

08 avril 2023

Aperçu des axes de développement de la version 13.0

L'objectif principal de ce perfectionnement était une révision complète de la représentation des cas de traitement de soins intensifs, avec en particulier le remplacement des heures de ventilation artificielle comme caractéristique de regroupement. La représentation des cas très coûteux a ainsi été également améliorée.

Des analyses approfondies des données de cas et de coûts ainsi que de nombreux commentaires d'utilisateurs ont permis d'améliorer la qualité de représentation des cas de traitement de patients paraplégiques.

Le perfectionnement dans le domaine de la médecine pédiatrique s'est poursuivi et la matrice CC a également été complètement révisée.

Les cas déficitaires ont à nouveau fait l'objet d'une large analyse. En outre, une observation par DRG des écarts de coûts et de rémunération hypothétique par rapport à la dispersion des coûts a permis d'identifier des cas qui présentaient des faiblesses pour la représentation. Il en résulte de meilleures possibilités de représentation en particulier pour les cas impliquant des opérations en plusieurs temps ou des traitements sous vide.

La méthode de calcul a été adaptée après un contrôle approfondi.

Médecine intensive

Avec les données de l'année 2019, des analyses approfondies ont déjà été menées en étroite concertation avec la Société Suisse de Médecine Intensive dans le but de renoncer par la suite aux heures de ventilation artificielle comme caractéristique de regroupement. Ces simulations étaient motivées d'une part par le perfectionnement des méthodes de traitement en médecine intensive et d'autre part par la difficulté croissante de formuler les règles de codage pour la saisie des heures de ventilation artificielle sans laisser de place aux interprétations, ce qui donne lieu à de nombreuses demandes de la part des organismes payeurs. En outre, les heures de ventilation artificielle sont représentées par la saisie des points de dépense pour le traitement complexe de soins intensifs.

Il s'est avéré que les cas de traitement pouvaient être représentés de manière adéquate par le biais des points de dépense du traitement complexe de soins intensifs et qu'il était judicieux de renoncer aux heures de ventilation artificielle dans les logiques des DRG. Après la confirmation de ce résultat également sur la base des données de l'année 2021, les DRG utilisés pour représenter les soins intensifs ont été révisés dans l'ensemble des MDC. Pour ce faire, plus de 1000 simulations ont été nécessaires au total. Les logiques pour les heures de ventilation artificielle dans les DRG ont été supprimées progressivement et de nouveaux éléments ont été établis dans la logique si nécessaire.

Paraplégie

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

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

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

Les discussions intensives avec les centres pour patients paraplégiques et des analyses de cas ciblées ont fourni de nouvelles indications sur les situations problématiques. Pour cette raison, plusieurs sous-divisions ont été établies dans le DRG de base A46 «*Traitement complexe du patient paraplégique*» créé dans la version 11.0. Les lésions de la moelle cervicale ainsi que les interventions chirurgicales coûteuses, notamment, sont désormais établies comme des critères de split séparateurs de coûts.

De même, les cas de traitement chirurgical et conservateur sans traitement complexe du patient paraplégique ont été revalorisés. Le DRG de base B61 a été révisé et subdivisé. Dans les MDC par organe, de nouveaux splits différenciés avec un diagnostic supplémentaire «*paraplégie*» ont été créés dans de nombreux DRG pour représenter de manière adéquate ces cas de traitement coûteux.

Matrice CC

La poursuite des travaux dans la version 12.0 pour le perfectionnement de la matrice CC a conduit à une meilleure représentation des cas coûteux qui a donné lieu à l'ajout de 17 diagnostics CIM dans la matrice CC et à la suppression de 6 diagnostics de la matrice CC. 15 codes de diagnostic ont été revalorisés et 23 codes dépréciés. 67 codes ont été revalorisés ou dépréciés en fonction des DRG. En outre, 13 splits par PCCL supplémentaires ont pu être établis. Dans l'ensemble, ces adaptations garantissent une différenciation toujours croissante de la logique des degrés de gravité.

Adaptations de la méthode de calcul

Les coûts principaux/différentiels/mixtes ont été réaffectés. Jusqu'à présent, toutes les composantes de coûts d'utilisation des installations étaient traitées comme des coûts mixtes et tous les coûts de consultation médicale comme des coûts différentiels. Le système avait

évolué de telle manière qu'il n'existait auparavant qu'une seule composante des coûts pour les coûts d'utilisation des installations (CUI) ou des composantes de coûts peu différenciées pour les frais de consultation médicale. Désormais, les composantes de coûts pour consultation médicale et CUI sont traitées de la même manière que leur catégorie principale.

La composante de coûts v103 (Matériel médical) est désormais attribuée de manière dynamique par DRG soit aux coûts mixtes soit aux coûts principaux. Contexte: Dans certains DRG sont réalisés des traitements impliquant par exemple une très grande consommation de cathéters et donc des coûts de matériaux élevés. Ces prestations représentent la prestation principale du DRG. Si les coûts de matériaux sont représentés comme des composantes de coûts mixtes, ils sont indirectement pris en compte dans le calcul des suppléments et réductions. Il en résulte des suppléments et des réductions disproportionnellement élevés pour ces DRG.

Désormais, une formule adaptée est prise en compte pour le calcul de la réduction pour transfert journalier. Ce n'est alors plus la durée moyenne de séjour qui est utilisée pour le calcul, mais la durée moyenne de séjour -1 jour. Ainsi, la réduction pour transfert journalier est avancée d'un jour. Contexte : ces dernières années, nous avons remarqué que la réduction pour transfert journalier aboutissait souvent à une réduction trop élevée et inappropriée pour les cas transférés. Jusqu'à présent, la seule possibilité de réduction était de désigner le DRG comme un forfait de transfert. Toutefois, cette méthode n'était souvent pas adaptée à la problématique, car elle faisait passer les cas concernés d'un financement clairement insuffisant à un net surfinancement.

Représentation de domaines spéciaux de prestations dans la version SwissDRG 13.0/2024

La structure tarifaire SwissDRG version 13.0 comprend des étapes d'évolution d'ordre médical pour de nouvelles prestations, pour des différenciations de prestations ainsi que pour d'autres rémunérations supplémentaires.

En général, les prestations des domaines spécialisés cités plus bas, fournies dans les hôpitaux et cliniques de soins intensifs aigus, sont bien représentées par la version SwissDRG 13.0 et peuvent être tarifées selon les règles de facturation correspondantes.

1. Pédiatrie et néonatalogie

Définition :

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

Données :

Les données sont transmises à SwissDRG SA.

Représentation actuelle :

Pour le développement de la version 13.0, des analyses approfondies ont été réalisées pour les cas avec un «*âge > 27 jours ou < 366 jours et poids de plus de 2500 g*» associés à un âge gestationnel bas. En raison du poids à l'admission ou de l'âge, ces cas ne sont pas regroupés dans la MDC 15 «*Nouveau-nés*», mais dans les MDC par organe en fonction du diagnostic principal. Ce très petit groupe de cas est constitué de prématurés ayant fait des séjours répétés à l'hôpital. En revanche, il s'est avéré inapproprié d'établir l'âge gestationnel

comme caractéristique de regroupement en dehors de la MDC 15. Quelques nouveaux splits pédiatriques ont été établis pour une meilleure représentation de ces cas.

Un nouveau split «*Âge < 16 ans*» a pu être établi dans la MDC 07 dans les DRG H60A et H61A et «*Âge < 1 an*» pour le DRG H01A. Dans la MDC 17, le critère de split «*Âge < 1 an*» a été ajouté pour les DRG R63C et R65B.

En outre, de nouveaux splits pédiatriques ont été établis dans le DRG A92B «*Âge < 16 ans*» et dans le DRG de base A43 «*Âge < 16 ans avec traitement sous vide complexe*».

Dans la MDC 15, les nouveaux codes CHOP 99.A8.- «*Diagnostic néonatalogique et surveillance dans une unité de soins néonataux (Special, Intermediate, Intensive), selon la durée*» ont été mis au même niveau que le code 99.B8.31 «*Traitement complexe en U-IMC chez le nouveau-né, 197 à 392 points de dépense*».

Pour une meilleure représentation des cas coûteux, le DRG existant P60C a été divisé avec les conditions «*Plusieurs problèmes graves NN*» ou «*transfert d'admission*». Il en résulte pour la version 13.0 un nouveau DRG P60D qui est utilisé également pour la facturation des nourrissons dans une maison de naissance.

Évaluation :

SwissDRG SA estime que les cas dans le domaine de la pédiatrie et de la néonatalogie peuvent être représentés de façon appropriée avec la structure tarifaire SwissDRG version 13.0.

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 :

Les données sont transmises à SwissDRG SA.

Représentation actuelle :

Dans le catalogue CHOP 2020, un nouveau code avait été ajouté pour représenter la «*Prestation de base Soins palliatifs spécialisés, selon le nombre de jours de traitement*». Cette prestation est saisie lorsque les directives pour les «*soins palliatifs spécialisés*» sont satisfaites, mais que les caractéristiques minimales concernant les temps de thérapie ne peuvent être remplies en raison de la situation du patient. Avec les données 2021, il a été possible, pour la version 13.0, de vérifier pour la première fois la consommation de ressources pour cette prestation.

La prestation de base «*soins palliatifs spécialisés*» a été saisie en particulier pour les cas associés à une néoformation maligne, ces cas n'étant pas représentés de manière adéquate dans certains DRG. Il en a résulté l'ajout du code CHOP 93.8B.12 ou 93.8B.13 comme critère de split dans les DRG B66A, D60A, E71A, E71B, E87A, G60A, H61A, J62A et N60A. Ces cas ont ainsi été revalorisés.

En raison d'une demande, l'ajout du groupe de codes CIM G80.- «*Infirmité motrice cérébrale*» dans le DRG de base A97 a été examiné. En conséquence, ces codes de diagnostic ont été mis au même niveau que les codes CIM G82.- «*paraplégie/tétraplégie chronique*» dans le DRG A97E. De plus, la logique a été élargie à la condition «*CC extrêmement sévères*».

En outre, la condition «*Traitement de soins infirmiers complexes à partir de 31 points de dépense*» a été revalorisée dans le DRG A97C.

Des cas coûteux particuliers de la MDC 03 «*Maladies et troubles de l'oreille, du nez, de la bouche et de la gorge*» et de la MDC 06 «*Maladies et troubles des organes digestifs*» sont sous-rémunérés dans le DRG de base A97 selon deux demandes. L'inclusion des interventions complexes de ces domaines d'organes dans la fonction «*procédure opératoire complexe*» a permis de revaloriser ces cas même à l'intérieur du DRG de base A97.

Évaluation :

Les cas comprenant un traitement complexe de médecine palliative ou de médecine palliative spécialisée sont représentés de manière adéquate dans la structure tarifaire SwissDRG version 13.0.

3. Médecine intensive en USI/U-IMC

Définition :

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

Données :

Les données sont transmises à SwissDRG SA.

Représentation actuelle :

Pour pouvoir, à l'avenir aussi, représenter la médecine intensive de manière adéquate dans la structure tarifaire, en accord avec l'évolution de la médecine, tous les DRG avec des cas de traitement en soins intensifs ont été largement remaniés. Les heures de ventilation artificielle ne sont plus prises en compte en tant que caractéristique de regroupement à partir de la version 13.0.

Évaluation :

SwissDRG SA estime que les cas dans le domaine des soins intensifs (USI et U-IMC) sont représentés de façon appropriée avec la structure tarifaire SwissDRG version 13.0.

4. 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 :

Des analyses générales des DRG sur l'homogénéité des coûts ont montré que les critères de split pour le DRG A15A «*Transplantation de moelle osseuse ou transfusion de cellules souches, autologue, ...*» ne fonctionnent plus correctement. La logique a été remaniée sur la base des données de l'année 2021. Dans la version 13.0, seuls les cas avec «*âge < 18 ans*» sont regroupés dans le DRG A15A.

Évaluation :

Les transplantations d'organes solides ainsi que de cellules souches hématopoïétiques sont représentées de façon adéquate avec la version SwissDRG 13.0.

5. Paraplégie

Définition :

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

Données :

SwissDRG SA a reçu une nouvelle fois des données de cas avec un traitement complexe de patient paraplégique des domaines d'application somatique aiguë et ST Reha, ainsi que des cas de traitement de médecine somatique aiguë en lien avec une paraplégie.

Représentation actuelle :

Les cas avec traitement conservateur ou chirurgical pour des affections et blessures de la moelle épinière sans traitement complexe du patient paraplégique ont, par rapport à la version 12.0 précédente, fait l'objet de larges restructurations pour une meilleure représentation.

Une meilleure qualité de représentation a pu être atteinte dans le DRG de base A46 pour les cas avec un traitement complexe du patient paraplégique.

Évaluation :

Les cas dans le domaine de la paraplégie peuvent être représentés de façon appropriée avec la structure tarifaire SwissDRG version 13.0.

6. Réadaptation précoce

Définition :

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

Il n'y a pas de changement dans les données et la possibilité de représentation des cas par rapport à la version 12.0 de SwissDRG.

Évaluation :

Des cas dans le domaine de prestations des traitements complexes de réadaptation précoce sont représentés de façon appropriée avec la structure tarifaire SwissDRG version 13.0.