas privés non utilisables</li> <li>- Cas sans coûts complets</li> </ul>  |
|                   | 1'114'249       | Données avant plausibilisation   |
|                   | ↓               | - Plausibilisation des cas (y compris suppression totale de 11 hôpitaux)   |
|                   | 992'391         | Cas plausibles 2017 (données de calcul)  |
|                   |                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>+ 677 cas provenant des données 2016</li> <li>+ 81 cas provenant des données 2015</li> </ul>                            |

} Développement du système

# Pourcentage de cas non plausibles par hôpital



*Base de données: 2017, données du domaine d'application SwissDRG*

## Relevé des données – questionnaire

- Fausse indication de la **typologie d'hôpital** selon l'OFS (par ex. hôpital régional comme K111)
  - Webfeedback: l'hôpital est comparé aux hôpitaux universitaires
- «Cas présentent des **coûts complets**»
  - cas sans coûts complets ne peuvent être utilisés
- Indication sur les **dialyses**
  - influence l'ajustement des rémunérations supplémentaires
  - est constamment développé

# Relevé des données – questionnaire: lien 1

**Attention:** Les tests de plausibilisation sont liés au questionnaire

- Par ex. aB.4.6: *Nombre de cas avec code CHOP pour transfusions (adulte) sans coûts ou coûts trop bas dans les composants correspondants (v101 ou v102)*  
et

Variables v101 et v102: médicaments et produits sanguins

Les coûts pour les médicaments et les produits sanguins sont comptabilisés comme suit :

La différenciation des coûts directs pour les médicaments et les produits sanguins a pu être réalisées. Les coûts sont contenus dans les composantes de coûts v101 et v102.

# Relevé des données – questionnaire: lien 2

## Exemple pour données 2018:

- FK.5.23: *Nombre de cas sans coûts pour le corps médical des soins intensifs*

et

---

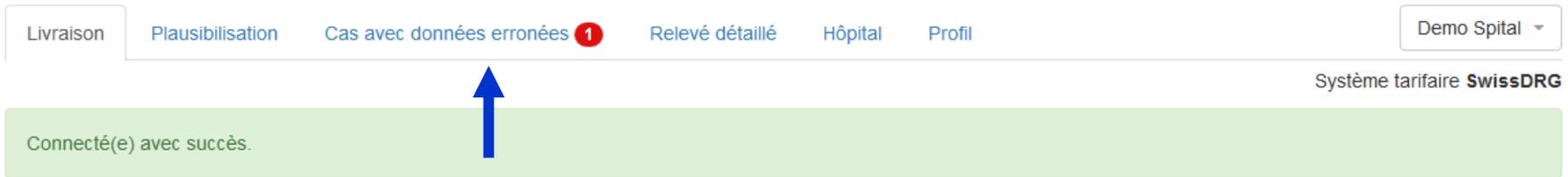
Frais médicaux des soins intensifs (SI)

Quelle composante de coûts contient les  
frais médicaux des soins intensifs ?

La composante de coûts "corps médical des SI" : v232

# Interface Web – données erronées

- Les cas erronés ne peuvent pas être importés

A screenshot of the top navigation bar of the web interface. It contains several tabs: 'Livraison', 'Plausibilisation', 'Cas avec données erronées' (highlighted with a red circle and a '1' next to it), 'Relevé détaillé', 'Hôpital', and 'Profil'. On the right side, there is a 'Demo Spital' dropdown menu. Below the navigation bar, a green message box says 'Connecté(e) avec succès.' A blue arrow points upwards from this message box towards the 'Cas avec données erronées' tab.

## Livraisons

A screenshot of the 'Livraisons' (Deliveries) table. The table has columns for 'Numéro', 'Date', 'Statut', 'Actions', and 'Cas avec données erronées'. The first row shows a delivery with number '3361' and date '24 mai 2019 à 08:50'. The 'Statut' column for this row is 'Cas avec données erronées'. The 'Actions' column contains several icons: a checkmark, a document, a graduation cap, a refresh, and a trash can. The 'Cas avec données erronées' column shows a red circle with the number '1'. A blue arrow points from the 'Cas avec données erronées' column towards the 'Actions' column, and another blue arrow points upwards from the bottom towards the red circle with '1'.

- Le nombre de cas avec données erronées en rouge.

# Interface Web – Plausibilisation

Livraison

Plausibilisation

Cas avec données erronées **1**

Relevé détaillé

Hôpital

Profil

Demo Spital ▾

Système tarifaire **SwissDRG**

## Résultats de la plausibilisation pour la livraison 3361

[Que signifie « type » d'un test ?](#)
[Télécharger les test de plausibilité](#)
[Importer des commentaires](#)
Afficher  élémentsRechercher : 

| N°  | Abréviation | Description   | Type          | Catégorie | Résultat           | Commentaire                   |
|-----|-------------|---|---------------|-----------|--------------------|-------------------------------|
| 95  | aB.3.1      | Nombre de cas avec un double codage des produits (sanguins) transfusés :  | Erreur        | Codage    | <a href="#">6</a>  | <a href="#">Justification</a> |
| 96  | aB.3.2      | Nombre de cas pour lesquels le sexe donné (1.1.V01=2) ne concordent pas avec les opérations relatives aux organes sexuels masculins : | Avertissement | Codage    | 0                  |                               |
| 97  | aB.3.3      | Nombre de cas pour lesquels le sexe donné (1.1.V01=1) ne concordent pas avec les opérations relatives aux organes sexuels féminins :  | Avertissement | Codage    | <a href="#">1</a>  | <a href="#">Justification</a> |
| 98  | aB.4.1      | Nombre de cas avec des coûts de dialyse/d'aphérèse (v300) sans code(s) CHOP correspondant(s) :  | Erreur        | KuL       | <a href="#">28</a> | <a href="#">Justification</a> |
| 107 | aB.4.10     | Nombre de cas avec codes de dialyse/d'aphérèse avec coûts (v300; pour les traitements externes v105 est aussi considéré) < 100 CHF :  | Erreur        | KuL       | <a href="#">10</a> | <a href="#">Justification</a> |

# Interface Web – Plausibilisation – commentaires

- Les commentaires peuvent être saisis par test ou par cas
- Ils sont examinés individuellement après la livraison des données
- Commentaires au total saisis en 2018: ~ 26'000
  - dont ~ 7'500 spécifiques au cas
  - Inactivation de 45 % des messages d'erreur suite aux explications satisfaisantes des hôpitaux

# Interface Web – Plausibilisation – commentaires

- Plausi-Test: aB.4.6: *Nombre de cas avec code CHOP pour transfusions (adulte) sans coûts ou coûts trop bas dans les composants correspondants (v101 ou v102)*

- Hôpital 1: „pas d'autres prestations saisies“



Plausibilisation: commentaire ne correspond pas au test

- Hôpital 2: „1 poche de sang coûte CHF 212.50“

Plausibilisation: n'est d'aucune utilité, car n'indique pas clairement s'il y a des coûts ou non



# Interface Web – Plausibilisation – commentaires

- Plausi-Test: aB.4.6: *Nombre de cas avec code CHOP pour transfusions (adulte) sans coûts ou coûts trop bas dans les composants correspondants (v101 ou v102)*
- Hôpital 3: „coûts compris dans v290 (Laboratoire)“  
Plausibilisation: dans [la liste des articles](#) figure:

| Liste des articles pour l'imputation obligatoire des coûts directs |                       |  |       |                                   | Etat au                        | 29.11.2018                           |  |
|--|-----------------------|--|-------|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--|
| Groupe d'articles  | Domaine d'application | Article(dénomination commune) <sup>7</sup>         | Unité | Imputation des coûts <sup>1</sup> |                                | Comptabilisation des coûts           | Sous-groupes types de coûts (SwissDRG, spécifications) |
|  |                       |  |       | imputation des coûts directs      | Méthode d'imputation des coûts | Groupes type de coûts <sup>5,6</sup> |  |
| Produits sanguins <sup>4</sup>                                     |                       | Concentrés d'érythrocytes                          | UT    | X                                 | --                             | 400                                  | v102   |
|  |                       | Concentrés de thrombocytes                         | UT    | X                                 | --                             | 400                                  | v102   |
|  |                       | Concentré de plaquettes préparé par                | Conc. | X                                 | --                             | 400                                  | v102   |
|  |                       | Concentrés de thrombocytes orientés sur le patient | Conc. | X                                 | --                             | 400                                  | v102   |
|  |                       | Lymphocytes  | UT    | X                                 | --                             | 400                                  | v102   |
|  |                       | Leucocytes   | ²     | X                                 | --                             | 400                                  | v102   |
|  |                       | Concentrés de granulocytes                         | Conc. | X                                 | --                             | 400                                  | v102   |
|  |                       | Fresh Frozen Plasma (FFP)                          | UT    | X                                 | X                              | 400                                  | v102   |

# Interface Web – Plausibilisation – commentaires

- Plausi-Test: *Nombre de cas avec coûts journaliers < 200 CHF (sans P60A)*

- Hôpital 1: „correct.“

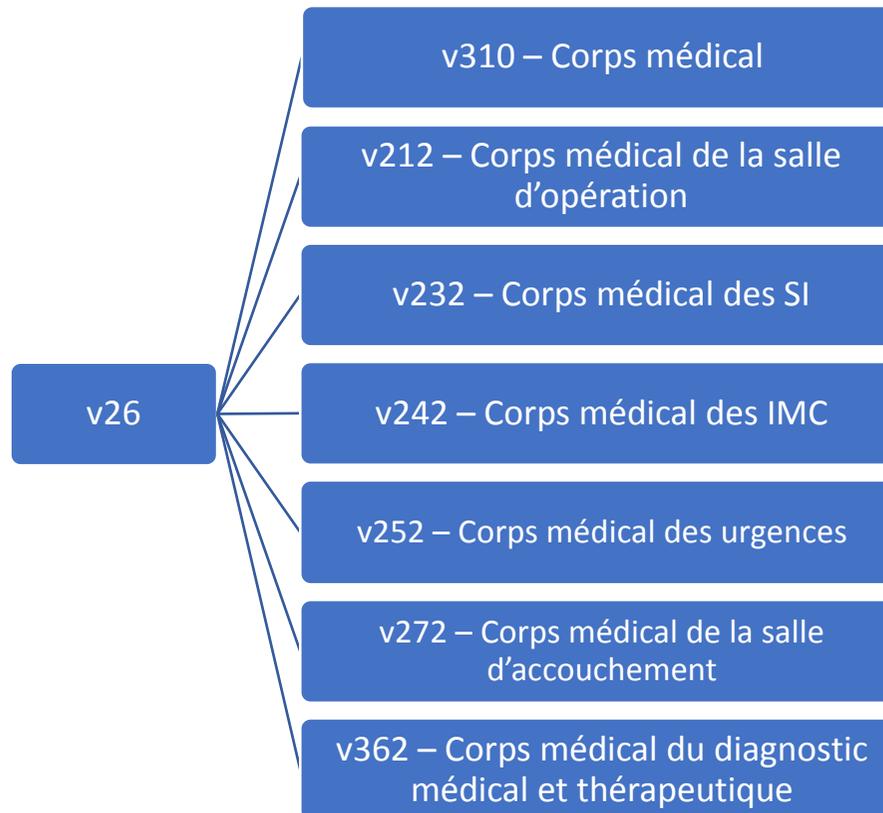
Plausibilisation: Que cela signifie-t-il ?

- Message d'erreur correct?
- Cas correct?



# Interface Web – Plausibilisation – Frais médicaux

Depuis les données 2017, les frais médicaux sont divisés de la façon suivante :



# Interface Web – Plausibilisation – Frais médicaux

## Particularités:

- Hôpitaux qui saisissent tout sous v310
- Hôpitaux qui saisissent en partie de façon fragmentée
- Hôpitaux qui présentent tout de façon différenciée
  
- Et puis encore des cas particuliers qui présentent des coûts très onéreux aussi bien sous v310 que par ex. sous v232
  - Peut-être à double?

# Interface Web – Plausibilisation – autres particularités

Un cas n'est exploitable que s'il a des coûts ET des codes:

Cas hospitalisé x heures en station de soins intensifs reconnue:

- Code pour traitement complexe en soins intensifs
- Durée de séjour en soins intensifs (1.3.V03) codée
- Durée de ventilation artificielle si nécessaire
- Score saisi
  - Ce dernier doit correspondre au code
- Coûts saisis sous v230

# Interface Web – Plausibilisation – autres particularités

Un cas n'est exploitable que si le codage des médicaments est complet :

Cas a obtenu un facteur de coagulation VIII (Code ATC B02BD02)

- Code ATC
- Dose administrée
- Unité
- Dans ce cas, indication supplémentaire
  - Recombinant ou plasmatisque?
- Mode d'administration
  
- Coûts saisis sous v101

# Interface Web – Plausibilisation

Recommandations pour les futurs relevés de données:

- Livraisons anticipées: d'éventuels problèmes peuvent ainsi être découverts plus tôt
- Meilleurs sont les commentaires, plus les cas peuvent être utilisés
- Une livraison jusqu'au 30 avril donne accès au Webfeedback (veuillez laisser la première livraison valide dans l'interface Web!)

Nous vous remercions pour vos feedbacks – et de nous signaler des anomalies (plausibilisation, questionnaire,...)

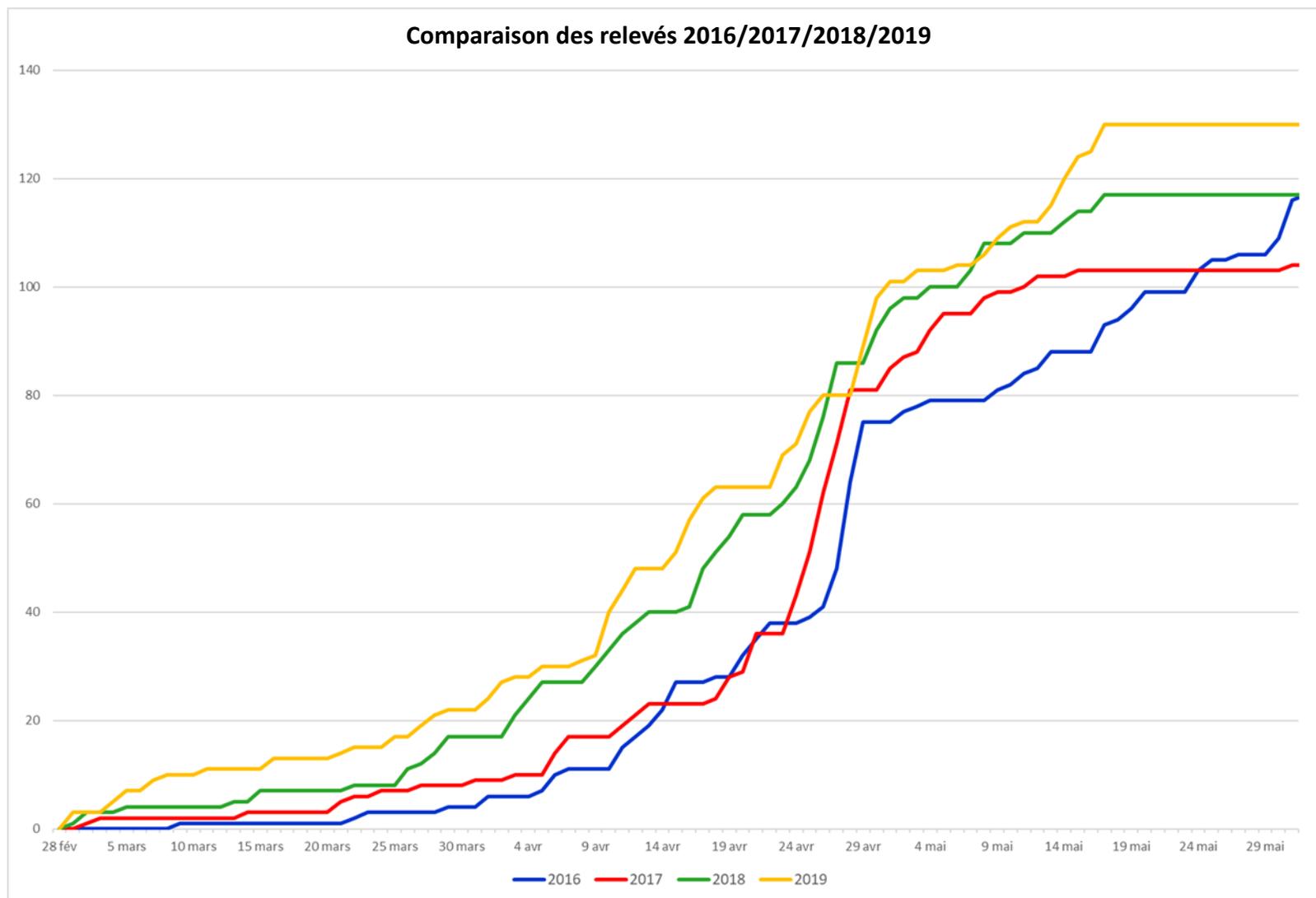
# Relevé des données – vérification des données

Vérification des données en cours d'année:

- 2018 : 36 Hôpitaux avec livraison des données valide
- 2017 : 21 Hôpitaux avec livraison des données valide
- 2016 : 11 Hôpitaux avec livraison des données valide
  
- Automne 2019, il y a à nouveau une vérification des données (en octobre – semaines exactes seront communiquées ultérieurement)

En outre ont lieu des workshops bilatéraux avec des hôpitaux.

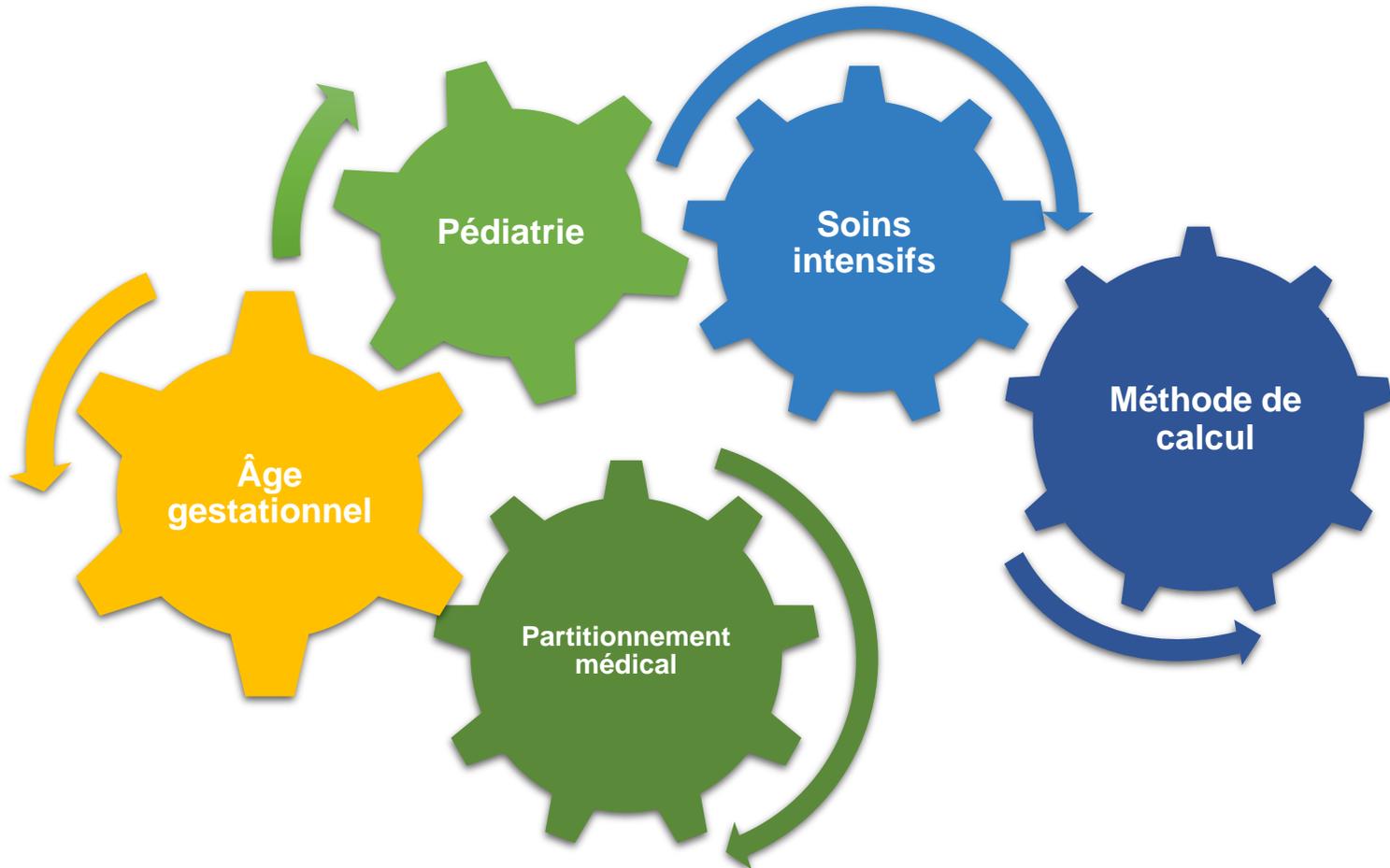
# Développement du relevé à l'avenir ...



# SwissDRG – Version 9.0 / 2020

1. Grouper des rémunérations supplémentaires
2. Base de données
- 3. Développement du Grouper**
4. Résultats

# Axes de développement



# Soins intensifs

## Possibilité de représentation

### Cas de figure:

- Traitement principal aux soins intensifs (ICU) ou Intermediate Care Station (IMCU)
- Prise en charge aux soins intensifs ou IMCU
- Court séjour aux soins intensifs ou IMCU

# Soins intensifs

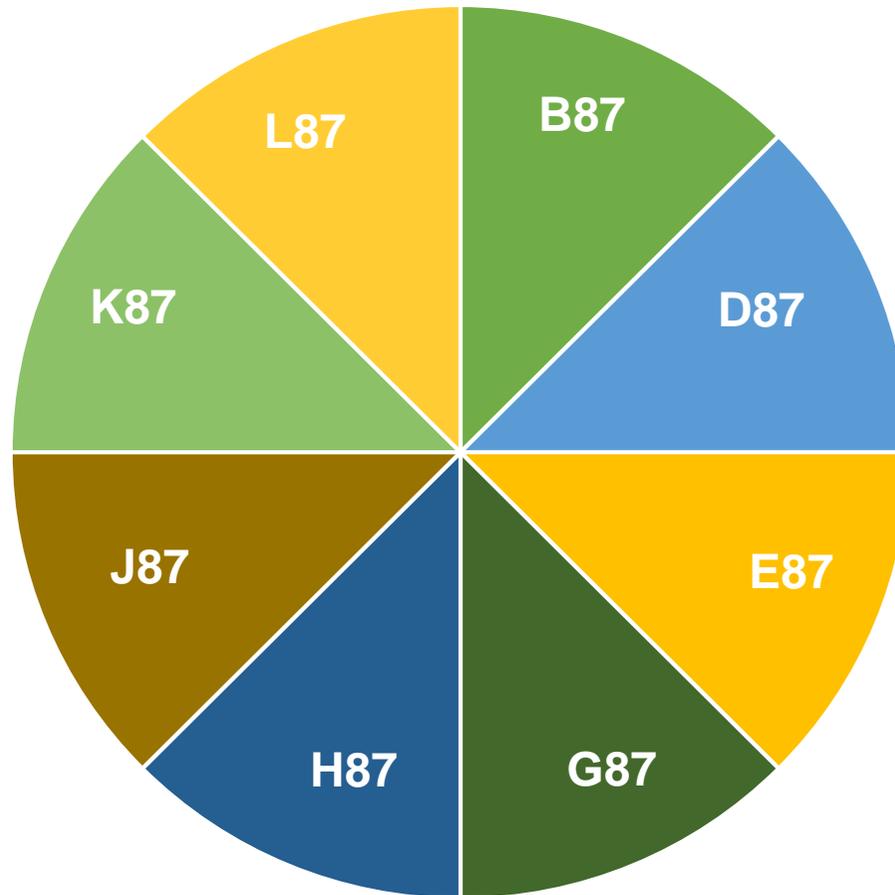
## Possibilité de représentation

### Démarche:

- Examen systématique des cas avec un court séjour aux soins intensif ou IMCU dans tous les MDC
- Établissement de nouveaux DRG en fonction des cas de figure pour tous les partitionnements ou seulement pour le partitionnement médical

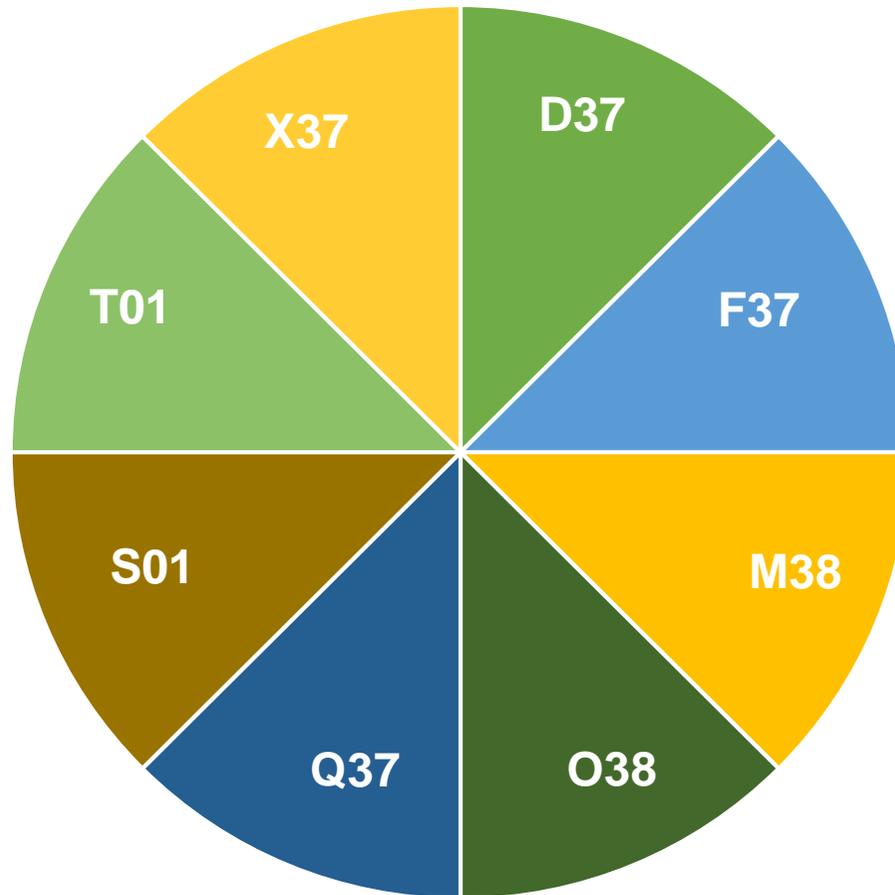
# Soins intensifs

## Partitionnement médical

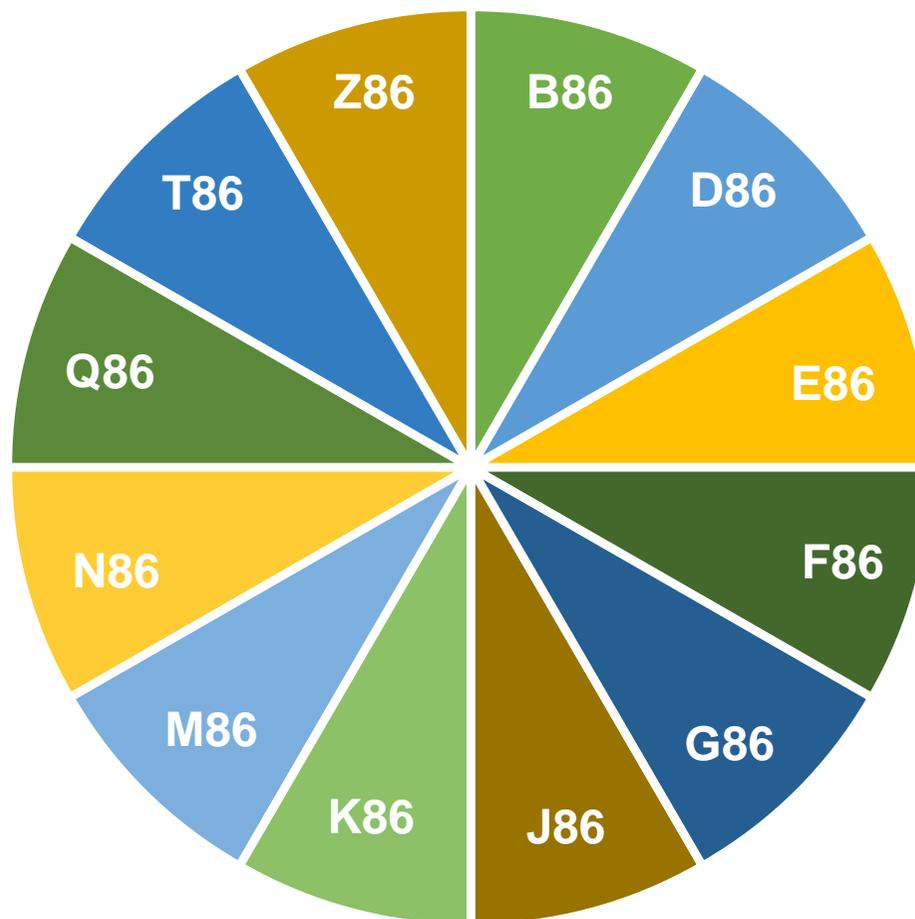


# Soins intensifs

## Tous les partitionnements

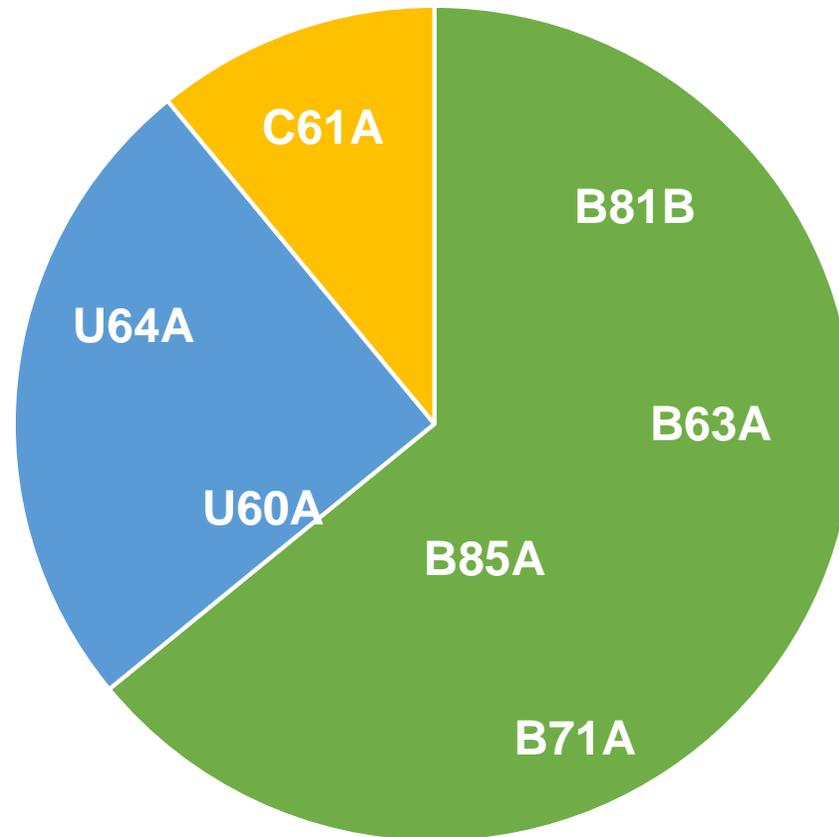


# Partitionnement médical DRG avec un jour d'hospitalisation



# Partitionnement médical

## Diagnostic neurologique complexe



# Partitionnement médical

## Traitement complexe lors d'anorexie

### Jusqu'ici:

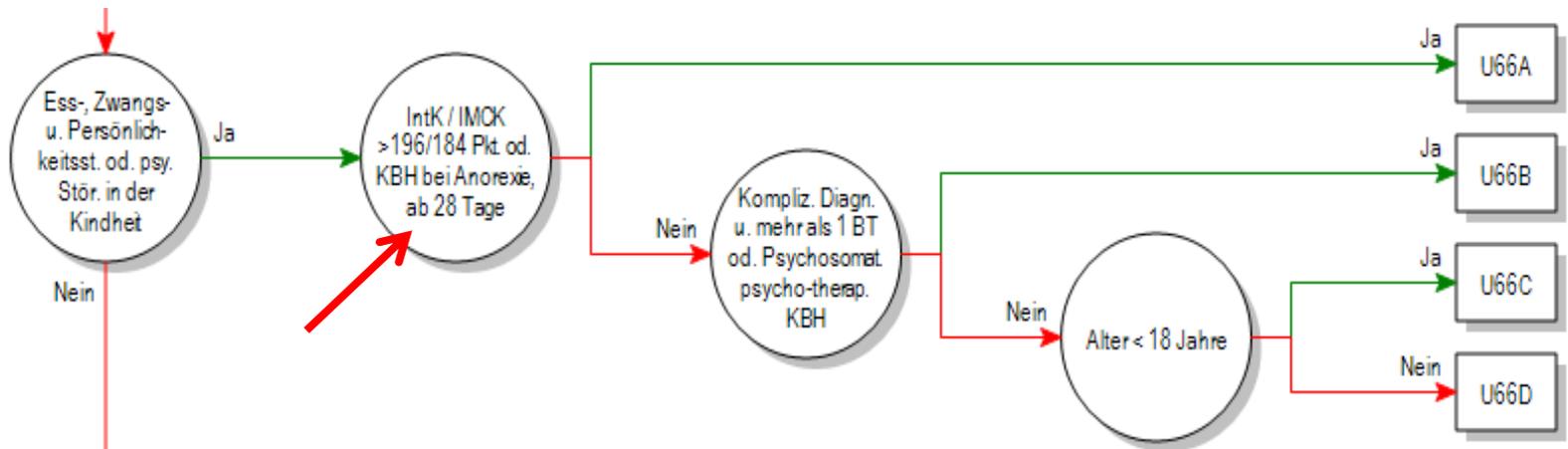
- Dans DRG de base U66 «*Troubles alimentaires, obsessionnels et de la personnalité ou troubles psychiques durant l'enfance*», groupe de cas non homogènes en coûts et en durée de séjour
- Le traitement à long terme lors d'anorexie n'est pas représentable jusqu'à présent avec les codes de procédures
- Dès CHOP 2017, la prestation peut être saisie avec le code 99.bd.1- «*Traitement complexe intégré lors d'anorexie, ....* »

# Partitionnement médical

## Traitement complexe lors d'anorexie

### Transformation:

- Revalorisation des cas «*Traitement complexe intégré lors d'anorexie dès 28 JT*» ainsi que «*traitement complexe de soins intensifs / traitement complexe en unité de soins intermédiaires*» 196 / 184 Pts.» dans le DRG U66A nouvellement défini



# Âge gestationnel

## Nouveau-nés MDC 15

### **Groupement des nouveau-nés en premier lieu selon:**

- Poids à la naissance ou à l'admission
- Interventions cardiothoraciques
- Points de soins intensifs

### **Différenciation de certains DRG s'avère difficile :**

→ Recherche de nouvelles possibilités

# Âge gestationnel

## Nouveau-nés MDC 15

### Âge gestationnel :

- Âge du nouveau-né à partir de la conception
- Correspond à la durée de la grossesse
- Décrit la maturité des organes du nouveau-né
- Âge gestationnel normal environ  $280 \pm 10$  jours

# Âge gestationnel

## Nouveau-nés MDC 15

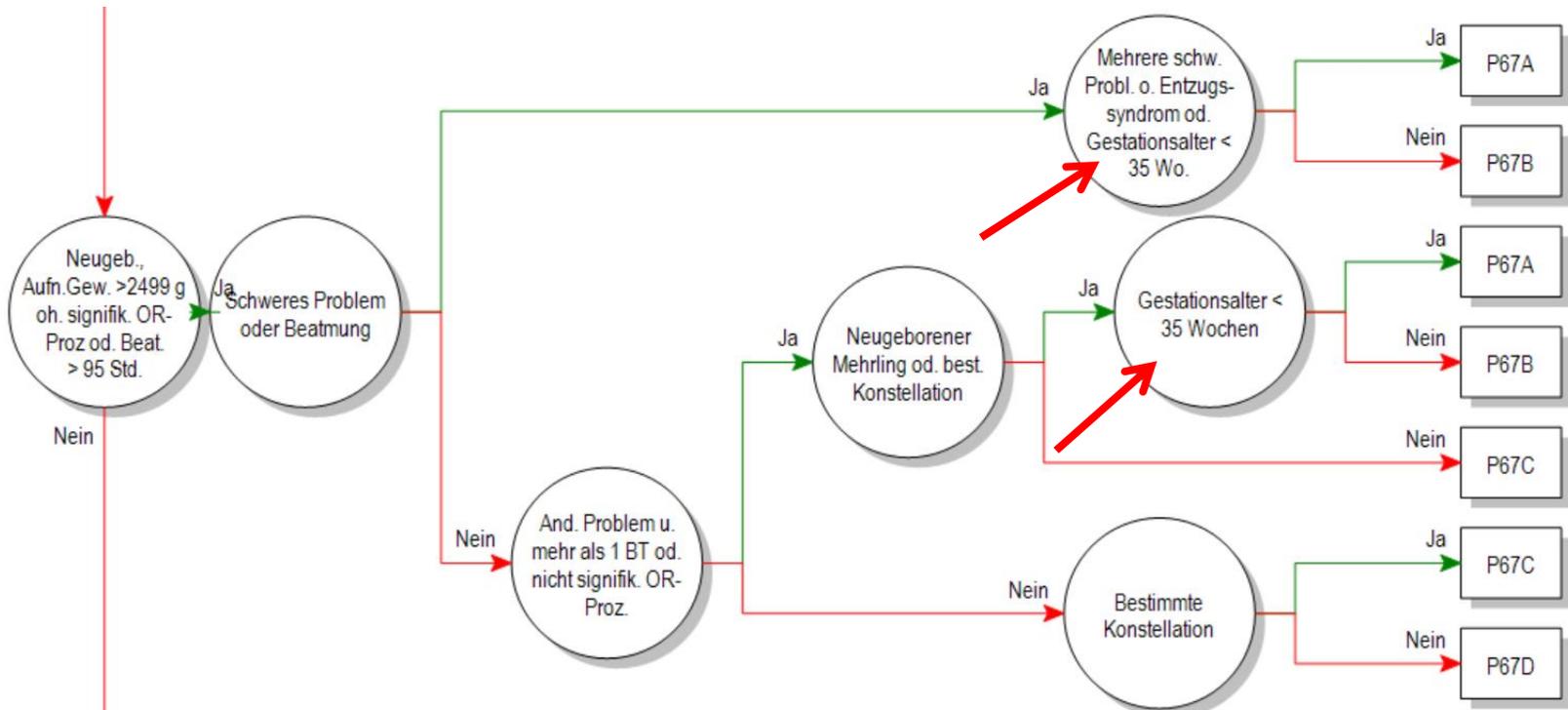
### Résultat:

- De nombreux calculs d'analyse à divers degrés de l'AG dans tous les DRG du MDC 15
- Établissement de l'AG comme critère de split dans certains DRG
- Un groupement primaire de cas selon l'AG n'est pas judicieux à l'heure actuelle

→ représentation adéquate de cas onéreux possible

# Âge gestationnel Nouveau-nés MDC 15

## Transformation:



# Âge gestationnel

## Jeu des données

### A observer:

- L'âge gestationnel fait partie du jeu des données de l'enfant
- L'âge gestationnel doit être saisi dans la variable 4.8.V16 de la statistique médicale
- La saisie uniquement de l'AG dans le jeu des données nouveau-nés ne suffit pas pour le regroupement
- La variable 4.8.V16 doit être saisie de façon non cryptée

# Chimiothérapie hautement complexe

## CHOP 2016:

- «*Séries de chimiothérapie hautement complexes et intensives: une série de chimiothérapie au cours d'une hospitalisation*» OU «*deux séries de chimiothérapie .....*», le code est défini par des listes d'exemples «*médicaments/nombre de jours/maladie*»

## CHOP 2017:

- «*Chimiothérapie hautement complexe et intensive*» OU «*..., deux chimiothérapies au cours d'une hospitalisation*» code nouvellement défini par des caractéristiques minimales, par ex. «*Chimiothérapie sur 5-8 jours avec au moins deux cytostatiques différents*»

# Chimiothérapie hautement complexe

## Problème:

- une augmentation sensible de cas qui remplissent maintenant la condition «séries de chimiothérapie »
- données de coûts ne sont plus homogènes
- représentation n'est plus appropriée dans Pré-MDC ainsi que dans MDC 17

# MDC 17 Néoformations hématologiques et solides

## Problème:

- Représentation des cas enfants
- Conditions de split ne sont plus des séparateurs de coûts

## Analyse:

- Examen systématique des conditions de split avec «*Chimiothérapie hautement complexe*»
- Identification de constellations coûteuses

# MDC 17 Néoplasmes hématologiques et solides

## Constellations coûteuses

### Transformation I:

- Revalorisation des cas des DRG R60A «*Leucémie myéloïde aiguë, ...*» et R63A «*Autre leucémie aiguë, ...*» traitement complexe de soins intensifs dans DRG R50A
- Révision du DRG de base R50, représentation:
  - cas enfants dans DRG R50A
  - séries de chimiothérapie extrêmement complexe et intensive (2 cycles) avec certaines constellations dans DRG R50A
  - certaines interventions dans DRG R50B
  - traitement complexe de soins intensifs indépendamment du diagnostic principal dans DRG R50C

# MDC 17 Néoplasmes hématologiques et solides

## Autres formes de leucémie aiguë

### Transformation II:

- Examen et nouvelle définition des critères de split actuels
- Revalorisation des cas enfants PCCL>3 dans DRG R63D et avec PCCL>3 dans DRG R63B
- Revalorisation des cas avec constellations complexes (Mycoses, procédure de complication) dans DRG R63A
- Séries de chimiothérapie extrêmement complexe et intensive ne sont plus appropriées comme critère de split

# Pré-MDC

## Traitement complexe de médecine palliative

### Analyse:

- Représentation exigeante des cas complexes dans les A97A et A97B avec un petit nombre de cas
- Les cas de médecine palliative sont représentés de façon appropriée dans les DRG A97D à A97G avec un grand nombre de cas

→ Les feedback des hôpitaux confirment les résultats !

# Transformations globales des MDC

## Traitement sous vide

### CHOP 2016:

- Les codes pour «*Débridement de plaie, d'infection ou de brûlure*» ne sont pas différenciés selon l'étendue et les coûts
- Problème de la délimitation des cas coûteux

### CHOP 2017:

- Définition débridement chirurgical selon «*...anesthésie régionale ou générale*»
- Subdivision «*Débridement chirurgical, non étendu/modérément étendu/étendu*»; étendue 4-20 cm<sup>2</sup> ou > 20 cm<sup>2</sup>

# Transformations globales des MDC

## Traitement sous vide

### Jusqu'ici:

- Les débridements coûteux en combinaison avec la thérapie sous vide ne sont en partie pas représentés de façon appropriée en ce qui concerne la durée de séjour et les coûts
- Les codes ne sont pas compris dans la fonction «*Traitement sous vide*»
- Les cas dans le DRG de base I27 «*Interventions sur les parties molles*» sont sous rémunérés

# Transformations globales des MDC

## Traitement sous vide

### Transformation:

- Admission des codes CHOP 86.2a.31 à -.3e «*Débridement chirurgical, étendu,...*» dans la fonction «*Traitement sous vide*»
- Logique élargie dans DRG I27A avec «*Traitement sous vide*»
- Représentation dans la logique des DRG de base; B17, C14, D12, E02, F21, G12, H06, I02, I28, J02, J11, K09, L09, M06, N11, X05 et DRG Y02A
- Pas de raison pour l'admission des codes dans la fonction VAC I / II

# Transformations globales des MDC

## Néoforations

### Demande:

- Split du DRG D67Z «*Maladies des dents et de la cavité buccale sans extraction ni réparation dentaires*» avec PCCL > 2

### Analyse:

- La règle pour le codage des maladies tumorales comme diagnostic principal/diagnostic secondaire est appliquée différemment
  - Des cas très coûteux regroupent dans des DRG sous-évalués, si la tumeur est codée comme diagnostic secondaire
- Clarification des règles de codage serait judicieuse

# Transformations globales des MDC

## Néoformations

### Transformation:

- Revalorisation des cas avec «*État après la transplantation*» OU «*PCCL > 3*»



### Adaptation de la «déviation leucémie»

- DP B00.2 «*Gingivo-stomatite et pharyngo-amygdalite due au virus de l'herpès*»
- DS D47.1 «*Maladie myéloproliférative chronique*»

# MDC 01 Système nerveux

## Attribution au diagnostic principal

### Demande:

- Examen du tableau des diagnostics principaux (DP)
- Code E51.2 «*Encéphalopathie de Wernicke*» jusqu'ici dans MDC 10
- Code I67.4 «*Encéphalopathie hypertensive*» jusqu'ici dans MDC 05

### Transformation:

- Déplacement des codes dans le tableau des DP du MDC 01
- Codes attribués au DRG de base B63 «*Démence et autres troubles chroniques de la fonction cérébrale*»

→ Demande réalisée

# MDC 02 Maladies et troubles de l'œil

## NM, affections diabétiques et autres affections de l'œil

### Problème:

- Conditions de split «*Néoforations malignes de l'œil*» et «*CC extrêmement sévères*» ne sont plus des séparateurs de coûts dans DRG C63A

### Transformation:

- Révision des conditions de split



→ Représentation appropriée des cas

# MDC 03 Maladies et troubles de l'oreille, du nez, de la bouche et de la gorge

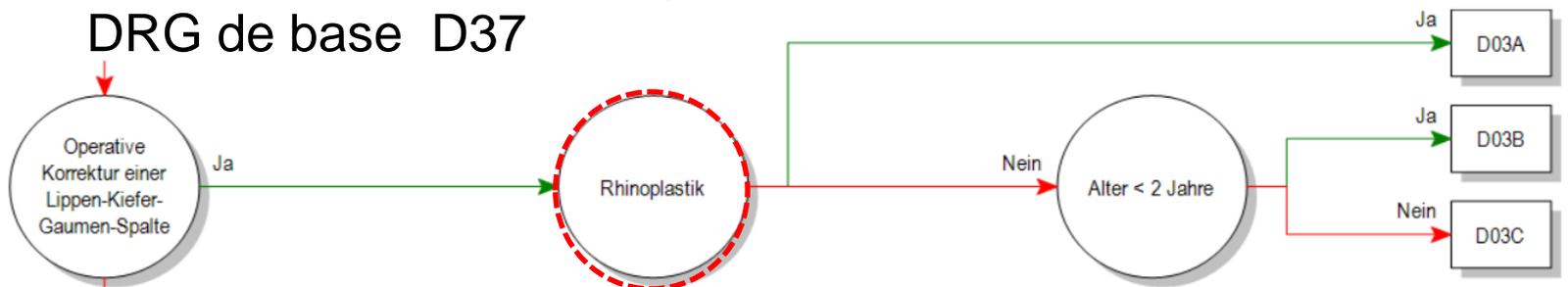
## Correction opératoire d'une fente labio-alvéolo-palatine

### Demande:

- Revalorisation des cas avec correction opératoire d'une fente labio-alvéolo-palatine ainsi qu'un traitement complexe de soins intensifs dans DRG de base D03 «*Correction opératoire d'une fente labio-alvéolo-palatine*»

### Transformation:

- Attribution de la correction opératoire d'une fente labio-alvéolo-palatine au DRG D03A
- Cas avec traitement complexe de soins intensifs dans nouveau DRG de base D37



# MDC 03 Maladies et troubles de l'oreille, du nez, de la bouche et de la gorge

## Tonsillectomie et adénectomie

### Jusqu'ici:

- Tonsillectomie et adénectomie représentées dans DRG de base D13 et D30

### Transformation:

- Attribution des tonsillectomie et adénectomie au DRG de base D13 «*Tonsillectomie ou adénectomie sauf en cas de néoformation maligne*» seulement
- Établissement de nouvelles conditions de split «*Contrôle d'hémorragie*» et «*âge < 16 ans*» pour le DRG D13A



# MDC 04 Maladies et troubles des organes respiratoires

## Résection pulmonaire segmentaire

### Problème:

- Code «*Résection pulmonaire segmentaire* » avec marge d'interprétation
- Précision du code 32.30 «*Résection pulmonaire segmentaire anatomique par voie thoracoscopique*» dans le catalogue CHOP 2016, s'en suit une délimitation claire envers les résections simples

### Transformation:

- Dévalorisation des codes 32.20 «*Ablation thoracoscopique de lésion ou de tissu du poumon*»
- Valorisation différenciée et représentation appropriée des deux codes

# MDC 05 Maladies et troubles de l'appareil circulatoire

## Endoprothèses aortiques

### Demande:

- Revalorisation de cas avec rupture d'anévrisme aortique dans le DRG F51A «*Implantation endovasculaire d'endoprothèse (stent) aortique avec implantation d'endoprothèse (stent) particulière* »

### Transformation:

- Admission des diagnostics de rupture et dissections d'anévrisme aortique dans DRG F51A

# MDC 05 Maladies et troubles de l'appareil circulatoire

## Interventions vasculaires

### Demande:

- Examen de la rémunération appropriée dans le DRG de base F59 «*Interventions vasculaires complexes ou moyennement complexes*»
  - thrombolyse transluminale percutanée sélective
  - ballon à élution de médicament
  - endoprothèses particulières

# MDC 05 Maladies et troubles de l'appareil circulatoire

## Interventions vasculaires

### Transformation:

#### Revalorisation

- Thrombolyses sélectives en plusieurs temps **avec** CC extrêmement sévères nouvellement dans DRG F59A «*Interventions vasculaires complexes ou moyennement complexes avec interventions en plusieurs temps ou traitement sous vide*»
- **sans** CC extrêmement sévères dans F59C «*Interventions vasculaires complexes ou moyennement complexes avec intervention endovasculaire en plusieurs temps*»
- Avec 3 ou plus de ballons à élution de médicament ou endoprothèses dans DRG F59F «*Interventions vasculaires complexes ou moyennement complexes avec pose multiple de stents ou diagnostic de complication ou intervention particulière*»

# MDC 05 Maladies et troubles de l'appareil circulatoire

## Stimulateur cardiaque

### Demande:

- Examen de la représentation appropriée du stimulateur cardiaque sans sonde dans le DRG de base F12  
*«Implantation d'un stimulateur cardiaque»*

### Transformation:

- Établissement d'un nouveau DRG F12D *«Implantation d'un stimulateur cardiaque sans sonde»*

→ Représentation appropriée de ces cas possible

# MDC 06 Maladies et troubles des organes digestifs

## Résection profonde du rectum

### Problème:

- Les cas avec résection profonde du rectum sont jusqu'ici sous rémunérés

### Transformation:

- Admission des codes CHOP «*Résection profonde du rectum*» dans DRG de base G16 «*Résection rectale complexe ou éviscération du petit bassin ou intervention pour néoformation maligne ou radiothérapie avec grande intervention abdominale*»

→ Revalorisation marquée des cas

# MDC 06 Maladies et troubles des organes digestifs

## Hernies incisionnelles

### Problème:

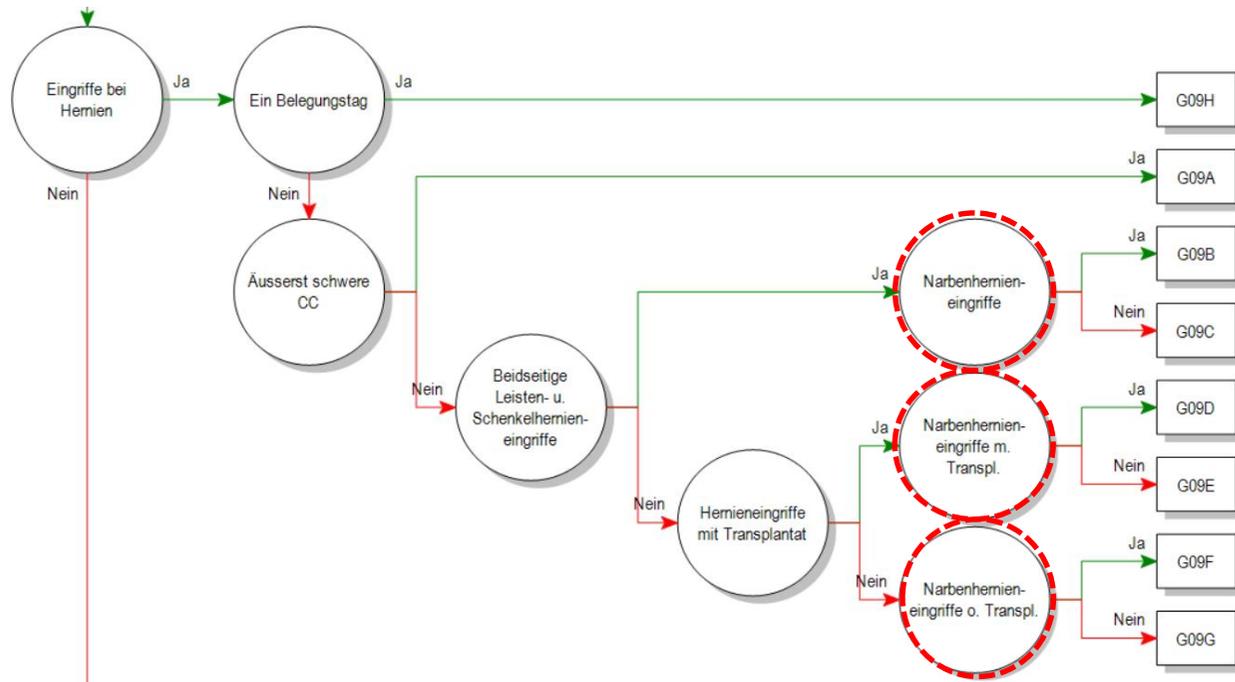
- Les opérations de hernies incisionnelles peuvent être très coûteuses
  - Code CHOP applicable indépendamment de la grandeur de l'hernie et de la complexité de l'intervention
  - Rémunération non appropriée de certaines opérations complexes d'hernie incisionnelle
- Clarifications recommandées pour le codage

# MDC 06 Maladies et troubles des organes digestifs

## Hernies incisionnelles

### Transformation:

- Revalorisation de certaines opérations d'hernie incisionnelle au sein du DRG de base G09 «opérations d'hernie »



# MDC 07 Maladies et troubles du système hépatobiliaire et du pancréas

## Affections du foie

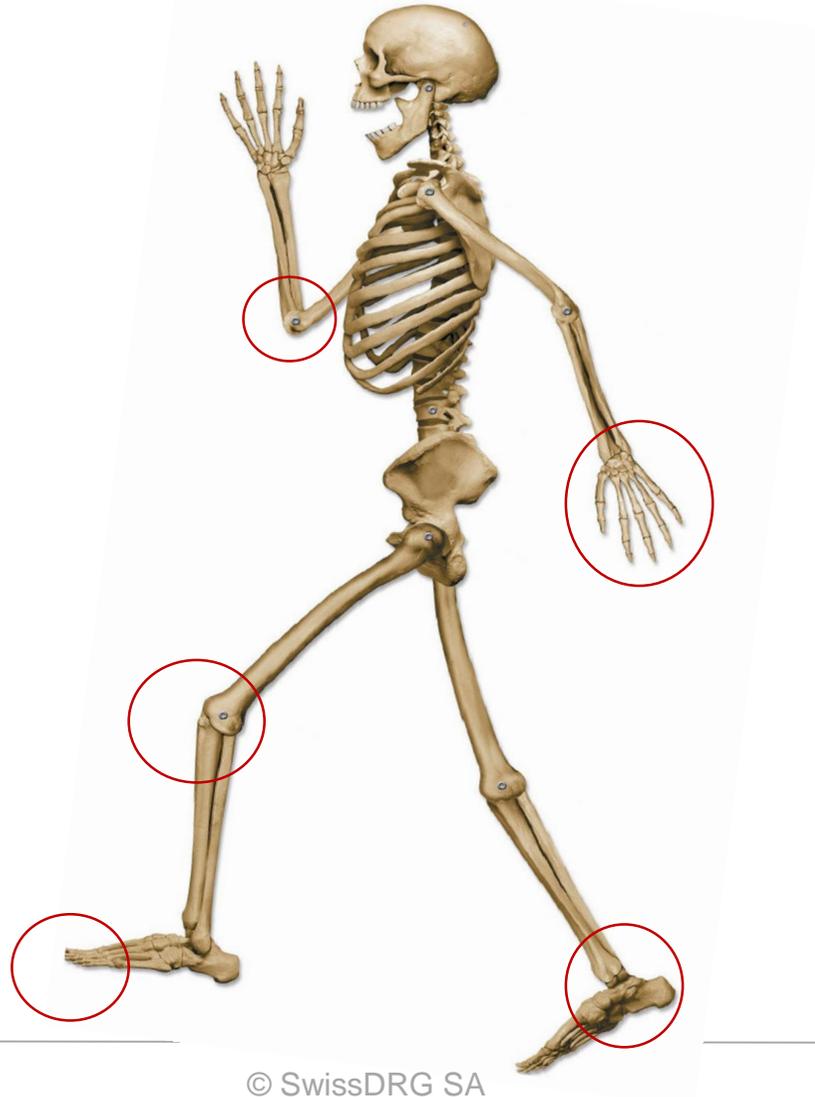
### Demande:

- Revalorisation des cas avec PCCL >5/6 au sein du DRG de base H63 «*Affections du foie*»

### Transformation:

- Revalorisation des cas avec septicémie dans DRG H63A «*Affections du foie sauf néoformation maligne, cirrhose hépatique et hépatites non infectieuses particulières ou séjour d'évaluation avant transplantation hépatique avec CC extrêmement sévères ou procédure de complication, et diagnostic complexe, plus d'un jour d'hospitalisation*»

# MDC 08 Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique



# MDC 08 Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique

## Main

### **Demande:**

- Cas avec infection, abcès, pseudarthrose, luxation, interventions multiples en un temps etc. ne sont pas représentés de façon appropriée dans le DRG de base I32 «*Interventions sur le poignet et la main*»

### **Transformation:**

- Admission de codes de diagnostics principaux complémentaires dans DRG de base I32, par ex. M84.14 «*Fracture non consolidée [pseudarthrose]main*», S63.2 «*Luxations multiples des doigts*» etc.
- Admission de la fonction «*intervention à plusieurs localisations*» dans la logique du DRG I32B

# MDC 08 Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique

## Articulation du genou

### Demande:

- En raison des coûts élevés des implants, la transplantation du ménisque n'est pas rémunérée de façon appropriée dans DRG de base I30 «*Interventions complexes sur l'articulation du genou*»
- Examen d'une possible rémunération supplémentaire

### Transformation:

- Établissement d'une rémunération supplémentaire n'est pas approprié
- Transformations du DRG de base I30 avec de nouveaux critères de split

# MDC 08 Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique

## Complications / Révisions

### Demande:

- Cas sous-rémunérés avec infections dues à une prothèse
  - T84.5 «*Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse articulaire interne*»
  - T84.6 «*Infection et réaction inflammatoire dues à un appareil de fixation interne*»
  - T84.7 «*Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes orthopédiques internes*»

### Analyse:

- DRG de base I12 «*Infection / inflammation des os et des articulations avec différentes interventions sur l'appareil musculosquelettique et le tissu conjonctif,*» ne suffit qu'en diagnostic principal à la condition pour les codes T84.5 – T84.7

# MDC 08 Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique Complications / Révisions

## Transformation:

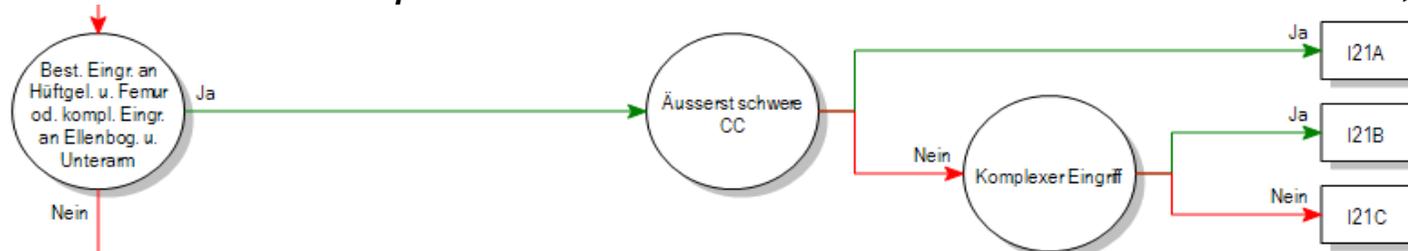
- Codes ICD remplissent la condition pour le DRG de base I12 aussi comme diagnostic secondaire
- Ajustement des tableaux de procédures
- Admission de codes CHOP supplémentaires «.. *Révision d'une articulation,...*» dans tableau existant
- Élimination des incitations inopportunes (codage de la complication comme DP/DS influence l'attribution DRG)

# MDC 08 Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique

## Homogénéité médicale

### Problème:

- Inhomogénéité des coûts dans DRG de base I21  
*«Interventions particulières sur l'articulation de la hanche et le fémur ou interventions complexes sur l'articulation du coude et l'avant-bras,»*



- Cas ne sont plus représentés de façon appropriée dans DRG de base I31 *«Plusieurs interventions complexes sur l'articulation du coude et à l'avant-bras ...»*



# MDC 08 Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique

## Homogénéité médicale

### Transformation I:

- Adaptation du tableau du DRG de base I21 de tous les codes avec intervention sur l'articulation du coude et l'avant-bras
- Révision des critères de split comme séparateur de coûts
- DRG I21C éliminé

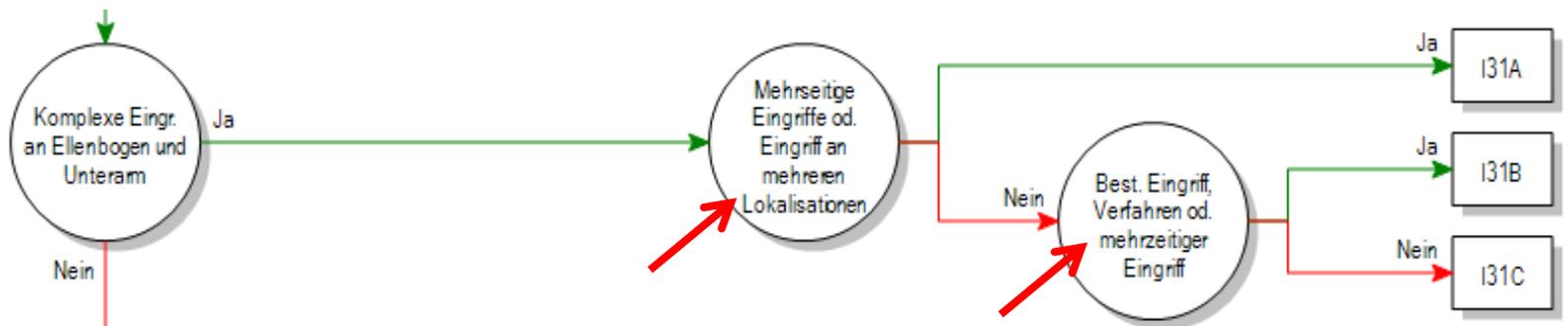


# MDC 08 Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique

## Homogénéité médicale

### Transformation II:

- Admission des codes avec intervention sur l'articulation du coude et l'avant-bras dans DRG de base I31
- Logique pour DRG de base révisée
- Examen de nouveaux critères de split dans DRG
- Autre adaptation du tableau dans DRG de base I18 et I59



# MDC 09 Maladies et troubles de la peau, **DRG** du tissu sous-cutané et de la glande mammaire Opérations de chirurgie plastique

## Demande:

- Sous-rémunération des opérations de chirurgie plastique de réduction de tissu dans DRG de base  
J10 «*Opérations de chirurgie plastique au niveau de la peau, du tissu sous-cutané et de la glande mammaire*»

## Transformation:

- Split du DRG de base et revalorisation des codes de procédure, *par ex.* «86.83.12 Réduction de tissu adipeux, épaule et bras», dans DRG J10A



# MDC 11 Maladies et troubles des organes urinaires

## Dialyse - accès vasculaire

### Demande:

- Nouveau procédé novateur pour l'accès vasculaire lors de nécessité d'une mise en dialyse  
→ Canule dans zone mastoïde

### Transformation:

- Procédé représentable avec le code CHOP 20.99.10  
*«Implantation d'ancrages osseux dans l'os pétreux, l'oreille moyenne ou interne»*
- Admission du code dans DRG de base L09 *«Autres interventions pour affections des organes urinaires»*

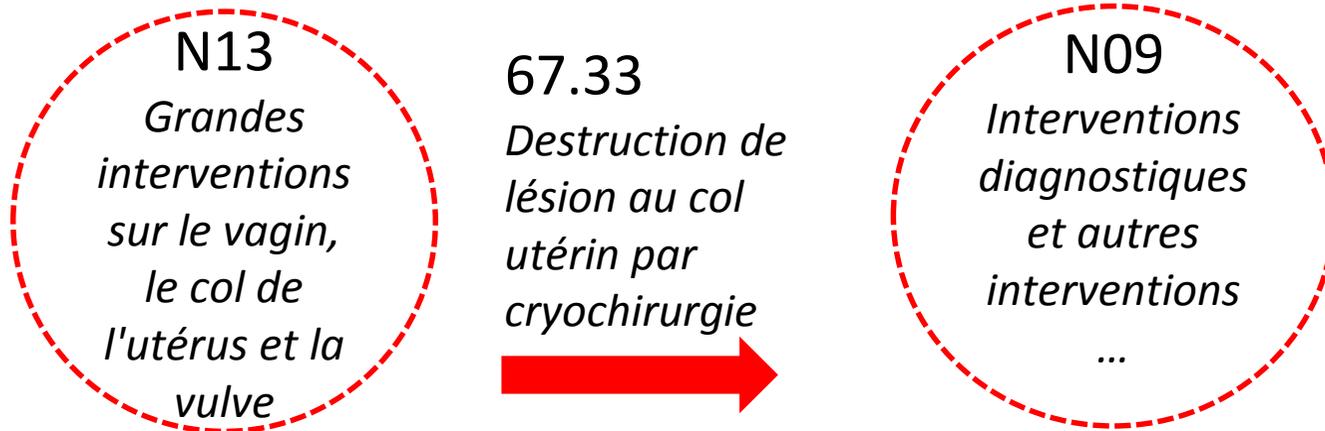
# MDC 13 Maladies et troubles des organes génitaux féminins

## Interventions sur le col utérin

### Problème:

- Cas avec code 67.33 «*Destruction de lésion du col utérin par cryochirurgie*» surévalués dans DRG N13

### Transformation:



# MDC 14 Grossesse, naissance et suites de couches

## Accouchement par voie basse avec intervention

### Problème:

- Nombre de cas très faible dans DRG O02A



### Transformation:

- Attribution des cas avec „procédure de complication ou procédure complexe» au DRG O38B

# MDC 14 Grossesse, naissance et suites de couches

## Cerclage du col utérin

### Indication:

- Les cas avec cerclage du col utérin pour insuffisance pendant la grossesse regroupent dans DRG O02B  
*«Accouchement par voie basse avec intervention coûteuse,....»*

### Transformation:

- Codes 67.59 *«Autre réparation d'orifice cervical interne»* et 67.69 *«Autre réparation du col utérin»* attribués au DRG de base O65 *«Autre cause d'hospitalisation prénatale»*
- En outre représentés dans MDC 13, DRG de base N62 *«...autres affections des organes génitaux féminins,....»*

# MDC 21A Traumatisme multiple

## Interventions particulières

### Problème:

- DRG W02B «*Traumatisme multiple avec interventions particulières ou réadaptation gériatrique aiguë à partir de 14 jours de traitement*» et W02C «*Traumatisme multiple avec procédure opératoire ou ventilation artificielle > 24 heures*» présentent des coûts et des durées de séjour semblables

### Transformation:

- Élimination du critère «*ventilation artificielle > 24 heures*» dans DRG de base W02
- Fusion des DRG W02B et W02C

# Réduction d'incitations négatives DRG 901, 902

## Analyse:

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

## Options:

- Admission de plusieurs codes PO dans des MDC complémentaires
- Déplacer les diagnostics principaux dans d'autres MDC
- Adaptation de l'attribution des codes de PO dans les DRG de base 901 ou 902

# Réduction d'incitations négatives DRG 901, 902

## Transformation:

- Admission de divers codes de procédure opératoire dans des MDC supplémentaires, par ex.:
- MDC 01 «*Plastie reconstructive des lèvres et de la bouche*»
- MDC 08 «*Laparoscopie*»
- MDC 11 «*Splénectomie totale*»
- MDC 13 «*Stents vasculaires, incision osseuse, spondylodèses, interventions sur la glande mammaire.*»

# Réduction d'incitations négatives DRG 901, 902

## Jusqu'ici:

- Code D13.7 «*Tumeur bénigne du pancréas endocrine* » dans tableau des diagnostic principaux de la MDC 10

## Transformation:

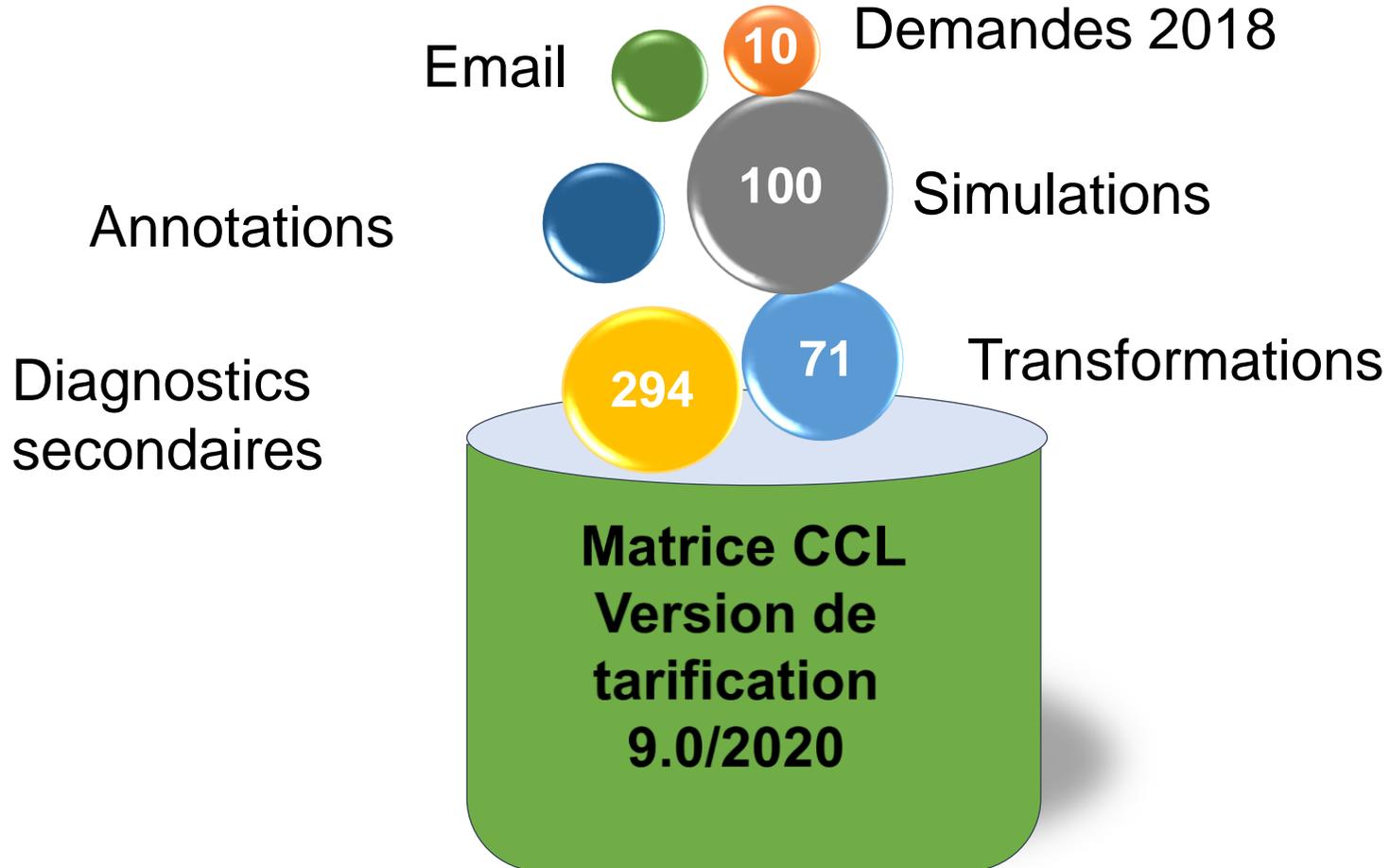
- Déplacer le code dans tableau des diagnostic principaux de la MDC 07
- Admission dans DRG de base H62 «*Affections du pancréas sauf néoformation maligne*»

# Réduction d'incitations négatives DRG 901, 902

## Transformation:

- Admission de codes dans le tableau du DRG 902Z  
*«Procédure opératoire non étendue sans rapport avec le diagnostic principal»* par ex.:
- 61.0x.- *«Incision et drainage de scrotum et de tunique vaginale»*
- 86.7a.3- *«Plastie de glissement-rotation, non étendue»*
- 86.7a.5- *«Plastie de transposition (VY), non étendue»*
- 86.7a.7- *«Plastie de lambeau insulaire, non étendue»*
- 86.7a.9- *«Plastie de lambeau locale de peau et de tissu souscutané, autres,.. »*
- 86.82 *«Rhytidectomie faciale»*

# Matrice CCL Simulations

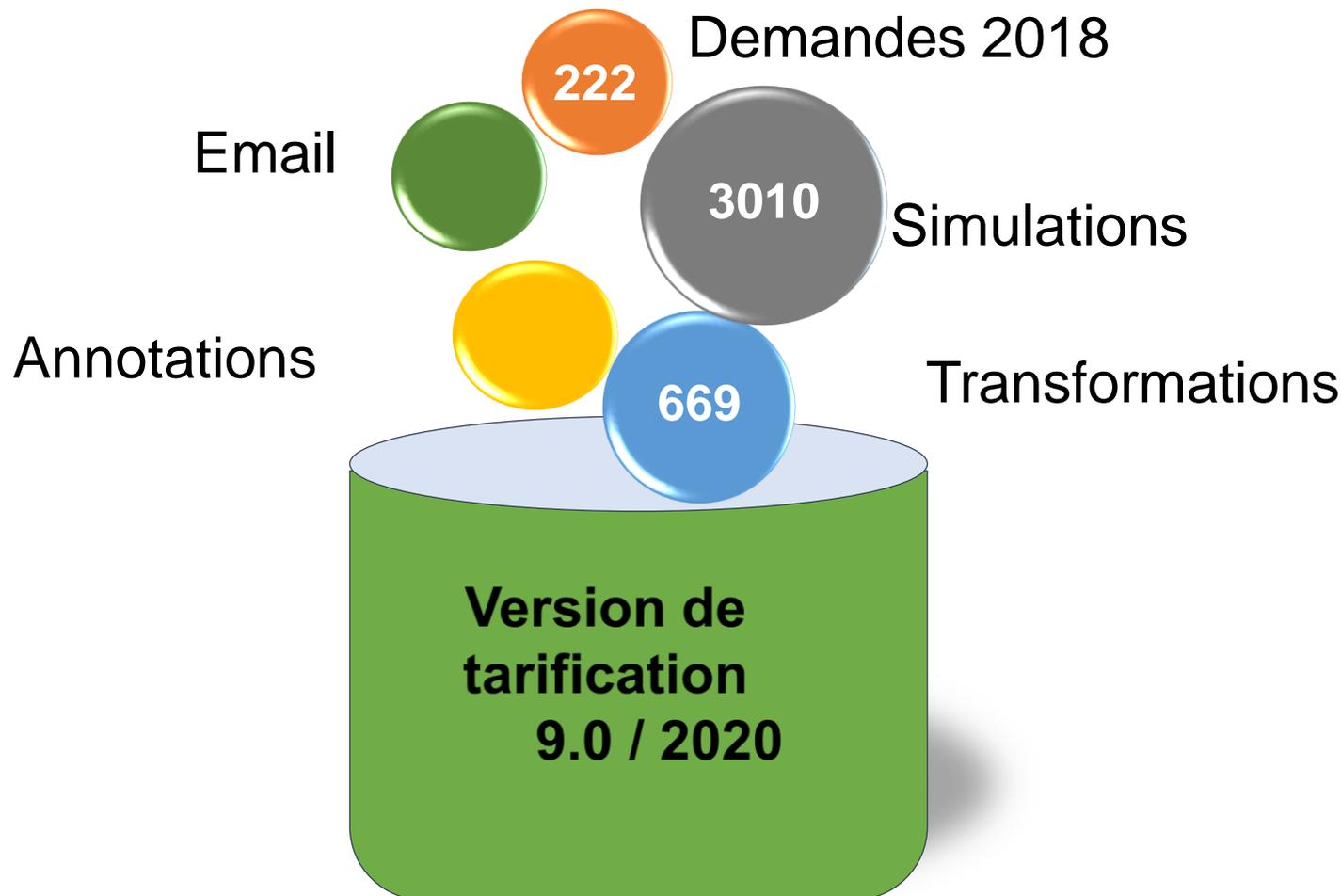


# Procédure de demandes 2018

## Somatique aiguë

|                  | 2018 | 2017 | 2016 |
|------------------|------|------|------|
| <b>Demandes</b>  | 222  | 216  | 189  |
| <b>Réalisées</b> | 144  | 112  | 115  |
| <b>Taux</b>      | 65%  | 52%  | 61%  |

# Révision de la classification des DRG Simulations



# Révision de la classification des DRG

## Rémunérations supplémentaires

### Établissement de nouvelles rémunérations supplémentaires

- Oxygénothérapie hyperbare
- Traitement en chambre de décompression
- Prothèse de bifurcation aortique
- Durée du traitement avec un ballonnet de contre pulsation intra-aortique (IABP)
- Station spéciale d'isolement

# Directive de codage septicémie

- 2017/2018 révision «Définition de la septicémie» directives de codage  
→ Sofa Score
- Publication dans le manuel de codage médical Version 2019 n'a pas eu lieu
- Informations complémentaires en sept. 2018 sur le site de SwissDRG SA
- Circulaire OfS 2019 Nr. 2 OfS Publication de la directive
- Admission dans le manuel de codage médical Version 2020  
→ Informations complémentaires supprimées sur le site de SwissDRG SA

# SwissDRG – Version 9.0 / 2020

1. Grouper des rémunérations supplémentaires
2. Base de données
3. Développement du Grouper
- 4. Résultats**

# Résumé des modifications

|                                      | V9.0        | V8.0     | V7.0     |
|--------------------------------------|-------------|----------|----------|
| <b>Nombre de DRG</b>                 | <b>1056</b> | 1037     | 1041     |
| DRG non évalués                      | <b>0</b>    | 1 (962Z) | 1 (962Z) |
| DRG non facturables                  | <b>4</b>    | 3        | 3        |
| <b>DRG d'un jour</b>                 | <b>240</b>  | 287      | 289      |
| Explicite                            | <b>44</b>   | 43       | 37       |
| Implicite                            | <b>196</b>  | 244      | 252      |
| <b>Rémunérations supplémentaires</b> | <b>136</b>  | 108      | 93       |
| Évaluées                             | <b>135</b>  | 107      | 92       |
| Non évaluées                         | <b>1</b>    | 1        | 1        |

# Détermination des cost-weights

|             | Nombre de DRG calculés | <i>Dont calculés sur 2 ou 3 années de données</i> |
|-------------|------------------------|---|
| <b>V9.0</b> | <b>1'052</b>           | <b>16/6</b>                                       |
| V8.0        | 1'033                  | 27/3  |
| V7.0        | 1'037                  | 19/7  |
| V6.0        | 1'035                  | 21/3  |



Critères :

- Peu de cas
- Pas de modification du grouper

# Pourcentage d'outliers

|                     | Version 9.0   |             | Version 8.0   |             |
|---------------------|---------------|-------------|---------------|-------------|
|                     | Nombre de cas | Pourcentage | Nombre de cas | Pourcentage |
| Inlier              | 789'178       | 79.5%       | 756'450       | 76.2%       |
| High outliers       | 67'619        | 6.8%        | 62'700        | 6.3%        |
| Low outliers        | 66'547        | 6.7%        | 104'194       | 10.5%       |
| Cas transférés      | 68'954        | 6.9%        | 68'954        | 6.9%        |
| DRG non évalués     | 0             | 0%          | 1             | 0%          |
| DRG non facturables | 93            | 0%          | 92            | 0%          |
| Tous les cas        | 992'391       | 100%        | 992'391       | 100%        |

*Base de données: 2017, données de calcul*

# Indice casemix selon la typologie

| Niveau de prestation                        | Nombre de cas    | CMI 9.0      | CMI 8.0      | Delta 8.0/9.0  |
|---|------------------|--------------|--------------|----------------|
| K111 Prise en charge centralisée - niveau 1 | 210'022          | 1.401        | 1.398        | +0.3%          |
| K112 Prise en charge centralisée - niveau 2 | 629'194          | 0.994        | 0.995        | -0.1%          |
| K121 Soins de base - niveau 3               | 133'032          | 0.959        | 0.960        | +0.0%          |
| K122 Soins de base - niveau 4               | 72'080           | 0.912        | 0.913        | -0.2%          |
| K123 Soins de base - niveau 5               | 25'835           | 0.882        | 0.884        | -0.2%          |
| K231 Chirurgie                              | 33'860           | 1.000        | 0.999        | +0.2%          |
| K232 Gyn. / Néonatalogie                    | 2'892            | 0.379        | 0.383        | -1.0%          |
| K233 Pédiatrie                              | 18'578           | 1.266        | 1.253        | +1.0%          |
| K234 Gériatrie                              | 3'951            | 1.387        | 1.421        | -2.4%          |
| K235 Cliniques spécialisées                 | 9'893            | 1.042        | 1.050        | -0.8%          |
| <b>Tous les cas</b>                         | <b>1'139'551</b> | <b>1.062</b> | <b>1.062</b> | <b>+/-0.0%</b> |

*Base de données: 2017, données du domaine d'application SwissDRG, évaluées avec V8.0 et V9.0 – sans représentation de la typologie K221 (214 cas)*

# Indice casemix selon l'âge

| Classe d'âge       | Nombre de cas | CMI V9.0 | CMI V8.0 | Delta V8.0/V9.0 |
|--------------------|---------------|----------|----------|-----------------|
| 0-16 ans           | 150'307       | 0.648    | 0.639    | 1.3%            |
| À partir de 17 ans | 989'244       | 1.125    | 1.127    | -0.1%           |

*Base de données: 2017, données du domaine d'application SwissDRG, évaluées avec V8.0 et V9.0*

# Degré de couverture par groupe choisi avec prix hypothétique de base uniforme

|   | Nombre de cas | Part des données de calcul | Degré de couverture V9.0 | Degré de couverture V8.0 | Changement V9.0/V8.0 |
|---|---------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| Hôpitaux universitaires K111              | 199'890       | 20.14%                     | 94.08%                   | 93.88%                   | +0.2%                |
| Hôpitaux indépendants pour enfants        | 17'670        | 1.78%                      | 97.85%                   | 96.74%                   | +1.1%                |
| Hôpitaux non universitaires               | 792'408       | 79.86%                     | 102.35%                  | 102.43%                  | -0.1%                |
| Inliers                                   | 846'365       | 85.29%                     | 104.23%                  | 104.44%                  | -0.2%                |
| Low outliers                              | 72'447        | 7.30%                      | 103.41%                  | 105.92%                  | -2.4%                |
| High outliers                             | 73'486        | 7.41%                      | 81.26%                   | 79.82%                   | +1.8%                |
| Patients transférés (d'admission)         | 38'444        | 3.87%                      | 94.55%                   | 93.51%                   | +1.1%                |
| Patients transférés (d'admission) inliers | 31'565        | 3.18%                      | 98.88%                   | 97.77%                   | +1.1%                |
| Enfants < 16 ans sans DRG P66D, P67D      | 65'551        | 6.61%                      | 100.60%                  | 99.71%                   | +0.9%                |

Baserate hypothétique pour bénéfices nuls incl. CUI V9.0: CHF 10'867

Baserate hypothétique pour bénéfices nuls incl. CUI V8.0: CHF 10'857

*Base de données: 2017, données de calcul, évaluées avec V8.0 et V9.0*

# Examen du calcul pour les DRG implicites d'un jour

## Situation initiale: réduire une surémunération des low outliers

- Quantité de low outliers a déjà été diminuée via les transformations du système V9.0

| Version<br>Grouper | Année de<br>données | Nombre low<br>outliers |
|--------------------|---------------------|------------------------|
| V9.0               | 2017                | 66'547                 |
| V8.0               | 2016                | 99'141                 |

- Plus de 90% des low outliers sont des DRG implicites d'un jour

 si on désire réduire la sur-couverture des low outliers, l'application des diminutions pour les DRG implicites d'un jour doit être touchée

# Examen du calcul pour les DRG implicites d'un jour

## Simulation:

### 1. Changement de la définition d'un DRG *implicite* d'un jour :

- Exigence concernant une durée de séjour égale à deux jours pour la borne inférieure reste la même
- Seuil pour le nombre minimal de cas low outlier est réduit

| Année de données | Type de calcul  | Nombre low outliers implicites | Pourcentage low outliers implicites |  |
|------------------|-----------------|--------------------------------|-------------------------------------|--|
| 2017             | Sans ajustement | 60'947                         | 91.6%                               | +584 cas<br>+20 DRG<br> |
|                  | Avec ajustement | 61'531                         | 92.5%                               |  |

# Examen du calcul pour les DRG implicites d'un jour

## 2. Changement de la méthode

Jusqu'à présent :

*Diminution journalière = Moyenne(Coûts des inliers) – Moyenne(Coûts des low outliers)*



Ajustement:

*Diminution journalière = Moyenne(Coûts des inliers) – **Médiane**(Coûts des low outliers)*

# Examen du calcul pour les DRG implicites d'un jour

## Résultats :

- Degré de couverture des low outliers diminue de 105.9% (version 8.0) à 103.4% (version 9.0)
- Précision de représentation des low outliers est augmentée dans l'ensemble

## Décision :

- **Calcul alternatif pour les DRG implicites d'un jour est accepté pour la version 9.0**



# Homogénéité des coûts R<sup>2</sup>

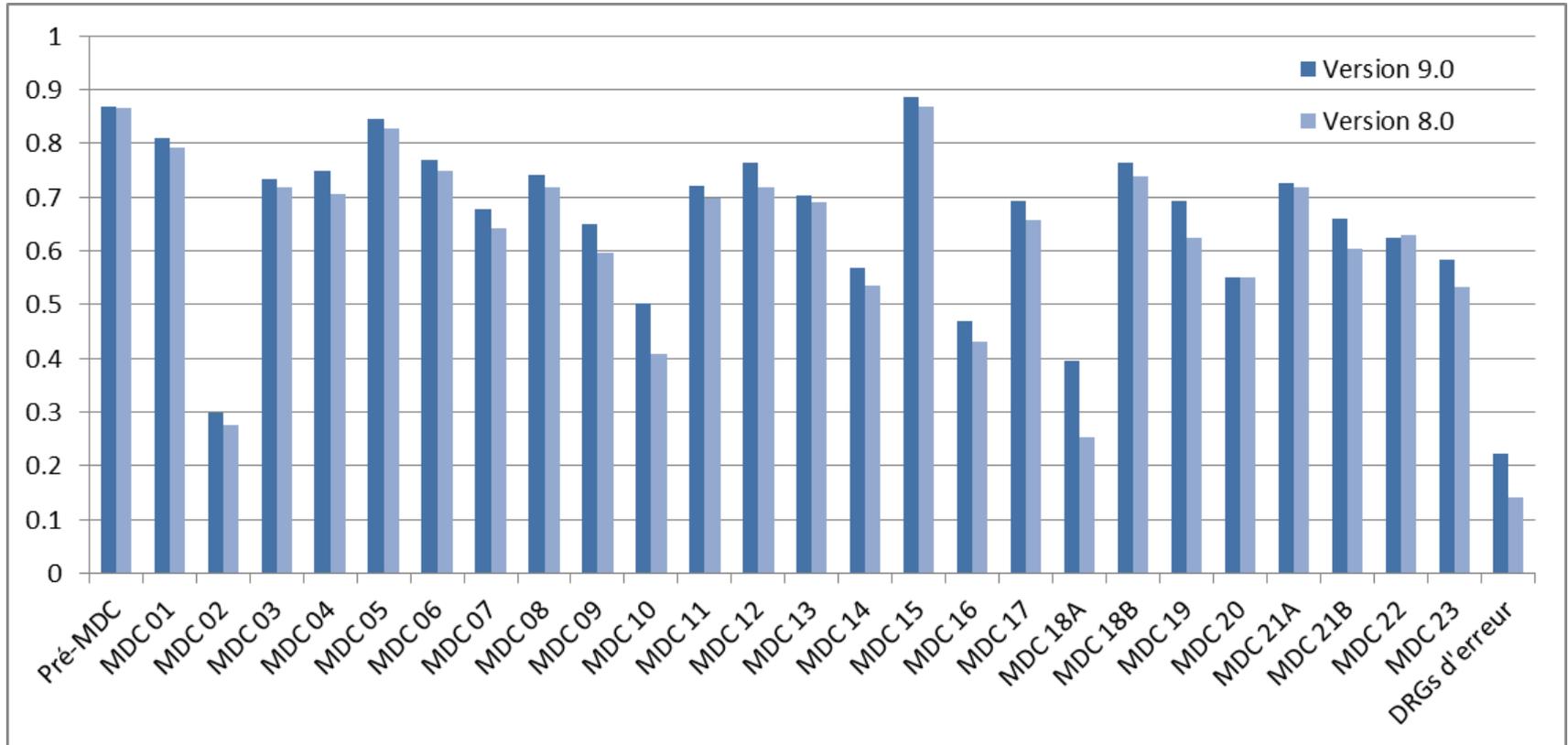
## Version 9.0 en comparaison avec les versions précédentes

| Version du Grouper | Année de données | Tous les cas | Inliers (selon 9.0) |
|--------------------|------------------|--------------|---------------------|
| V9.0               | 2017             | 0.722        | 0.841               |
| V8.0               |                  | 0.714        | 0.828               |
| V7.0               |                  | 0.690        | 0.816               |

*Base de données: 2017, données de calcul*

# Homogénéité des coûts R<sup>2</sup>

## Version 9.0 en comparaison avec les versions précédentes selon MDC



*Base de données: 2017, données de calcul, inliers selon V9.0*

# Homogénéité des coûts

## Interprétation $R^2$ par MDC

### Résumé:

Dispersion des coûts = Dispersion entre les DRG + Dispersion dans un DRG

Dispersion expliquée  
(avec formation de groupes)

Dispersion non expliquée

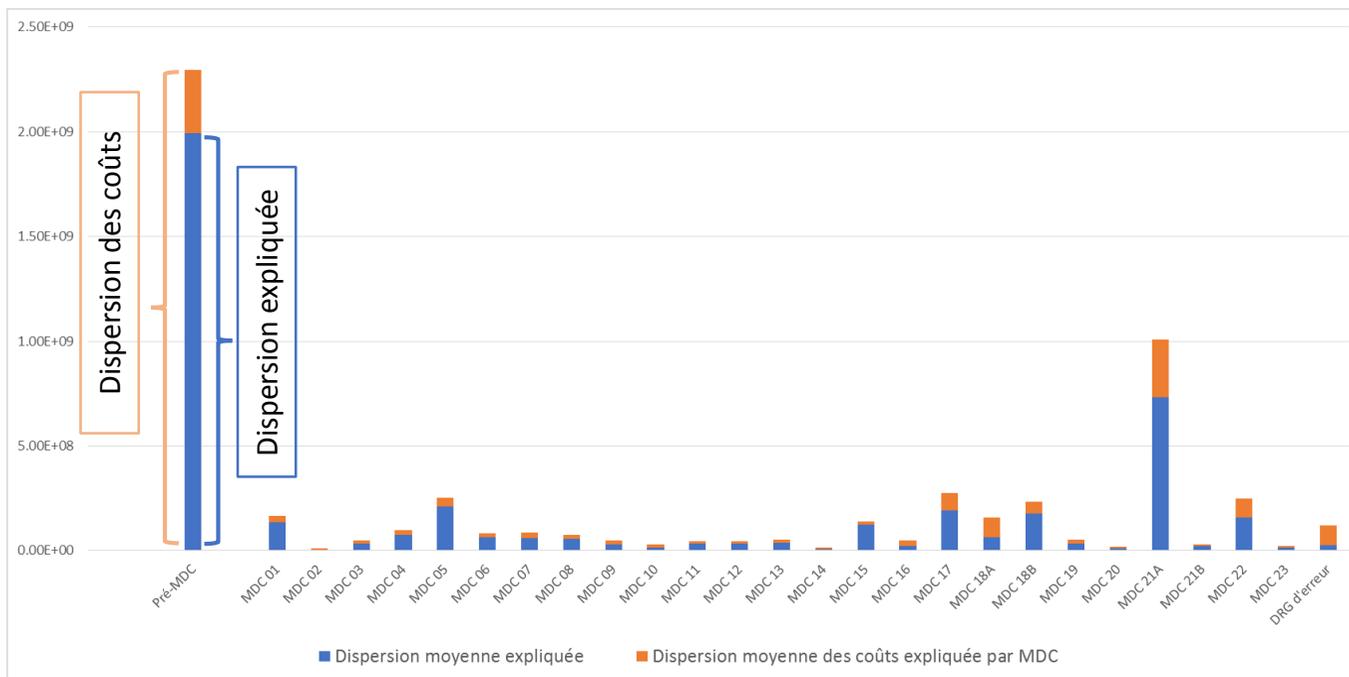
$$R^2 = \frac{\text{Dispersion expliquée}}{\text{Dispersion des coûts}}$$



Interprétation  $R^2$ :  
Part de la dispersion des coûts qui peut être expliquée avec la formation supplémentaire de groupes

# Homogénéité des coûts

## Interprétation $R^2$ par MDC



- Déjà très faible dispersion en partie dans le MDC avant la formation du groupe

➔ Potentiel limité de pouvoir expliquer la dispersion au moyen de groupes supplémentaires

*Base de données: 2017, données de calcul, inliers selon V9.0*

# Homogénéité des coûts

## Interprétation $R^2$ par MDC

### Conclusion

- $R^2$  décrit la dispersion expliquée par rapport à la dispersion totale
- Les valeurs  $R^2$  par MDC ne peuvent pas être comparées aisément
- Les déductions concernant la qualité du système par MDC en raison du  $R^2$  par MDC ne sont pas recevables
- Une réflexion en relation étroite avec la dispersion totale est nécessaire

**Un grand merci pour votre attention !**

## **SwissDRG SA**

Haslerstrasse 21  
CH-3008 Berne

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