

## Représentation de domaines spéciaux de prestations et axes de développement de la version SwissDRG 5.0 / 2016

### 1. Représentation de domaines spéciaux de prestations dans la version 5.0

La structure tarifaire SwissDRG version 5.0 comprend des étapes d'évolution d'ordre médical pour de nouvelles prestations, pour des différenciations de prestations, pour des rémunérations supplémentaires et leurs prix relatif ou absolu. Parmi les principaux axes médicaux de développement, on peut citer en particulier la pédiatrie, les cas coûteux et complexes ainsi que la médecine palliative.

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 5.0 et peuvent être tarifées selon les règles de facturation correspondantes.

#### 1.1 Pédiatrie et néonatalogie

Définition: le domaine de prestations est représentable de façon claire et différenciée avec les codes CHOP.

Données: les données sont transmises à SwissDRG SA depuis de nombreuses années.

Représentation actuelle: à l'aide des données 2013, SwissDRG SA a procédé à un contrôle systématique de tous les DRG, à la recherche de splits possibles en pédiatrie. Au total, 47 nouveaux splits pédiatriques ont été intégrés à la version tarifaire 5.0. Les cas pédiatriques ont pu ainsi être revalorisés et mieux représentés.

Dans la Pré-MDC et les MDC 05 (maladies et troubles de l'appareil circulatoire) et MDC 21A (traumatisme multiple), le seuil des points de coûts «SAPS enfants» a été abaissé dans quelques DRG, ce qui a permis de revaloriser en particulier les cas pédiatriques avec un traitement complexe de soins intensifs.

Dans les DRG P66B, C et P67C, D, les données sont en partie très hétérogènes concernant la durée de séjour et les coûts par cas. Pour mieux différencier les cas coûteux des cas moins coûteux, les fonctions «Problèmes graves et autres problèmes chez le nouveau-né» ont été renforcées par l'intégration de nouveaux diagnostics et/ou la suppression de diagnostics existants.

Un nouveau DRG P61A a pu être établi spécialement pour les nouveau-nés d'un poids à l'admission < 750 g avec une procédure opératoire ou une ventilation artificielle, ce qui a entraîné une revalorisation significative des cas.

Mesures: amélioration de la qualité des données nécessaire.

Evaluation: SwissDRG SA estime que les cas dans le domaine de la pédiatrie (y compris les cas de traitement en soins intensifs chez l'enfant) et de la néonatalogie peuvent être représentés de façon appropriée avec la structure tarifaire SwissDRG version 5.0.

## 1.2 Palliative Care

Définition: ce domaine de prestations est représentable de façon claire avec les codes CHOP. Les données relatives au traitement complexe spécialisé de médecine palliative ne peuvent être saisies de manière différenciée qu'à partir de 2015.

Données: les données 2013 livrées à SwissDRG SA contiennent des informations sur des traitements complexes de médecine palliative fournis dans les hôpitaux de soins aigus et hospices avec statut d'hôpital, ainsi que sur leurs coûts.

Représentation actuelle: de vastes analyses ont indiqué que les cas de médecine palliative s'étalent sur toutes les MDC et qu'il existe des divergences parfois considérables concernant la durée de séjour dans les DRG respectifs, par rapport aux cas sans traitement complexe de médecine palliative. Les données ont montré qu'une représentation de ces cas indépendante du diagnostic principal dans la pré-MDC améliore la qualité de la représentation.

Evaluation: les cas sont représentables de manière adéquate par la structure tarifaire; la rémunération supplémentaire n'est pas reprise dans la version 5.0 / 2016. La facturation des patients de médecine palliative est établie selon les règles de facturation de la structure tarifaire SwissDRG, à moins qu'il n'existe une autre réglementation tarifaire. Les hospices avec mandat cantonal de prestations / statut d'hôpital peuvent facturer en utilisant des forfaits journaliers ou la structure tarifaire SwissDRG.

Mesures: tous les hôpitaux n'ont pas transmis à SwissDRG SA les données sur le traitement des cas palliatifs. La quantité de données fournies doit être plus importante.

## 1.3 Médecine complémentaire

Définition: ce domaine de prestations est représentable de façon claire et différenciée avec les codes CHOP.

Données: SwissDRG SA a reçu des données sur les prestations et les coûts des cas de médecine complémentaire avec la livraison des données 2013. Le fait que SwissDRG SA ne puisse pas identifier les hôpitaux dans lesquels la médecine complémentaire est rémunérée en dehors de la structure tarifaire SwissDRG et qu'elle ne reçoive pas les données reste problématique.

Représentation actuelle: pas de changement par rapport à la version précédente; les cas sont toujours représentés dans le DRG A96Z et cela indépendamment du diagnostic principal. Dans les hôpitaux de soins aigus, la facturation des traitements de médecine complémentaire est établie selon les règles de facturation de la structure tarifaire SwissDRG, à moins qu'il n'existe une autre réglementation tarifaire.

Mesures: avec le développement de la version CHOP 2015, ce code a été modifié et renommé en traitement complexe de médecine complémentaire. De plus, une différenciation est faite en fonction du contenu du traitement complexe.

Evaluation: SwissDRG SA estime que les cas dans le domaine de la médecine complémentaire peuvent être représentés de façon appropriée avec la structure tarifaire SwissDRG.

## 1.4 Paraplégie

Définition: le domaine de prestations 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: sans changement par rapport à la version précédente. La facturation de traitements de la paraplégie dans les hôpitaux de soins aigus est établie selon les règles de facturation de la structure tarifaire, à moins qu'il n'existe une autre réglementation tarifaire.

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 5.0.

## 1.5 Epilepsie

Définition: le domaine de prestations est représentable de façon claire et différenciée avec les codes CHOP et ICD.

Données: les données sont transmises à SwissDRG SA depuis de nombreuses années.

Représentation actuelle: la structure tarifaire SwissDRG contient des DRG spécifiques pour représenter ces cas (par ex. DRG de base B76, B01Z). La définition du code CHOP 89.19.10 «Diagnostic intensif non-invasif par exploration vidéo-EEG» a été élargie avec la version 2013 de la CHOP; les DRG B76A et B touchent ainsi plus de cas. De plus, pour améliorer la qualité de la représentation de cas pédiatriques, un split pédiatrique a été établi pour le DRG B76A «Crises convulsives et diagnostic et traitement complexes».

Mesures: pas de mesures nécessaires en dehors du développement du système.

Evaluation: les cas de ce domaine peuvent être représentés de façon appropriée avec la structure tarifaire SwissDRG version 5.0. Dans les hôpitaux de soins aigus, la facturation de ces cas est établie selon les règles de facturation de la structure tarifaire SwissDRG, à moins qu'il n'existe une autre réglementation tarifaire.

## 1.6 Réhabilitation précoce

Définition: ce domaine de prestations est représentable de façon claire et différenciée avec les codes CHOP et ICD.

Données: les données sur le traitement complexe de réhabilitation précoce gériatrique sont mises à disposition de SwissDRG SA en grand nombre. Les données pour les cas d'autres traitements complexes de réhabilitation précoce ne sont transmises que de manière limitée à SwissDRG SA. De plus, les interfaces avec la réhabilitation ne sont pas définies.

Représentation actuelle: tous les cas de traitement complexe de réhabilitation précoce gériatrique sont représentés indépendamment des diagnostics principaux dans les pré-MDC, comme dans la version précédente. Le DRG A43Z a pu être évalué une nouvelle fois à l'aide de données suisses. Toutefois, par manque de données sur les coûts et les prestations, 13 DRG avec traitement complexe de réhabilitation précoce (B11Z, B43Z, E41Z, F29Z, F45Z, G51Z, I40Z, I96Z, K01Z, K43Z, W01Z, W05Z, W40Z) ne peuvent toujours pas être évalués.

Mesures: poursuite des travaux dans le groupe de travail réhabilitation précoce neurologique pour la définition des interfaces dans les domaines en amont et en aval. Le conseil d'administration doit décider dans quelle structure tarifaire la réhabilitation précoce devra être représentée à l'avenir.

Evaluation: tous les cas de traitement complexe de réhabilitation précoce gériatrique ainsi que les cas du DRG A43Z sont représentés de façon appropriée.

## 1.7 Médecine intensive

Définition: ce domaine de prestations est représentable de façon claire et différenciée avec les codes CHOP et ICD ainsi qu'avec l'enregistrement des heures de ventilation artificielle.

Données: les données sont transmises à SwissDRG SA depuis de nombreuses années. SwissDRG SA a des indices qui suggèrent que des cas de traitement complexe en médecine intensive et/ou de ventilation mécanique n'ont pas été codés correctement dans le cadre de la transmission des données 2013.

Représentation actuelle: dans ce domaine de spécialisation, il y a eu des évolutions importantes qui ont entraîné une revalorisation des cas spécifiques. Ainsi, le DRG A18Z a été divisé pour revaloriser les cas pédiatriques avec ventilation artificielle > 499 heures et procédure hautement complexe ou avec ventilation artificielle > 499 heures et traitement complexe de soins intensifs > 4410 / 4600 points. Dans le DRG A13A «Ventilation artificielle > 95 et < 250 heures avec situations hautement complexes» le critère de split comprend désormais les interventions complexes en plusieurs temps, pour pouvoir mieux représenter les cas très coûteux.

Mesures: pas de mesures nécessaires en dehors du développement du système. Le renforcement des règles de codage pour la saisie des heures de ventilation artificielle à partir de 2015 contribuera à améliorer encore les données dans ce domaine.

Evaluation: la majorité des cas de traitement de médecine intensive est représentée de façon adéquate. Le développement de la structure tarifaire SwissDRG a pour objectif de représenter les cas de coûts extrêmes, qui ne bénéficient pas encore d'une indemnisation adéquate, selon leurs charges réelles. Le groupe de travail «cas de déficits extrêmes» cherche des solutions afin d'améliorer la rémunération dans ce domaine.

## 1.8 Transplantation / prestations SVK

Données: SwissDRG SA a été chargée par le conseil d'administration de vérifier si le split artificiel de cas (cas A période jusqu'à la transplantation, cas B période à compter de la transplantation) est pertinent au vu des contrats de transplantation. Les hôpitaux ont été invités à une livraison exceptionnelle de données en juin 2014, mais malgré plusieurs rappels, SwissDRG SA a reçu à ce jour les données d'un hôpital universitaire seulement.

Ces données indiquent cependant que le split artificiel de cas génère souvent des données non plausibles pour les deux cas. Il y a en particulier un problème pour les DRG de transplantation à faible nombre de cas.

Représentation actuelle: aucune meilleure représentation n'est actuellement possible dans le domaine des transplantations, malgré l'attention particulière qui a été accordée à ce thème. La qualité des données nécessaires à une amélioration n'est toujours pas suffisante à ce jour.

Mesures: il est urgent d'améliorer la qualité des données. Depuis des années, il est particulièrement difficile de saisir de manière adéquate les coûts des traitements spécialisés, par ex. les transplantations de cellules souches, les transplantations du pancréas, etc.

## 2. Extension du contrôle de la qualité de codage

La plausibilité des données livrées par les hôpitaux est vérifiée en différentes étapes. Le premier contrôle a lieu dès le chargement des données. L'objectif est ici de vérifier le format et l'intégralité des données. Lors de l'importation des données dans la base de données sont ensuite filtrés les cas qui n'entrent pas dans le champ d'application des SwissDRG ou ne présentent pas de coûts totaux. En outre, les différents cas sont soumis à des tests de plausibilité portant sur différentes caractéristiques, certains d'entre eux entraînant l'exclusion d'un cas. Les résultats de ces tests sont transmis aux hôpitaux pour la correction

des données et l'amélioration de la qualité des données et rendus accessibles dans le webfeedback. Il est alors demandé aux hôpitaux de corriger les cas erronés et de livrer une nouvelle fois l'ensemble des données ou d'expliquer pourquoi les cas ne sont pas corrigés ou les données livrées une nouvelle fois. Après le groupage des cas, les cas privés et semi-privés qui ne peuvent pas être utilisés pour le calcul sont marqués comme non plausibles. Un contrôle détaillé au cas par cas a lieu ultérieurement.

Le contrôle lors du chargement des données et le filtrage des cas non utilisés ne sont généralement pas adaptés, car les exigences que doivent remplir les données ne varient ici que rarement. A l'inverse, les tests de plausibilité sont constamment retravaillés et élargis pour améliorer continuellement la qualité des données. Le contrôle des cas privés/semi-privés ainsi que le contrôle au cas par cas ont été approfondis et étendus.

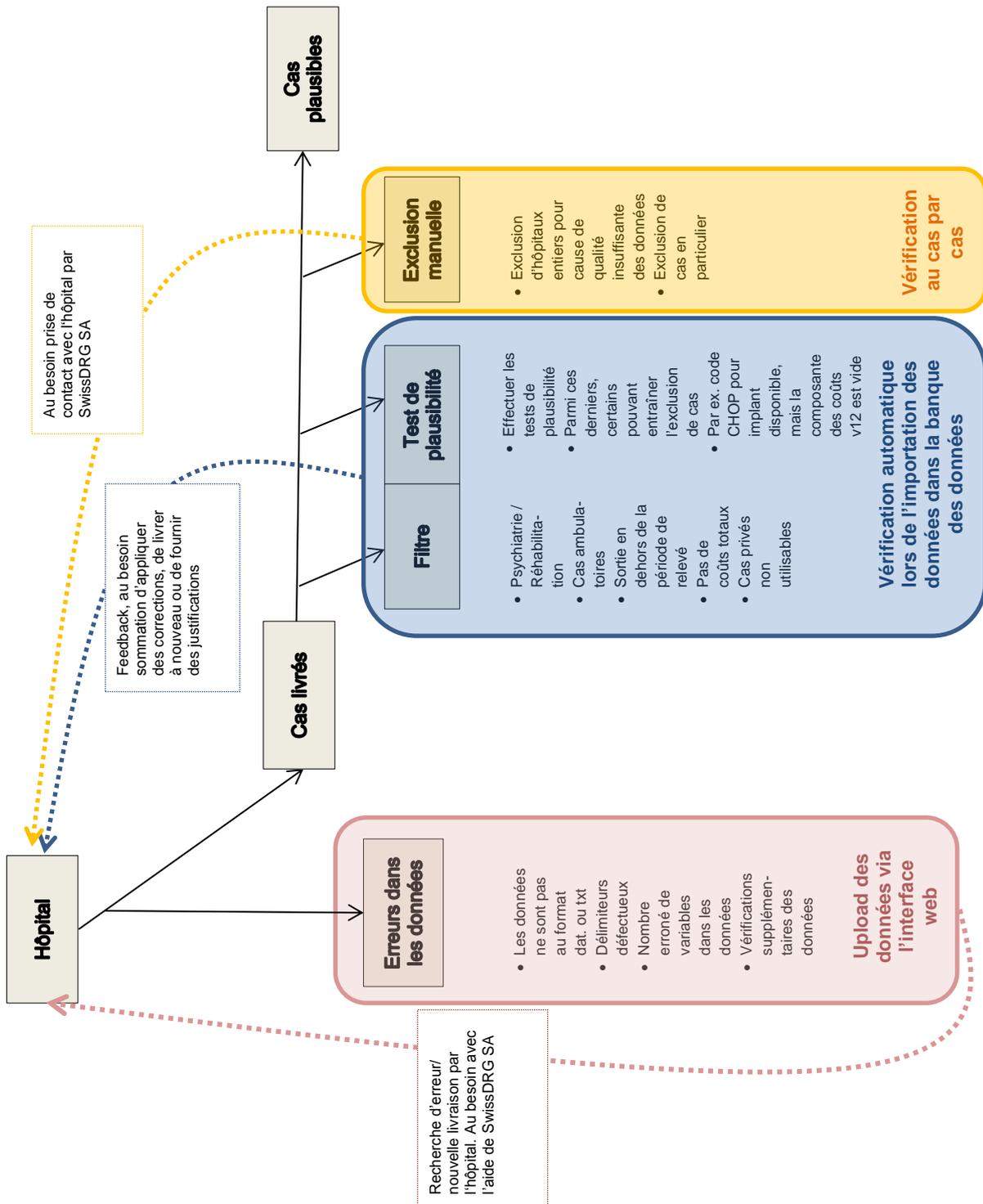


Illustration 1: contrôle de plausibilité des cas livrés

### **3. Calcul des rémunérations supplémentaires**

La méthode de calcul des prix des rémunérations supplémentaires listées en annexe est illustrée dans le document «Directives pour la méthode de calcul».

### **4. Cas de déficits extrêmes**

Les travaux du groupe de travail «cas de déficits extrêmes» se sont concrétisés à travers trois scénarios pour le financement séparé. Il reste des questions sur la praticabilité et la conformité aux lois qui doivent être clarifiées. Les partenaires de SwissDRG SA recevront ensuite une description des variantes avec des informations sur les avantages, les inconvénients et la praticabilité afin qu'ils prennent position.

Les travaux du groupe de travail ont permis d'acquérir de nouvelles connaissances qui sont utilisées pour développer le système. Parmi celles-ci, il y a en particulier l'identification de domaines de prestations et de DRG spécifiques dans lesquels des cas de déficits extrêmes s'accumulent. Ces DRG peuvent être examinés de manière ciblée à la recherche d'autres variables médicales.

### **5. Solutions proposées pour les variations de revenus**

Conformément à la demande du Conseil d'administration, il doit être vérifié si les variations de revenus, telles qu'elles se produisent entre différents DRG lors de l'utilisation de critères de poids à la naissance ou à l'admission ou de points de coûts de soins intensifs, peuvent être atténuées.

Dans le cadre de l'évolution du système, il s'avère que les paramètres poids à l'admission, heures de ventilation artificielle et points de coûts de soins intensifs sont d'excellents séparateurs de coûts. Des approches possibles telles que l'utilisation de fonctions constantes pour définir différents DRG ont été abandonnées, car on s'éloignerait du principe du développement basé sur les données.

SwissDRG SA poursuit plutôt l'objectif d'élargir la définition de différents DRG de telle sorte que plusieurs conditions permettent d'atteindre un DRG et de former si possible d'autres forfaits par cas. Par exemple, le DRG A18Z a été une nouvelle fois divisé en raison de cas pédiatriques avec ventilation artificielle > 499 heures et procédure hautement complexe ou avec ventilation artificielle > 499 heures et traitement complexe de soins intensifs > 4410 / 4600 points.

Dans le domaine de la MDC 15, certains DRG ont été modifiés de telle sorte que des cas avec poids supérieur à l'admission en lien avec un traitement coûteux puissent désormais également être groupés dans le DRG de base P05 «Nouveau-né, poids à l'admission > 1999 g avec procédure opératoire significative ou ventilation artificielle > 95 heures» et dans le DRG de base P66 «Nouveau-né, poids à l'admission 2000 - 2499 g sans procédure opératoire significative...». Le poids à l'admission en tant que seul paramètre de définition du DRG perd ainsi encore en importance.

Comme indiqué précédemment, un nouveau DRG P61A a par ailleurs pu être établi spécialement pour les nouveau-nés d'un poids à l'admission < 750 g en lien avec une procédure opératoire ou une ventilation artificielle, ce qui a entraîné une revalorisation significative des cas.

La saisie systématique de l'âge de gestation dans les données, en plus du poids à l'admission, et donc une possibilité d'adapter la définition du DRG dans le domaine de la MDC 15 est une solution explorée pour améliorer encore le système.

## 6. Modèles de calcul des coûts d'utilisation des installations

D'autres modèles de calcul ont été réalisés pour répartir et/ou intégrer le mieux possible les coûts d'utilisation des installations (voir annexe: Analyse des coûts d'utilisation des installations).

## 7. Contrôle de la situation de rémunération des high-outliers

A la demande du Conseil d'administration et du Conseil fédéral, la situation de rémunération des high-outliers doit être contrôlée. Au cours de l'évolution du système, la pertinence des adaptations méthodiques pour la détermination des suppléments des high-outliers et/ou de la borne supérieure de durée de séjour a fait l'objet d'analyses.

### *Détermination de la borne supérieure de durée de séjour*

La borne supérieure de durée de séjour est calculée à partir de la somme de la durée moyenne de séjour et de l'écart type doublé, sauf si celle-ci dépasse un écart maximal fixe de 17 jours. En supposant que la borne supérieure de durée de séjour est très éloignée de la durée moyenne de séjour, il en résulte une situation de rémunération dégradée pour les high-outliers. Il a été vérifié si un raccourcissement de l'écart maximal conduit à une meilleure précision de la représentation. Contre toute attente, les données n'ont montré qu'un très faible lien systématique entre la durée de séjour maximale des inliers et le degré de couverture des high-outliers. Un raccourcissement de l'écart maximal à 13, 14, 15 ou 16 jours a tout de même été analysé. Les résultats ne montrent aucune amélioration significative de la situation de rémunération pour les high-outliers. Il ne semble donc pas pertinent de modifier la méthode de calcul de la borne supérieure de durée de séjour.

### *Détermination des suppléments et réductions*

Les suppléments et réductions sont déterminés selon un procédé uniforme prenant en compte une prestation principale formellement définie. Les suppléments sont ici déterminés à partir des différences de coûts (prestations dépendantes de la durée de séjour). Les high-outliers présentent des coûts élevés pour les consultations médicales, les soins, les médicaments, les examens diagnostiques, l'hébergement, etc., mais pas typiquement de coûts pour une nouvelle opération ou l'usage d'un deuxième implant. C'est pourquoi la prestation principale n'entre pas au prorata dans la détermination des suppléments.

Les données relatives aux coûts du cas ne sont pas toujours suffisamment détaillées pour permettre une attribution claire des composantes des coûts aux coûts principaux ou différences de coûts. Ainsi, les coûts pour «Prestation principale du corps médical» (opération par ex.) ne peuvent pas être différenciés des coûts pour «Différences de coûts du corps médical» (unités de soins réguliers par ex.), ces composantes étaient donc jusqu'à présent assignées aux coûts mixtes. Il a été analysé si une attribution alternative des composantes de coûts conduit à une meilleure situation de rémunération pour les high-outliers.

Les coûts de consultation médicale, ceux des médicaments et du matériel médical ont désormais été attribués aux différences de coûts. Cela a permis d'atteindre non seulement une meilleure situation de rémunération des high-outliers, mais la situation de rémunération des low-outliers semble également mieux adaptée aux prestations.

### Modifications du degré de couverture sur la base de la version SwissDRG 4.0

	Nombre de cas	Attribution des composantes de coûts	
		Jusqu'à	Désormais
Inliers	604 852	105%	105%
High-outliers	48 331	78%	82%
Low-outliers	130 836	119%	110%

Pour cette raison, le catalogue des forfaits par cas 5.0 a été calculé après l'adaptation de la méthode. SwissDRG SA vérifiera plus en détail les situations singulières de rémunération dans différents DRG pour le développement à venir du système.

Evaluation de l'utilisation du facteur de différence de coûts

L'attribution des composantes de coûts aux coûts principaux ou aux coûts liés à la durée de séjour n'est pas possible de manière univoque. Certaines prestations du domaine de la détermination des différences de coûts sont déjà rémunérées avec les coûts principaux, c'est pourquoi le maintien du facteur de différence de coûts est pertinent par principe.

Pour prendre en considération la situation de représentation de certaines prestations, il est utile de procéder à une évaluation individuelle des DRG pour le calcul différencié des suppléments des high-outliers dans les différents DRG. Lorsque des DRG avec une part plus élevée de high-outliers présentent une situation singulière au niveau des coûts pour les high-outliers (analyse de la répartition des coûts entre inliers et high-outliers), qu'il n'y a jusque-là aucun indice pour l'adaptation de la classification DRG et que les prestations sont inégalement réparties entre les hôpitaux, un contrôle individuel est effectué.

Finalement, le calcul des suppléments pour les patients en long séjour a été adapté pour 259 DRG. Le supplément des high-outliers a ici été augmenté, d'une part en laissant le facteur de différence de coûts de 0,7, d'autre part en utilisant la médiane des coûts par jour des high-outliers. Il est ainsi possible d'assurer une meilleure rémunération des high-outliers selon les DRG.

## **8. Contrôle du calcul adapté du PCCL selon G-DRG**

Les points-clés de la révision de la matrice CCL étaient, dans les versions SwissDRG d'alors, la dépréciation ou l'appréciation de diagnostics dans tout le système CC.

Avec l'évolution de la version 2014 des G-DRG, la méthode de détermination du PCCL a été fondamentalement modifiée, en adaptant la formule pour le calcul du PCCL de façon à rendre plus difficiles les valeurs élevées. SwissDRG SA a été chargée de contrôler la reprise de cette méthode de calcul.

Les données des années 2011 et 2012 ont été groupées avec une formule adaptée pour le calcul du PCCL. L'adaptation de la formule n'a conduit à aucune amélioration de la qualité de représentation, si bien que la formule n'a pas été adaptée.

## **9. Différenciation entre cas de psychiatrie et cas de réhabilitation**

Dans les données de calcul, les cas de psychiatrie et de réhabilitation sont distingués le plus précisément possible sur la base des prestations et diagnostics par cas et – si nécessaire – des principaux centres de coûts en lien avec la catégorie de l'hôpital fournissant les données.

## **10. Détermination des coûts par cas en salle opératoire**

Les analyses de données ont montré que la saisie des coûts en salle opératoire ne prenait pas en compte les frais réels. Cela est dû, en particulier pour les interventions complexes, à la saisie des coûts opératoires via un facteur Tarmed en lien avec une période incision-suture normative. Il a donc été recommandé à REKOLE de préciser les préconisations de sorte que seules les périodes incision-suture effectives en lien avec le facteur de simultanéité soient encore utilisées pour le calcul des coûts par cas en salle opératoire. Selon les représentants de REKOLE, une précision est en cours d'élaboration.

## **11. Qualité de la structure tarifaire**

La structure tarifaire est calculée sur la base des coûts totaux, soit les coûts calculables plus les coûts d'utilisation des installations. Actuellement, il n'est pas garanti que tous les hôpitaux déterminent ces coûts totaux de la même manière et les transmettent en lien avec les cas.

Les thèmes suivants doivent être traités:

De manière générale, la détermination des coûts en lien avec les cas nécessite une amélioration importante pour toutes les typologies hospitalières. Cela concerne d'une part le calcul des coûts par cas sur la base de la saisie des prestations, d'autre part le codage de ces prestations.

Les coûts de la formation universitaire et de la recherche doivent être différenciés de manière uniforme. Nous partons du principe que des préconisations homogènes sont mises en œuvre avec un certain retard.

La différenciation uniforme des prestations de service public n'est pas établie et a une influence directe sur la hauteur absolue des coûts d'exploitation.

La qualité des coûts d'utilisation des installations par cas ne peut pas être évaluée actuellement. Des critères de contrôle sont élaborés en collaboration avec des représentants de REKOLE.

Les préconisations de l'OFSP sur le thème des rémunérations supplémentaires sont contraires à l'objectif de pouvoir représenter la médecine universitaire de manière différenciée. L'exclusion de médicaments coûteux en tant que rémunération supplémentaire évaluée, parce qu'un produit n'est pas sur la LS ou n'est pas autorisé en Suisse, entraîne des déséquilibres dans la rémunération. Il n'est pas non plus déterminé clairement s'il faut prendre en compte des limitations précises relatives à l'administration de certains médicaments selon la LS. Pour améliorer la qualité de la structure tarifaire, il serait souhaitable de n'utiliser que les limitations d'utilisation définies dans les informations professionnelles.

Conclusion: pour parvenir encore à des améliorations substantielles dans le cadre du développement de la structure tarifaire, il faut continuer à améliorer la qualité des données relatives aux coûts et aux prestations.

### **État**

Remis au Conseil d'administration de SwissDRG SA le 21 mai 2015.