



Que peut-on attendre du DIM pour améliorer l'IP-DMS ?

Pierre Tran Ba Loc, Joris Muller, Stéphanie Jeandemange

Service de santé publique
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

IP-DMS : définition

Indice de performance de la durée moyenne de séjour

$$\text{IP-DMS} = \frac{\text{nombre de journées réelles}}{\text{nombre de journées théoriques}}$$

>1



<1



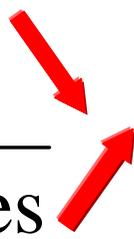
Périmètre : tous séjours hors séances

IP-DMS : illustration

N° séjour	GHM	Durée de séjour hôpital	DMS du GHM dans la base nationale
1	06C133	16	13,7
2	06M024	12	18,3
3	23M102	4	7,4
4	03M032	7	4,1
5	03M034	10	10
6	12C113	10	12,5
7	11M062	12	8
8	09M053	18	11,6
9	14C05Z	1	1,7
10	02C10J	0	0
<i>total</i>		90	87,3

$$\text{IP-DMS} = \frac{90}{87,3} = 1,03$$

IP-DMS : comment l'améliorer ?

$$\text{IP-DMS} = \frac{\text{nb journées réelles}}{\text{nb journées théoriques}}$$




IP-DMS : comment l'améliorer ?

Faut-il prendre en compte tous les séjours ?
Même les séjours extrêmement longs ?

DMS théorique :

les séjours extrêmes sont exclus du calcul

Exclusion des durées de séjour extrêmes par l'ATIH (« trimage »)

Question posée sur AGORA le 19/04/2011 (relance le 06/10/2011, le 28/08/2012, puis le 13/02/2013)

Réponse obtenue le 27/03/2013

Méthode de l'erreur maximum tolérée :

⇒ calcul du logarithme népérien de la durée de séjour (lnDS)

⇒ définition d'une borne inférieure et d'une borne supérieure

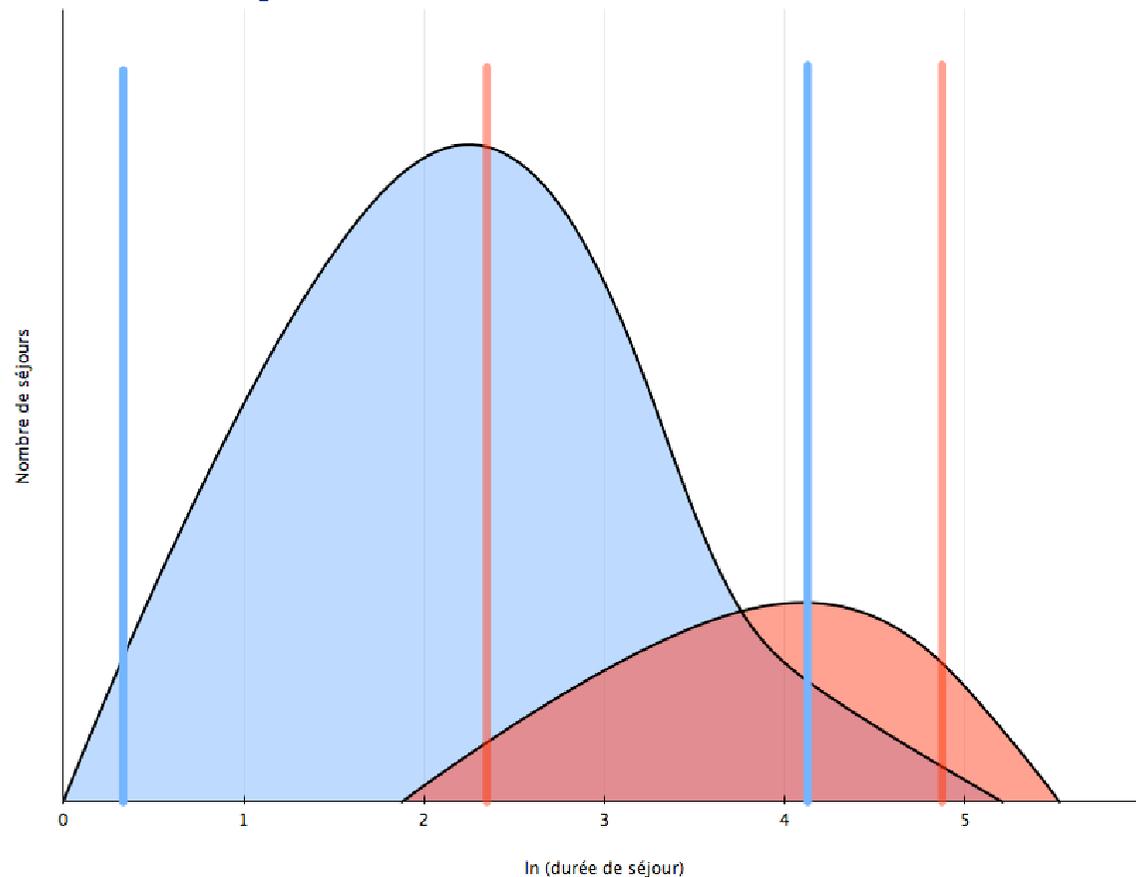
$BSUP = \text{moyenne}(\ln DS) + \text{écart-type}(\ln DS) + p95(\ln DS) - \text{médiane}(\ln DS)$

$BINF = \text{moyenne}(\ln DS) - \text{écart-type}(\ln DS) + p5(\ln DS) - \text{médiane}(\ln DS)$

⇒ Le calcul de la DMS est basé sur les séjours pour lesquels lnDS est $\geq BINF$ et $\leq BSUP$

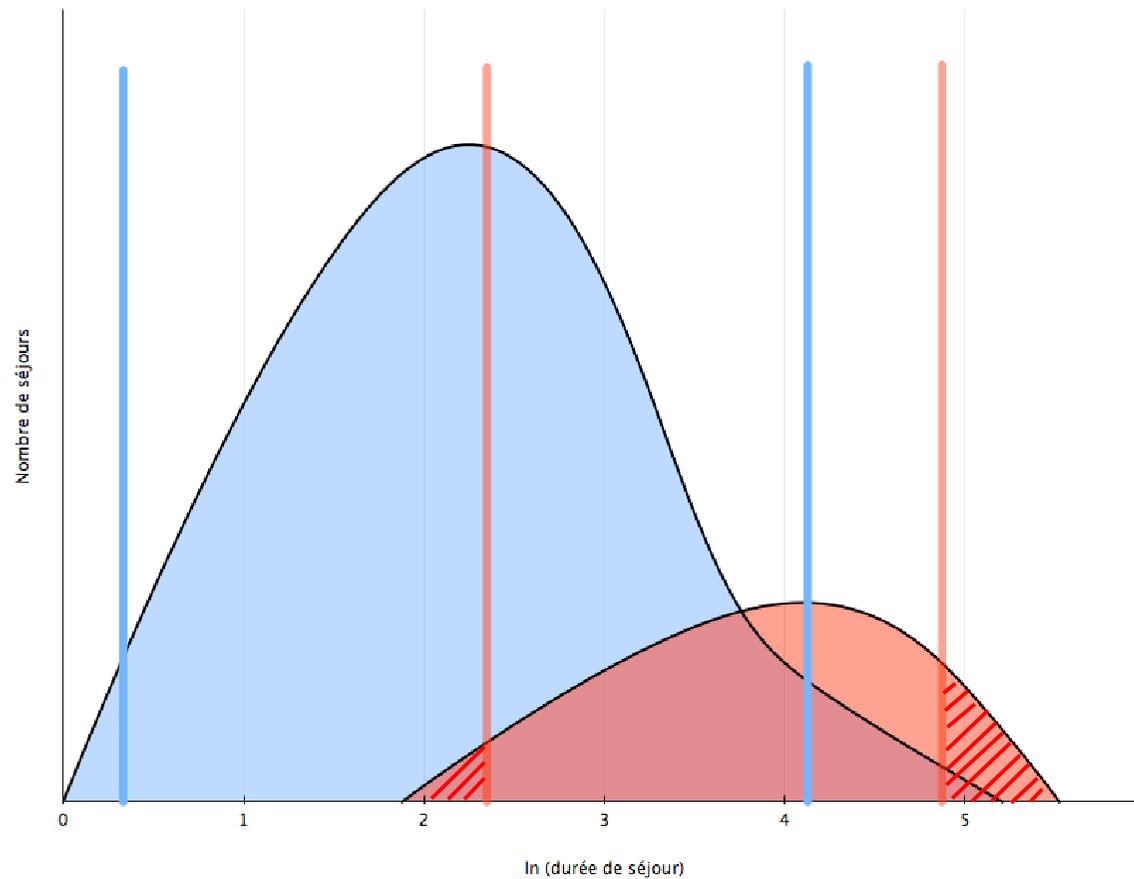
Trimage des durées de séjour hôpital

Avec les bornes calculées sur la base nationale ou sur la base hôpital ?



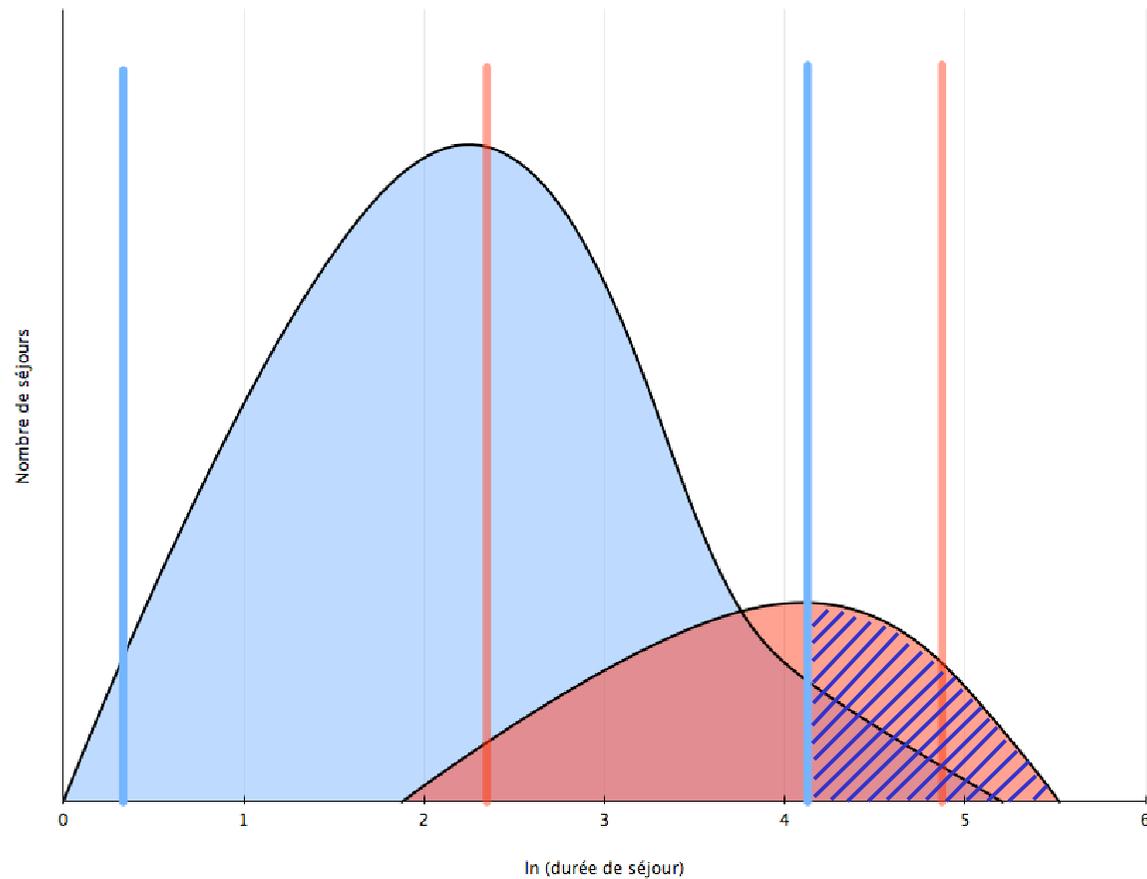
Trimage des durées de séjour hôpital

Avec les bornes calculées sur la base hôpital



Trimage des durées de séjour hôpital

Avec les bornes calculées sur la base nationale



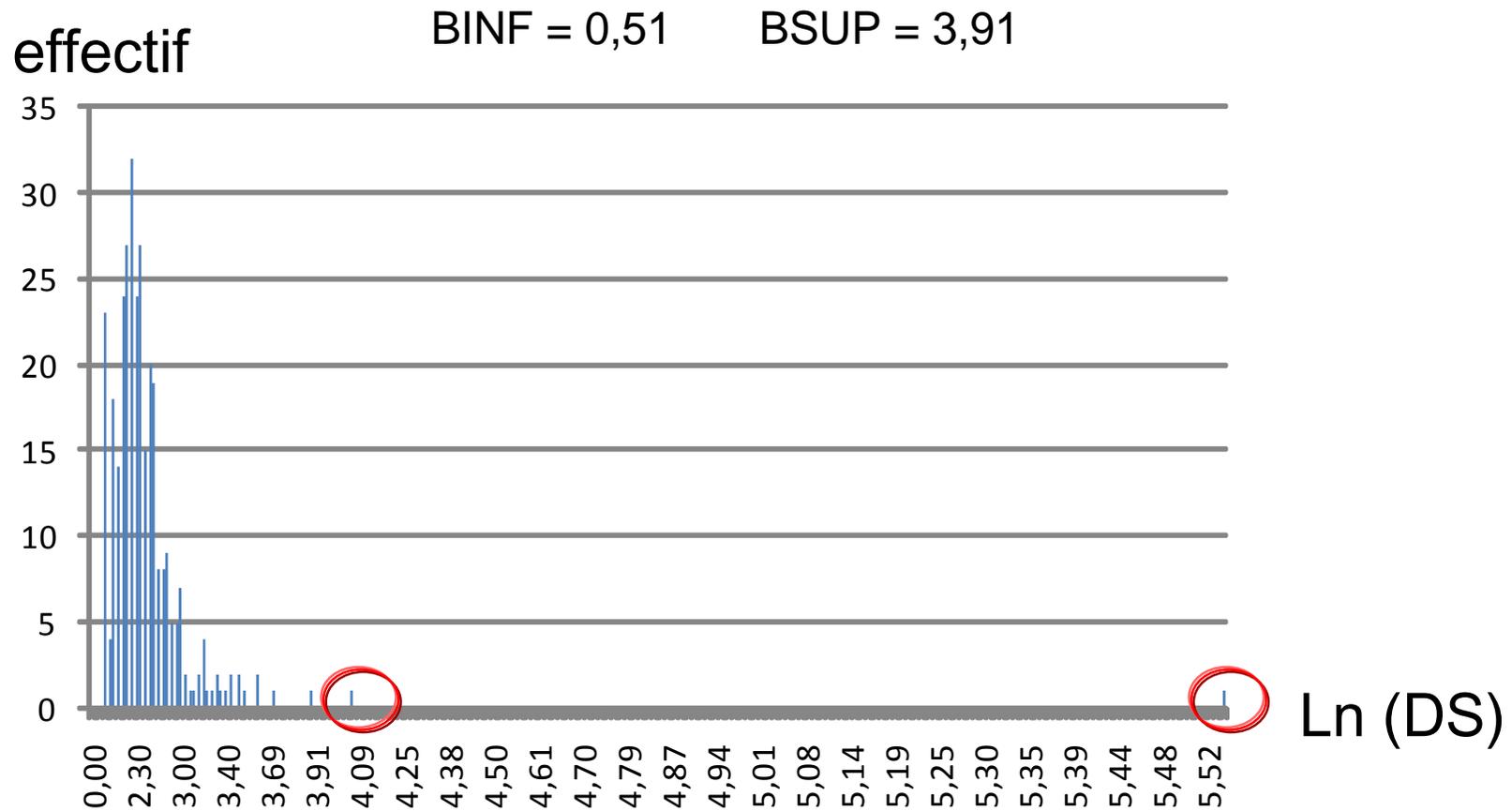


Trimage des durées de séjour hôpital

**Avec les bornes calculées sur la base nationale
ou sur la base hôpital ?**

**=> La base hôpital pour ne pas biaiser le calcul sur les
GHM comportant beaucoup de séjours longs**

Ex : trimage du GHM 01M302 (sur données hôpital)



Trimage des durées de séjour hôpital



Résultat

IP-DMS initial : 1,090

(HUS 2013 hors LAMDA)

IP-DMS recalculé : 1,066

(1086 séjours exclus, représentant 18970 journées)



Faut-il exclure certains GHM ?

Soins palliatifs : 23Z02Z

IP-DMS initial : 1,0897

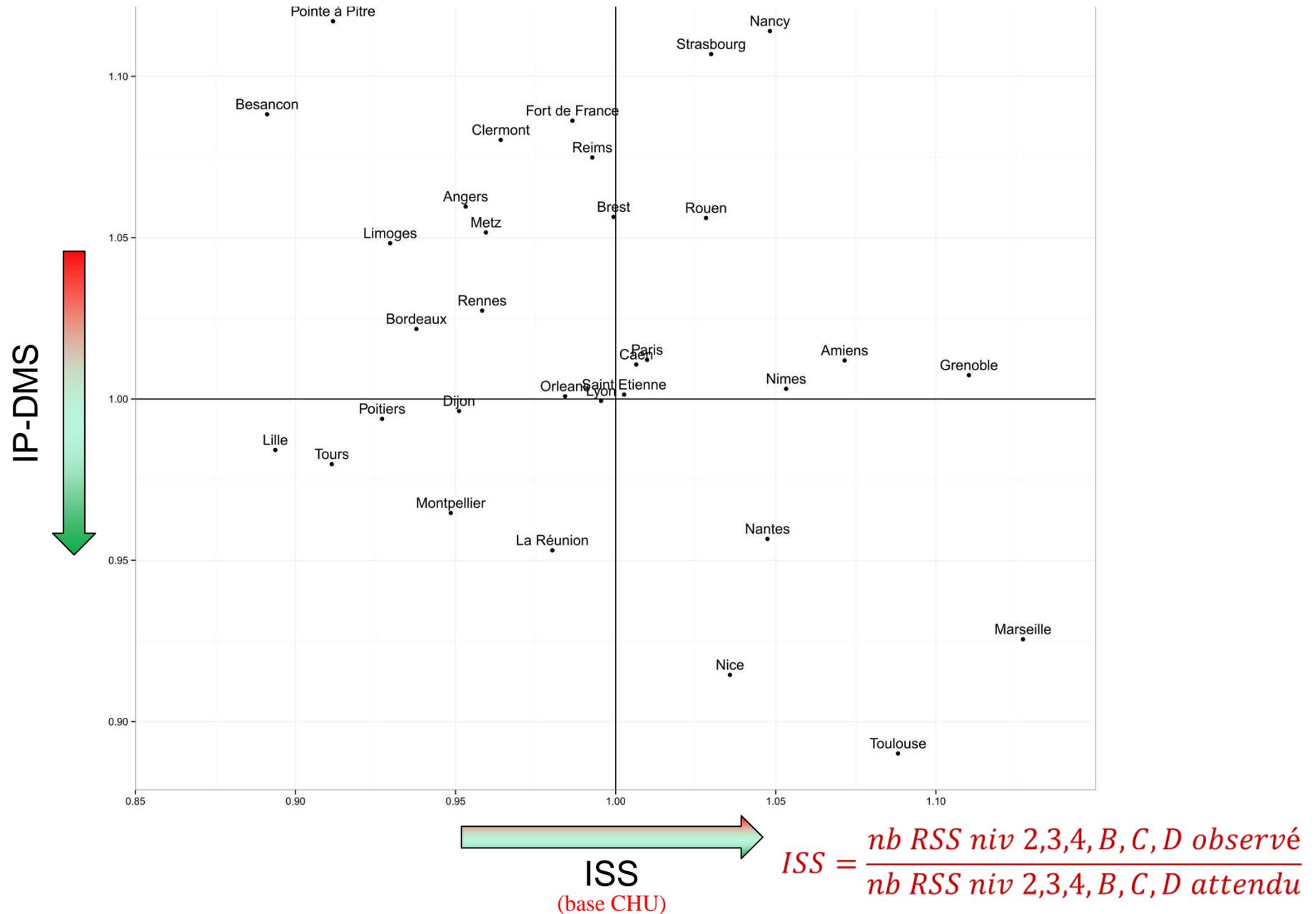
IP-DMS recalculé : 1,0895

Comment le DIM peut-il améliorer l'IP-DMS?

$$\text{IP-DMS} = \frac{\text{nb journées réelles}}{\text{nb journées théoriques}}$$

Comment varie l'IP-DMS avec la «qualité» du codage ?...

IP-DMS : quel est l'impact du codage ?...



Impact du codage sur l'IP-DMS

Simulation 1 :

10% des séjours de niveau 1/A => niveau 2/B

Critère :

Séjours ayant le rapport DS hôpital / DS référence
le plus élevé

IP-DMS initial : 1,090

(HUS 2013 hors LAMDA)

IP-DMS recalculé : 1,071

Impact du codage sur l'IP-DMS

Simulation 2 :

On remonte d'un niveau 10% des séjours pour lesquels le groupeur le permet

(au moins 3 jours pour les 1/A, 4 jours pour les 2/B, 5 jours pour les 3/C)

Critère :

Séjours ayant le rapport DS hôpital / DS référence le plus élevé

IP-DMS initial : 1,090

(HUS 2013 hors LAMDA)

IP-DMS recalculé : 1,044



Impact du codage sur l'IP-DMS

Simulation 3 :

**On remonte tous les séjours de niveau 1/A en 2/B
(si la durée de séjour le permet)**

IP-DMS initial : 1,090

(HUS 2013 hors LAMDA)

IP-DMS recalculé : 0,979

Impact du codage sur l'IP-DMS

LAMDA : résultat du LAMDA MCO 2013 (traitement M7 2014)

IP-DMS initial : 1,0897 (HUS 2013 hors LAMDA)

IP-DMS recalculé : 1,0785

Résultat financier : 2 624 977 €

Quel aurait été le résultat financier si la baisse de l'IP-DMS avait été obtenue par une augmentation d'activité ?

Impact du codage sur l'IP-DMS (LAMDA vs activité)

IP-DMS initial : 1,0897

nb j réelles/théoriques : 612 379 / 561 993

IP-DMS recalculé : 1,0785 nb j réelles/théoriques : 612 379 / 567 873

+ 5 880

LAMDA

Résultat financier : 2 624 977 €

Impact du codage sur l'IP-DMS (LAMDA vs activité)

IP-DMS initial : 1,0897

nb j réelles/théoriques : 612 379 / 561 993

IP-DMS recalculé : 1,0785 nb j réelles/théoriques : 612 379 / 567 873

+ 5 880

LAMDA

Résultat financier : 2 624 977 €

$5\,880 * 629,3 = 3\,700\,273 \text{ €}$

↑ activité

Les séjours préexistants
sont diminués de ce
nombre de journées,
utilisées pour générer
de nouveaux séjours

PMCT journalier hôpital



Impact du codage sur l'IP-DMS

Simulation 4 :

Quel est l'impact sur l'IP-DMS si l'on ramène l'ISS à 1 ?

Méthode : on dégrade le niveau de sévérité des séjours de niveau 2/3/4/B/C/D

- 1) Calcul du rapport DS hôpital / DS référence
- 2) Dégradation du niveau du séjour dont le rapport est le plus faible
- 3) Recalcul de l'ISS : s'il est supérieur à 1, retour à l'étape 1

Impact du codage sur l'IP-DMS

Simulation 4 :

Quel est l'impact sur l'IP-DMS de ramener l'ISS à 1 ?

IP-DMS initial : 1,090

IP-DMS final : 1,122

ISS initial : 1,037

ISS final : 1,000

2453 changements de GHM (2304 séjours)

Discussion

- 1) **L'IP-DMS fait le rapport entre deux nombres non comparables (trimage des DMS de référence), cela semble pénaliser les établissements sur cet indicateur (à tester sur d'autres hôpitaux, notamment ceux avec un $IP-DMS < 1$)**

- 2) **Le DIM peut améliorer l'IP-DMS en améliorant le codage :**
 - les effets sont intéressants mais non exceptionnels...
 - la diminution de l'IP-DMS passe aussi par la diminution des DMS...
 - l'impact financier paraît moins important que celui d'une augmentation d'activité

Merci de votre attention