

# Séance d'information

## SwissDRG SA

**SwissDRG - Version 10.0 / 2021**

# SwissDRG - Version 10.0 / 2021

- 1. Base de données**
2. Développement du Groupes
3. Résultats

# Nombre d'hôpitaux

Année de données	2018	2017	2016
Hôpitaux de réseau	<b>131</b>	117	103
Tous les hôpitaux	<b>176</b>	177	176

- Suppression totale de 4 hôpitaux, dont 3 sans livraison en 2017
- Utilisation des données de 127 hôpitaux pour le développement du système (106 l'année précédente)

# Cas livrés

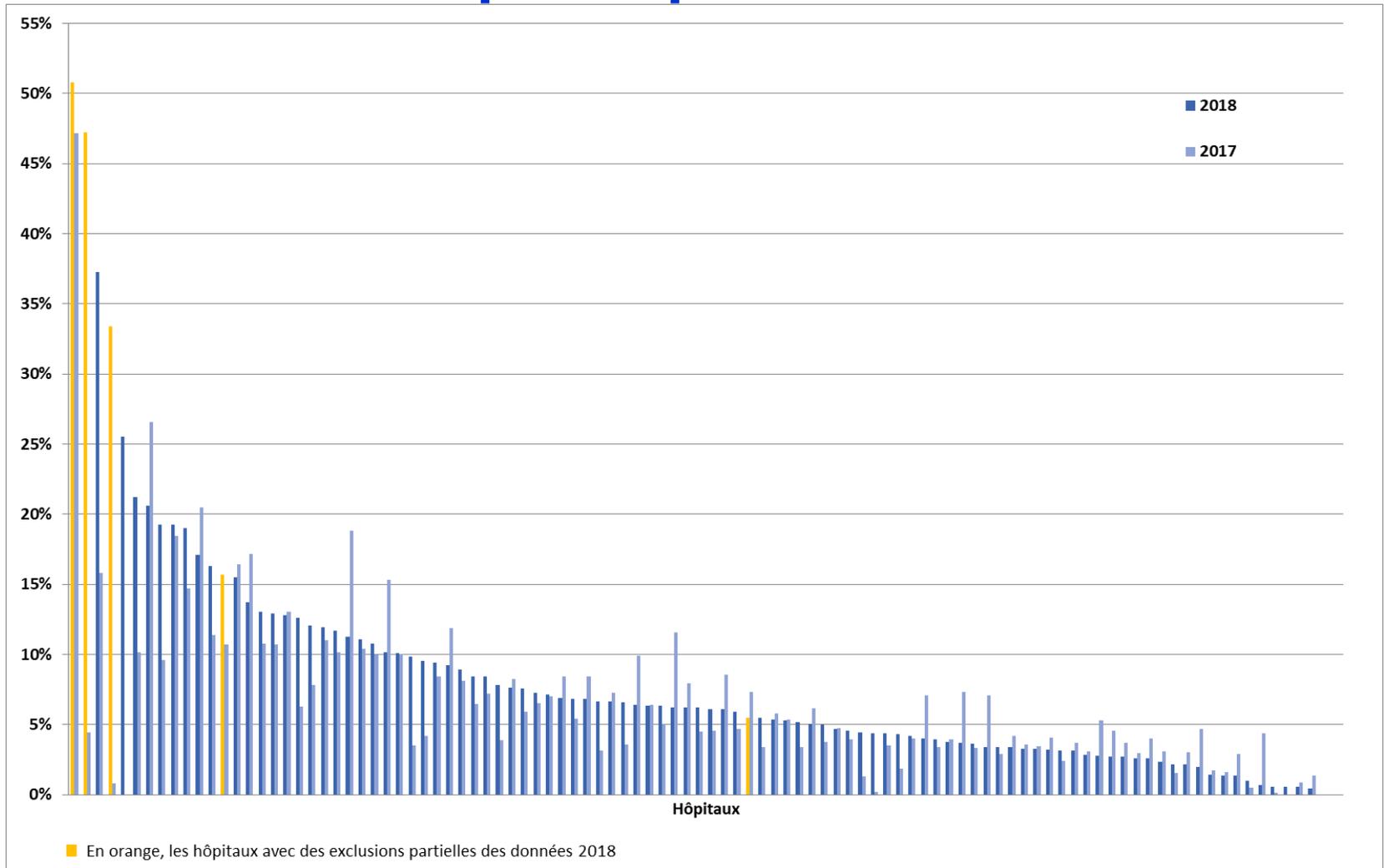
Années de données	2018	2017	2016
<b>Structure tarifaire</b>	<b>SwissDRG 10.0</b>	<b>SwissDRG 9.0</b>	<b>SwissDRG 8.0</b>
Données HR	<b>1'172'590</b>	1'139'777	1'056'577
Total des données	<b>1'278'241</b>	1'275'168	1'276'785
Échantillon	<b>91.73 %</b>	89.38 %	82.75%

# Aperçu de l'érosion des données

Total des données	Relevé SwissDRG	
1'339'647	1'176'405	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>
1'278'241	1'172'590	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>
	1'147'566	Base de données avant plausibilisation
	↓	- Plausibilisation des cas (incl. suppression totale de 4 hôpitaux)
	1'063'220	Cas plausibles 2018 (données de calcul)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>+ 431 cas provenant des données 2017</li> <li>+ 100 cas provenant des données 2016</li> </ul>


 Développement du système

# Pourcentage de cas non plausibles par hôpital



# Affectation des coûts des cas transférés à la sortie

- Au total env. 45'100 cas transférés à la sortie (1.5.V03=6) de 127 hôpitaux
  - dont 19'200 cas avec des coûts moyens sous v109 «transports patient par un tiers» d'env. 1'160 francs
  - 5'500 autres cas avec des coûts moyens sous v440 «Service de secours/ambulance» d'env. 860 francs

=> 20'000 cas sans coûts

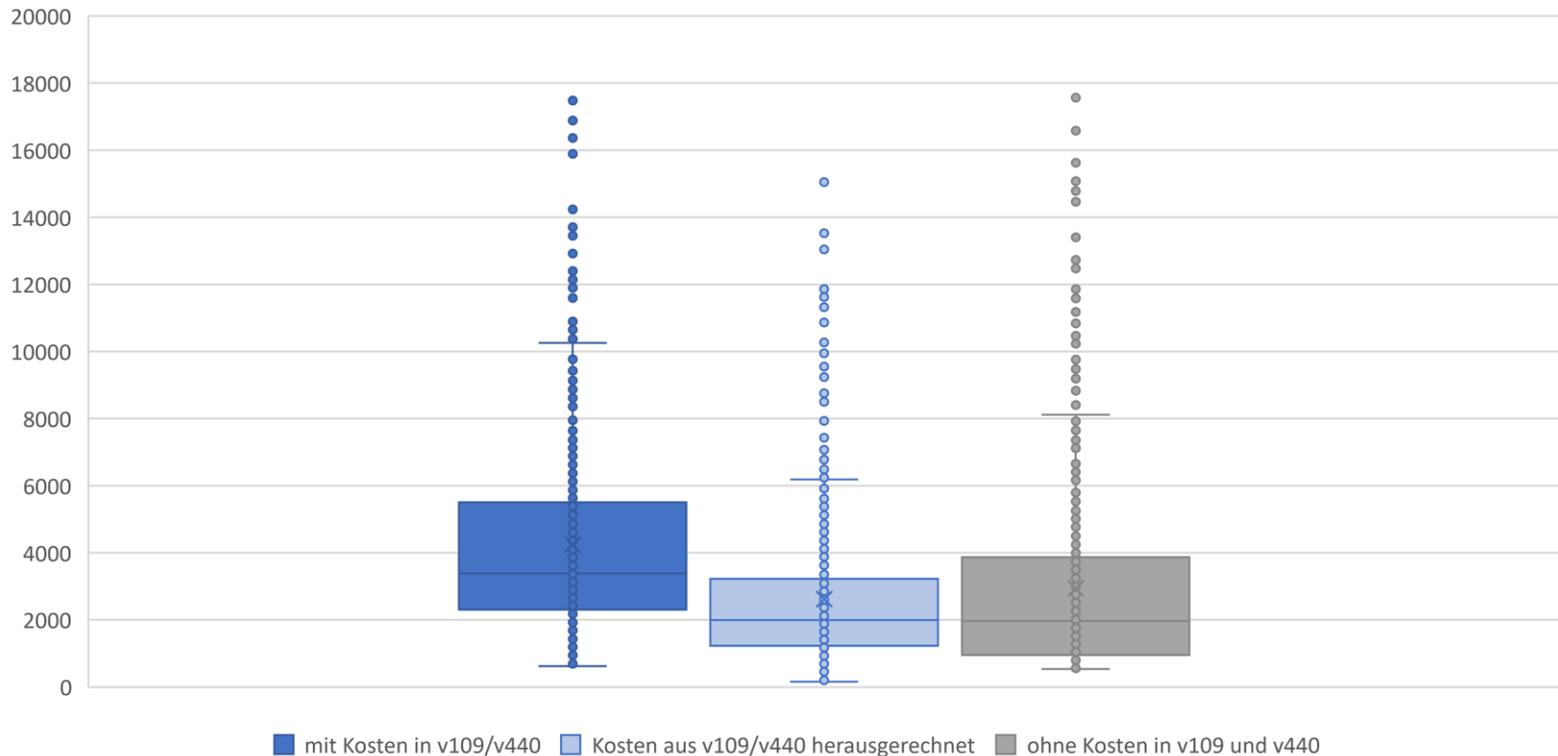
*Base de données: données 2018, domaine d'utilisation*

# Affectation des coûts des cas transférés à la sortie

- v109 Transports patient par un tiers  
=> Coûts individuels
  
- v440 Service de secours/ambulance  
(uniquement transports secondaires)  
=> Coûts indirects

# Comparaison des cas dans le code P60C

## Comparaison des coûts totaux



*Données: données de calcul 2018, groupées selon la version 10.0*

# Chronologie du développement de la structure tarifaire

22 juin  
2020

- **Version catalogue 2018/2021**
  - Catalogue CHOP 2018
  - ICD-10-GM 2016

29 juin  
2020

- **Version de planification 2019/2021**
  - Catalogue CHOP 2019
  - ICD-10-GM 2018

21 août  
2020

- **Version de planification 2020/2021**
  - Catalogue CHOP 2020
  - ICD-10-GM 2018

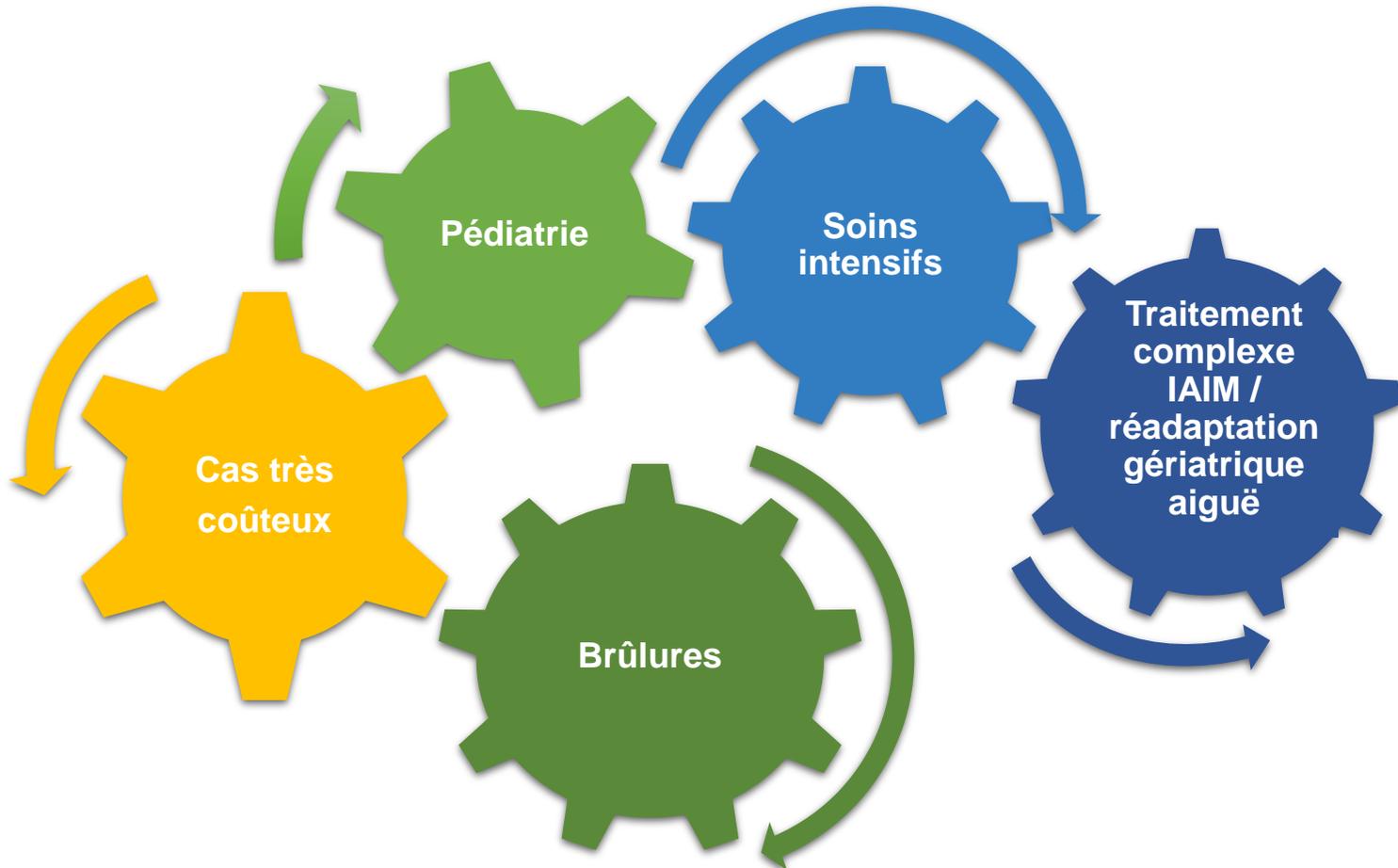
30 nov.  
2020

- **Version de tarification 2021/2021**
  - Catalogue CHOP 2021
  - ICD-10-GM 2020

# SwissDRG - Version 10.0 / 2021

1. Base de données
- 2. Développement du Grouper**
3. Résultats

# Axes de développement



# Cas très coûteux

## Contrôle au cas par cas

### Caractéristiques cliniques des cas:

- Nombre très élevé de points ICU et IMCU
- Nombre très élevé d'heures de ventilation
- Ulcères de décubitus de 4<sup>e</sup> degré
- Brûlures étendues
- Réadaptation neurol. et neurochir. précoce avec durée de séjour très longue
- Nouveau-nés avec malformations congénitales
- Patients avec systèmes d'assistance cardiaque
- Maladie du greffon contre l'hôte (GVHD)

# Cas très coûteux

## Contrôle au cas par cas

### Composantes de coûts singulières:

- Coûts externes élevés sans codage correspondant
- v103 Matériel médical
- v104 Implants
- v290 Laboratoire
- v380 Hébergement
- v310 Corps médical
- v360 Diagnostic médical et thérapeutique

# Cas très coûteux

## Contrôle au cas par cas

### Saisie des coûts:

- Chez les patients avec système d'assistance cardiaque, rémunération supplémentaire pertinente pour représenter la durée du traitement
  - Calcul de ces coûts très difficile pour les hôpitaux
- Actuellement, pas de rémunération supplémentaire calculable

# Cas très coûteux

## Brûlures

### Problèmes de codage:

- CIM T31.-! Brûlures classées selon l'étendue manque
  - CIM T31.-! (pourcentage de la surface du corps atteinte) doit être codé de manière générale en plus de la localisation et du degré de la brûlure
- Pertinent pour le groupage dans les brûlures les plus graves

# Cas très coûteux

## Maladie du greffon contre l'hôte

### Transformation:

- DRG de base R60 «*Leucémie myéloïde aiguë, > 1 jour d'hospitalisation ou prélèvement autologue de CS ou Graft versus Host Disease (réaction du greffon contre l'hôte)*»
  - Revalorisation des cas «*GVHD aiguë, grade III / IV*» ainsi que «*GVHD chronique, forme sévère*» dans les DRG R60 A/B
- DRG de base R61 «*Lymphome et leucémie non aiguë, > 1 jour d'hospitalisation*»
  - Revalorisation des cas «*GVHD chronique, forme sévère*» dans le DRG R61A
- DRG de base R50 «*Chimiothérapie hautement complexe, deux séries de traitement ou chimiothérapie hautement complexe avec isolement protecteur à partir de 14 jours de traitement ou.....*»
  - Revalorisation des cas «*GVHD aiguë, grade III / IV*» dans le DRG R50A

# Cas très coûteux

## Médecine intensive

### Problème:

- Identification des cas très coûteux avec des points ICU très élevés

### Transformation:

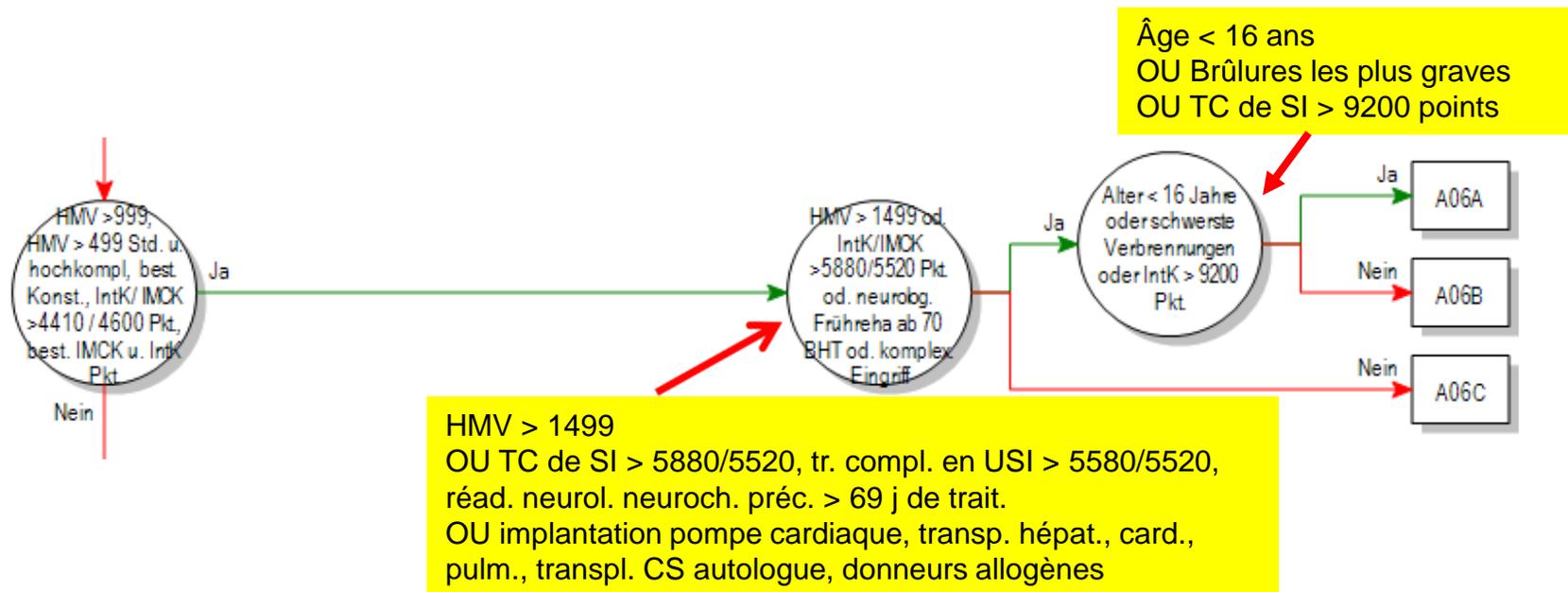
- Revalorisation des cas avec trait. compl. de soins intensifs > 2940/ 3680 points sans autres conditions dans le DRG A07A «*Ventilation artificielle > 499 heures avec une procédure d'OU complexe ..... ou traitement complexe de soins intensifs > 2940/3680 points...*»

# Cas très coûteux

## Médecine intensive / brûlures

### Résultat:

- Regroupement des DRG A06Z et A18Z
- Établissement de nouveaux critères de split



# Cas très coûteux

## Brûlures

### Problème:

- Logique dans la fonction «*Brûlures sévères*» incorrecte en raison des codes CIM avec point d'exclamation «!»
- Cas coûteux avec «*couvertures temporaires de tissus mous*» pas suffisamment rémunérés

### Transformation I:

- Tous les codes CIM avec «!» retirés du tableau DP de la fonction, T31.00 – T32.99 «*Brûlures/Corrosions classées selon l'étendue de la surface du corps atteinte*»
- Les cas avec codes CIM T31.00 - T32.99 remplissent les autres conditions uniquement en tant que DS

# Cas très coûteux

## Brûlures

### **Demande:**

- Représentation de brûlures étendues à plusieurs localisations dans le DRG de base Y02 «*Autres brûlures avec transplantation de peau...*» non conforme aux coûts effectifs

### **Transformation:**

- Revalorisation des cas avec brûlures à différentes localisations
- au moins 2 diagnostics secondaires avec «*Brûlures du 2<sup>e</sup> degré et plus ...*»
- ou «*Brûlures du 3<sup>e</sup> degré*» comme diagnostic secondaire

## Cas très coûteux

# Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce

### Analyse:

- Coûts supplémentaires de cas avec réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce dans le DRG de base A07 «*Ventilation artificielle > 499 heures ou autres situations coûteuses ou traitement complexe de soins intensifs > 2940/3680 points*» par rapport aux autres cas.

### Transformation:

- Revalorisation des codes CHOP 93.89.1K – 93.89.1V «*Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce, au moins 7 jours de traitement*» dans le DRG A07A

## Cas très coûteux

# Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce

### Nouveau:

- Revalorisation des cas avec réadaptation neurologique et neurochirurgicale à partir de 70 jours de traitement sans diagnostic «*Coma vigile, syndrome de verrouillage*» dans le nouveau DRG A43A
- Revalorisation des cas avec «*Traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 1764/1932 points*»



# Cas très coûteux

## Systèmes d'assistance cardiovasculaire

### Jusqu'ici:

- Durée d'un «*traitement avec un système d'assistance cardio-vasculaire, avec pompe, sans fonction d'échange gazeux,...*» codes CHOP 37.69.2-; 37.69.4-; 37.69.5-; 37.69.6-; sans pertinence pour le regroupement
- Des cas affichent une consommation élevée de ressources
- Implantation code CHOP 37.6A.- pertinente pour les RS

### Transformation:

- Nouveau tableau de procédures globales MDC avec les codes CHOP «*Durée de traitement avec un système d'assistance cardio-vasculaire, avec pompe, sans fonction d'échange gazeux,...*»
- Intégration du tableau dans les DRG de base A06 et F87

# TC lors d'IAIM

## Situation initiale:

- Depuis des années, demandes répétées d'examen de la représentation de ces cas en raison de «*sous-rémunération pour des prestations supplémentaires*»
- Examen de la situation par simple dissolution du DRG de base A94 «*Traitement complexe en cas de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants ...sans procédure opératoire*» dans les DRG cibles, jusque-là sans résultat satisfaisant
- Analyse poussée de ces cas sur les données 2018 dans toutes les MDC et tous les DRG

# TC lors d'IAIM

## Procédure

- Dissolution du DRG de base A94 dans la pré-MDC  
513 cas avec «*Traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants* **sans procédure opératoire**» sont désormais regroupés **en fonction** des diagnostics principaux dans des partitions médicales corresp.
- Les cas avec procédures opératoires étaient déjà exclus du DRG de base A94, ainsi que les MDC 17 et 18B
- Évaluation des nombres de cas par MDC
- MDC présentant un fort nombre de cas -> 01, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 16

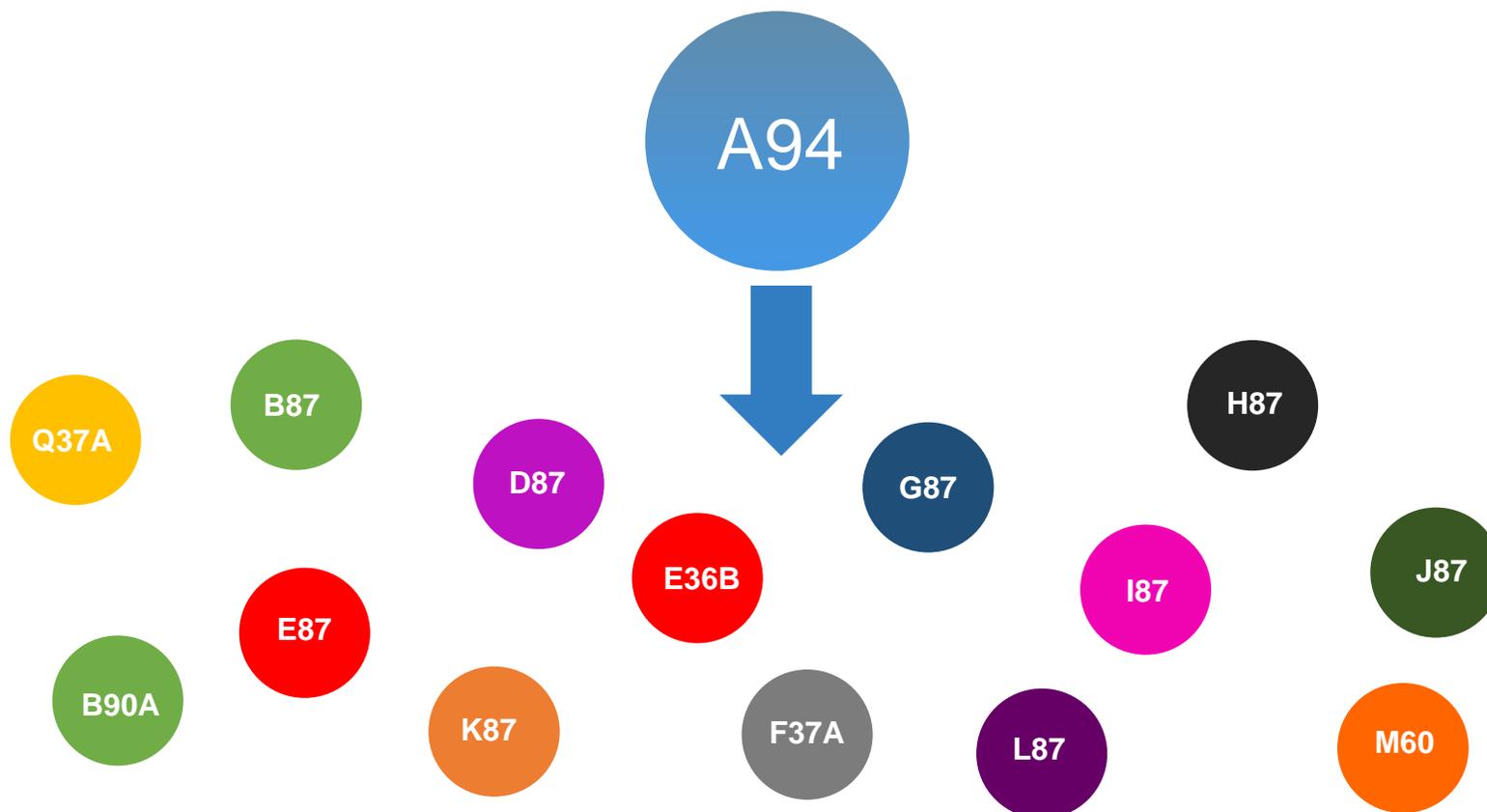
# TC lors d'IAIM

## Procédure

- Intégration des cas avec les codes CHOP 93.59.5- «*TC lors d'IAIM,...*» dans les MDC à fort nombre de cas
- Intégration sur la base de l'analyse des données du critère de pertinence pour le regroupement «*selon le nombre de jours de traitement*»
- Logique des DRG en premier lieu dans la part. méd. élargie aux cas «*Traitement complexe en cas d'infection à agents infectieux multirésistants, selon le nombre de jours de traitement*»
- Dans les MDC 04; 05; 16 plus dans la part. opératoire, les DRG «*Trait. compl. de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196/119 points*» élargis aux cas avec infection à agents infectieux multirésistants

# TC lors d'IAIM

Dissolution du DRG de base A94 et intégration des cas avec «TC lors d'IAIM» dans les MDC/DRG correspondants



# TC lors d'IAIM

## Analyse dissolution A94

### Examen:

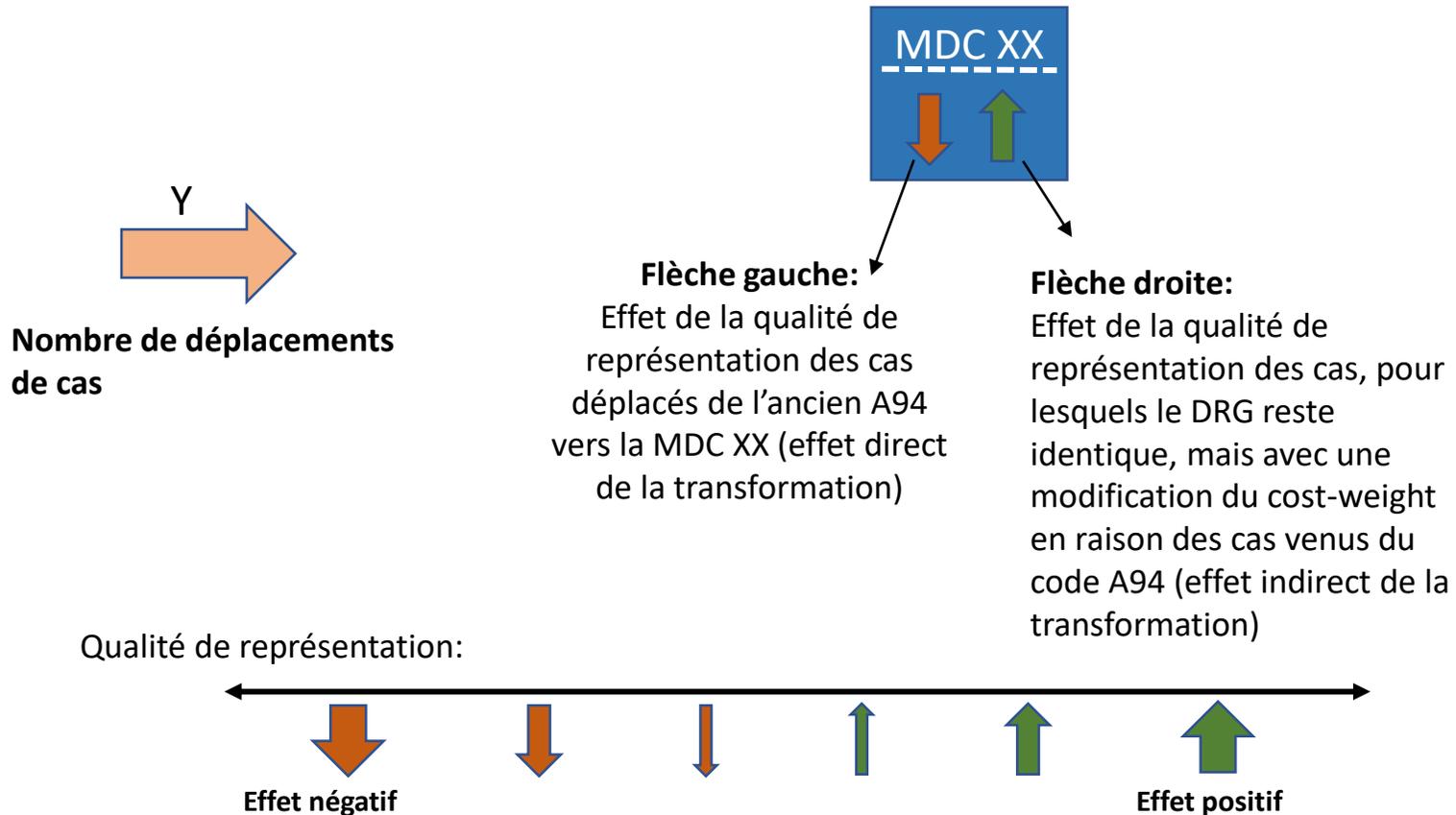
### Simulation/analyse de la dissolution du DRG de base A94

1. Regroup./simulation du catalogue avant mod. du Grouper
  - **«avec A94» – maintien du code A94**
2. Dissolution du code A94 dans le Grouper à des fins de simulation
3. Regroup./simulation du catalogue après mod. du Grouper
  - **«sans A94» – dissolution du code A94**
4. Comparaison des deux spécifications des deux Groupers

# TC lors d'IAIM

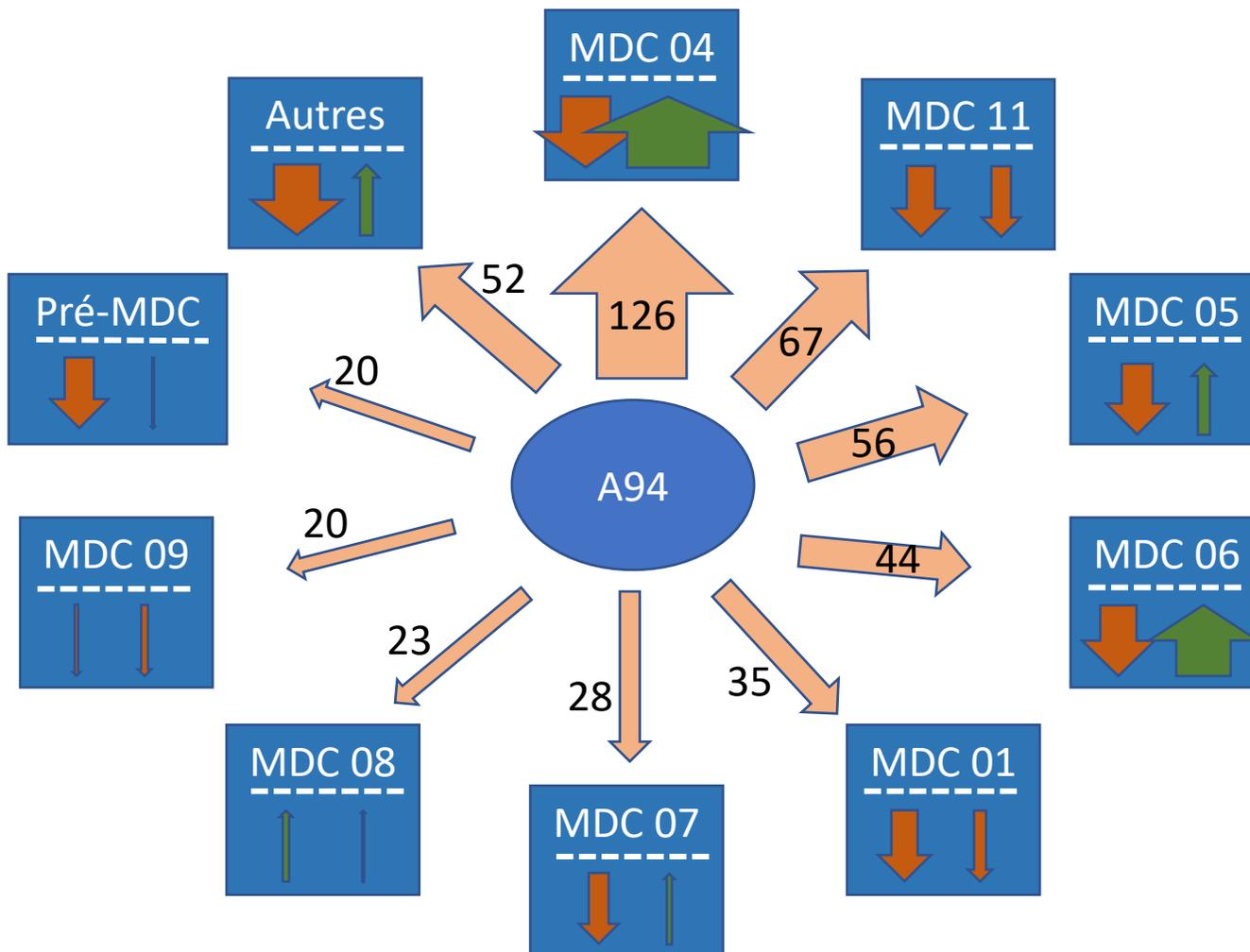
## Analyse dissolution A94

**Résultat:** notation sur la représentation graphique



# TC lors d'IAIM

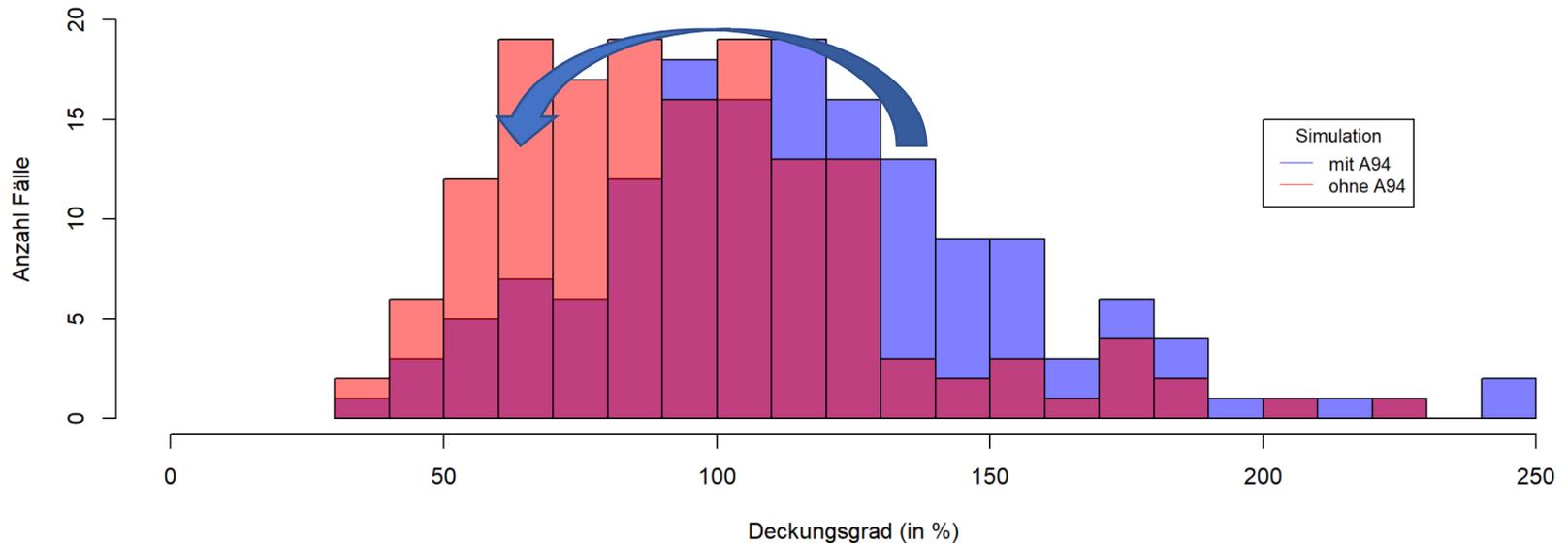
## Résultat



# TC lors d'IAIM

## Résultat

Histogramme der Deckungsgrade der Fälle aus A94B



- La dissolution du code A94 entraîne pour ces cas (représentation ici des cas du code A94B) un déplacement du degré de couverture en direction d'un sous-financement
- Ce déplacement est également observé pour les autres DRG dans le code A94.

# TC lors d'IAIM

## Résultat

1. Légère diminution de la qualité globale de représentation
2. En y regardant de plus près, on constate cependant...
  - une baisse de la qualité de représentation des cas issus de l'ancien DRG de base A94
  - une augmentation de la qualité de représentation des cas pour lesquels les cost-weights ont été influencés par les cas venus de l'ancien code A94
  - des résultats différents selon la MDC/le DRG

**→ L'objectif d'une meilleure représentation des cas issus du DRG de base A94 par la dissolution du DRG de base n'est pas réalisable**

## TC lors d'IAIM Conséquence

- Restauration de toutes les transformations pour les cas avec «*Traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants*» des diverses MDC
  - Rétablissement du DRG de base A94 dans la pré-MDC
- Considérant le système dans sa globalité, la représentation des cas avec «*Traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants*» dans la pré-MDC est adéquate dans le DRG de base A94

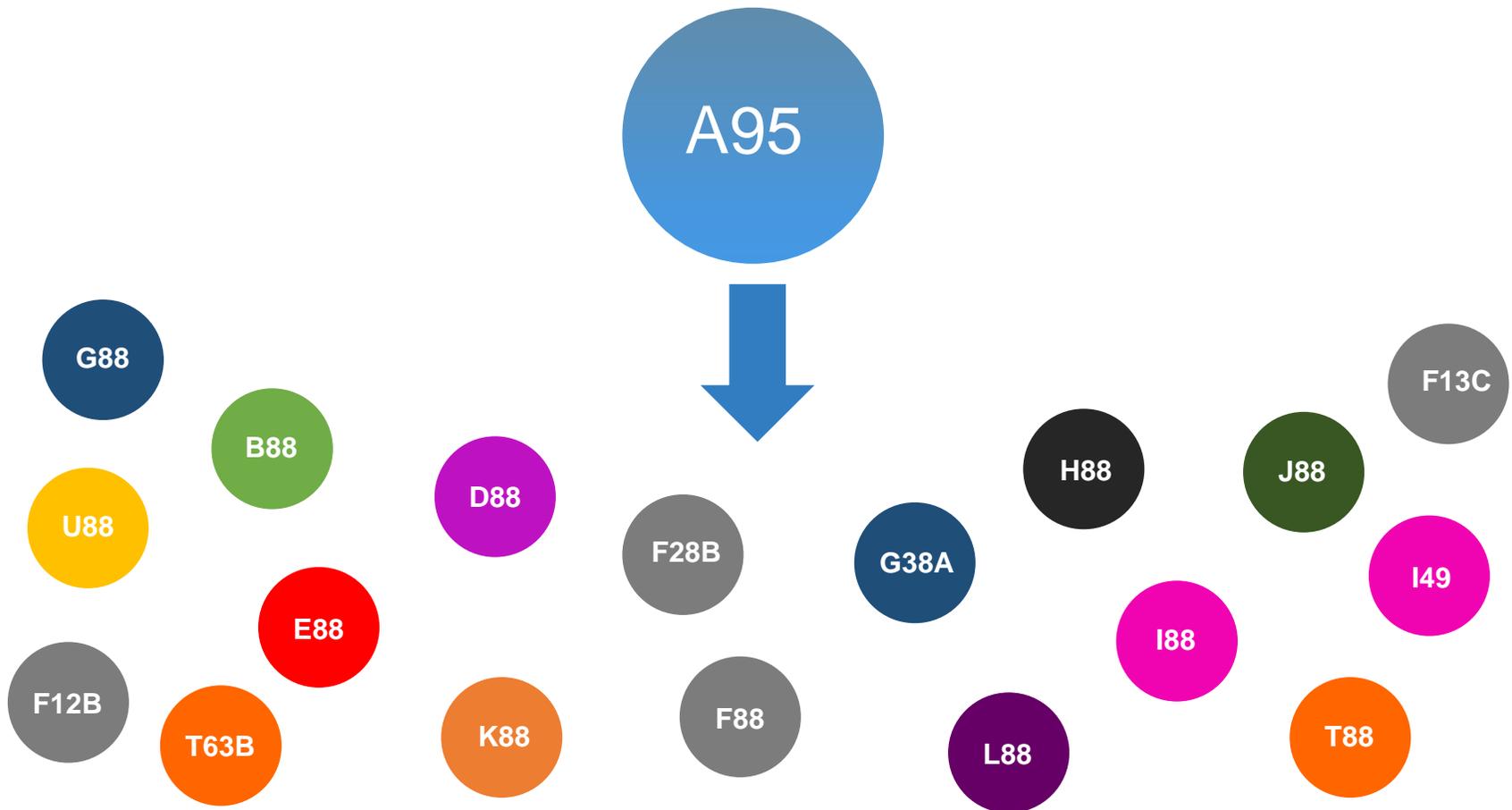
# Réadaptation gériatrique aiguë

## Procédure

- Dissolution du DRG de base A95 dans la pré-MDC
- 13'583 cas sont désormais regroupés en fonction des diagnostics principaux
- Les cas avec la logique du DRG de base I06 «*Interventions complexes sur la colonne vertébrale avec intervention corrective complexe,..*» étaient déjà exclus du DRG de base A95
- Évaluation des nombres de cas par MDC
- MDC présentant un fort nombre de cas → 01, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 18B, 19

# Réadaptation gériatrique aiguë

Dissolution du DRG de base A95 et inclusion des cas avec «*Réadaptation gériatrique aiguë*» dans les MDC/DRG correspondants



# Réadaptation gériatrique aiguë

## Analyse dissolution A95

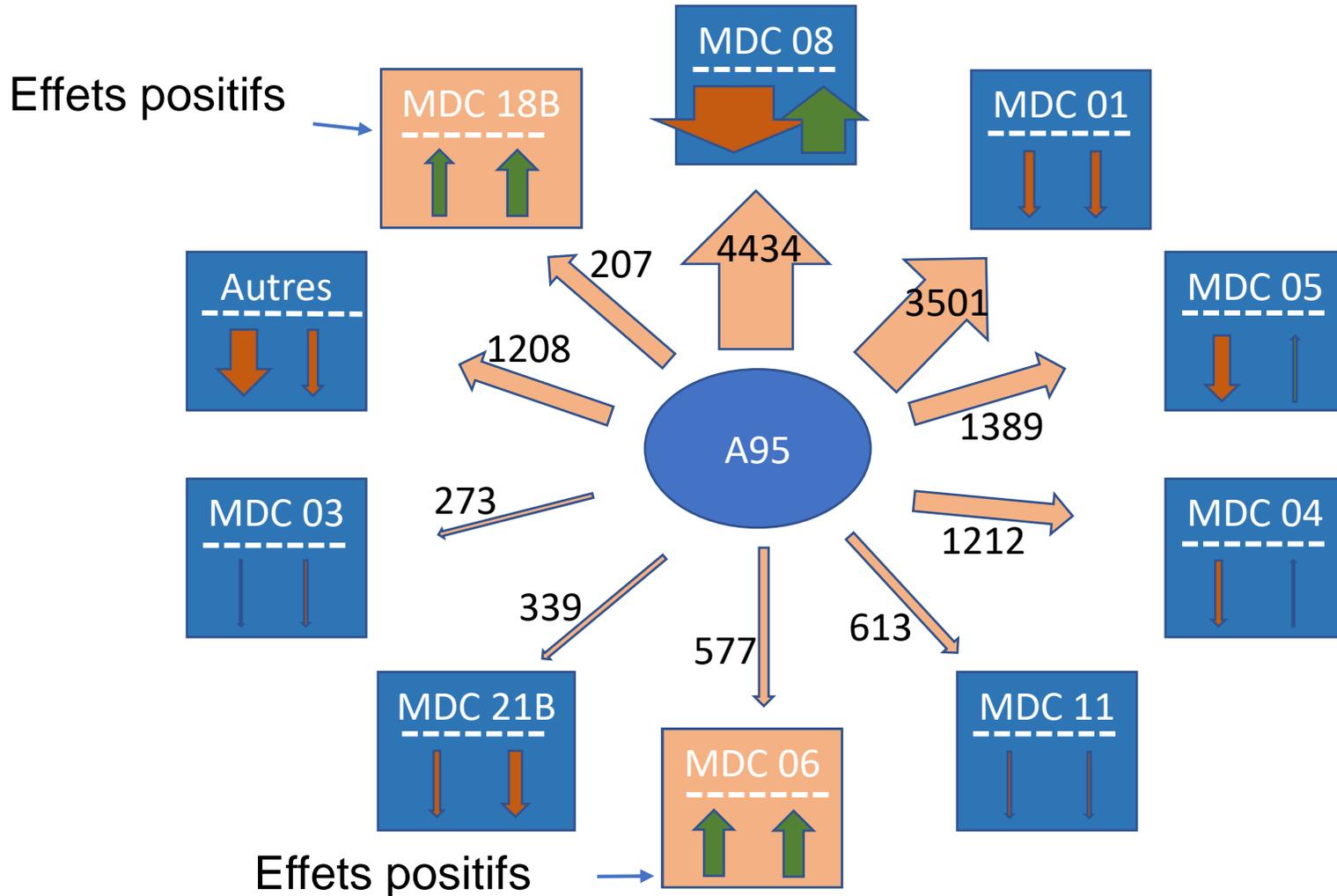
### Examen:

### Simulation/analyse de la dissolution du DRG de base A95

1. Regroup./simulation du catalogue avant mod. du Grouper
  - **«avec A95» – maintien du code A95**
2. Dissolution du code A95 dans le Grouper à des fins de simulation
3. Regroup./simulation du catalogue après mod. du Grouper
  - **«sans A95» – dissolution du code A95**
4. Comparaison des deux spécifications des deux Groupers

# Réadaptation gériatrique aiguë

## Résultat



# Réadaptation gériatrique aiguë

## Résultat

1. Légère diminution de la qualité globale de représentation
2. En y regardant de plus près, on constate cependant...
  - une baisse de la qualité de représentation des cas issus de l'ancien DRG de base A95
  - une augmentation de la qualité de représentation des cas pour lesquels les cost-weights ont été influencés par les cas venus de l'ancien code A95
  - des résultats différents selon la MDC/le DRG
  - Les MDC 06 et 18B affichent des effets très positifs

**→ L'objectif d'une meilleure représentation des cas issus du DRG de base A95 par la dissolution du DRG de base n'est pas réalisable**

# Réadaptation gériatrique aiguë

## Conséquence

- Restauration du DRG de base A95 pour les cas avec «*Réadaptation gériatrique aiguë*» des MDC, sauf cas dans ->
- MDC 06 «*Organes digestifs*»; DRG G38A «*Traitement complexe de soins intensifs > 196/184 points... ou réadaptation gériatrique aiguë à partir de 21 jours de traitement, ...*» et nouveau DRG G88Z «*Réadaptation gériatrique aiguë, à partir de 14 jours de traitement*»
- MDC 18B «*Infections*»; nouveau DRG T88Z «*Réadaptation gériatrique aiguë, à partir de 14 jours de traitement*»

→ Représentation adéquate des cas avec «*Réadaptation gériatrique aiguë*»

# Transformations globales des MDC

## Para/tétraplégie aiguë

### Problème:

- Sous-rémunération lors de prestations supplémentaires dans les cas d'affections aiguës et blessures particulières de la moelle épinière qui remplissent en plus la condition du traumatisme multiple

### Transformation:

- Exclusion des DRG B61A et B du déplacement traumatisme multiple

→ Les cas sont désormais regroupés en adéquation avec les coûts dans le DRG de base B61

# Transformations globales des MDC

## Traitement multimodal de la douleur/traitement rhumatologique complexe

### Jusqu'ici:

- Des cas avec traitement multimodal de la douleur sont affectés en fonction des DP aux DRG de base A92 ou U42
- Choix du DP associé à des incitations inopportunes

### Demande:

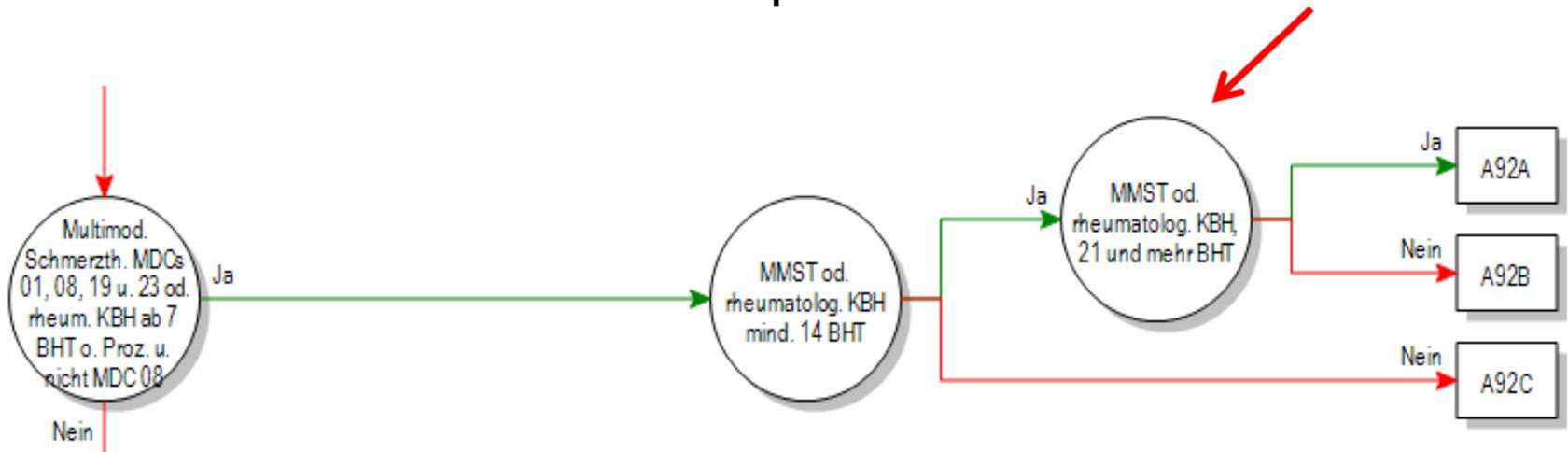
- Regroupement des DRG de base A92 et U42

# Transformations globales des MDC

## Traitement multimodal de la douleur/traitement rhumatologique complexe

### Transformation:

- Fusion des DRG de base A92 et U42, examen et nouvelle définition des critères de split



# Transformations globales des MDC

## Traitement complexe de médecine palliative

### **Demande:**

- Les cas avec traitement en stroke unit/center et traitement complexe de médecine palliative ne sont pas représentés de manière adéquate dans le DRG de base A97 «*Traitement complexe de médecine palliative ...*»

### **Transformation:**

- Revalorisation des cas avec traitement neurologique complexe dans le DRG A97D «*Traitement complexe de médecine palliative ...ou traitement neurologique complexe à partir de 24 heures.*»

# Transformations globales des MDC

## Traitement de douleurs aiguës

### Demande:

- Contrôle de la représentation des codes CHOP 93.A3.3-  
«*Traitement complexe des douleurs aiguës,..*» en tant que critère de split dans plus de 120 DRG

### Transformation:

- Inclusion des codes CHOP 93.a3.33 et 93.a3.34 «*Traitement complexe des douleurs aiguës, d'au moins 14 jours de traitement et plus*» dans la fonction «*Procédures de complication*»

→ Revalorisation adéquate du traitement

# Transformations globales des MDC

## Neurostimulateur

### **Demande concernant la MDC 11:**

- Rémunération non adéquate du groupe de codes CHOP 04.92.- «*Implantation ou remplacement d'électrode(s) de neurostimulateur périphérique*» dans le DRG de base L09 «*Autres interventions pour affections des organes urinaires*»

### **Autre problème dans le la MDC 01:**

- Sous-rémunération de cas avec le diagnostic principal G95.84 «*Dyssynergie vésicosphinctérienne liée à une lésion de la moelle épinière*» et une intervention du groupe de codes CHOP 04.92.-

# Transformations globales des MDC

## Para/tétraplégie aiguë

### Demande:

- Suppression des codes ICD G95.8- «*Autres affections précisées de la moelle épinière*» du tableau de diagnostic du DRG de base B61, les cas y sont surrémunérés

### Transformation:

- Déplacer le code G95.84 «*Dyssynergie vésicosphinct. liée à une lésion de la m. épi.*» du DRG de base B61 dans le DRG de base B60 «*Paraplégie/Tétraplégie*» et B03 «*Interv. op. p. par./tétrapl., aff. cér. et interv. p. paral. céréb., dyst. muscul., neurop. ou interv. sur la col. vert. et la m. oss.*» en comb. avec des interventions urologiques

→ Les cas sont rémunérés de façon appropriée

# Transformations globales des MDC Neurostimulateur

## Analyse:

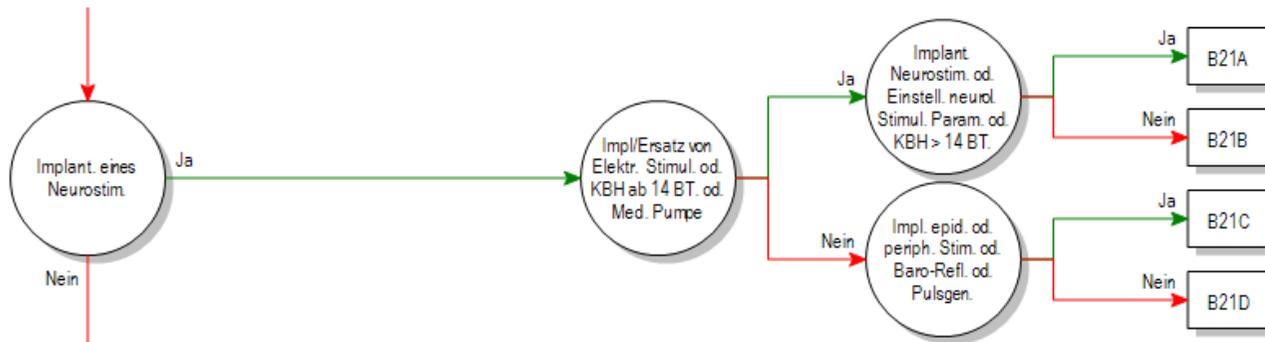
- Coûts des différents groupes de cas comparables

## Transformation:

- Admission des codes CHOP 04.92.- dans la pré-MDC dans le cadre du déplacement pour le DRG de base B21 «*Implantation d'un neurostimulateur*»
- Fusion des DRG B21A et B21B en raison d'une faible nombre de cas dans B21B
- Création d'un nouveau DRG B21D pour représenter les cas avec implantation d'électrodes sans stimulateur

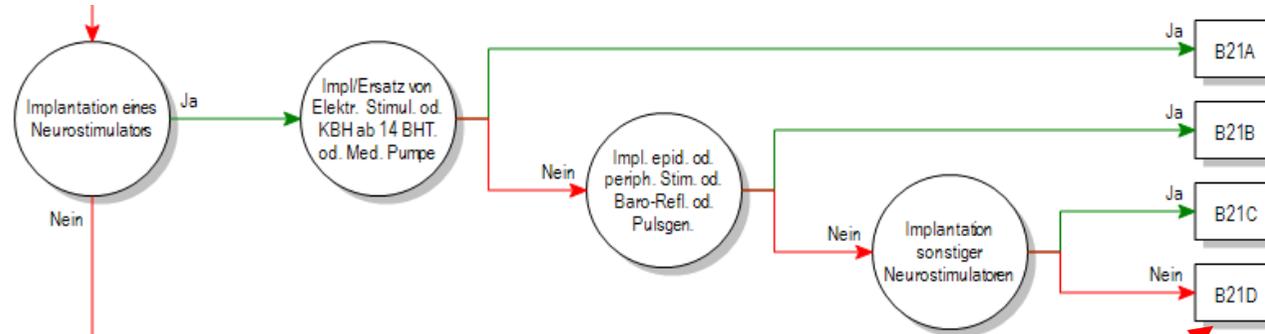
# Transformations globales des MDC Neurostimulateur

**Jusqu'ici:**



Fusion des codes B21A et B21B utilisés jusque-là

**Nouveau:**



Implantation d'électrodes

# Transformations globales des MDC Neurostimulateur

## Liées à la transformation:

- Problème dans la MDC 06; le DRG G11B «*Pyloromyotomie ou anoproctoplastie et réparation de l'anus et du sphincter avec intervention coûteuse, âge > 9 ans*» faible nombre de cas
- Déplacement des cas avec implantation d'électrodes lors d'incontinence fécale dans le DRG B21D

## Transformation supplémentaire:

- Fusion des DRG G11B et G11C

# Transformations globales des MDC

## Traitement complexe de médecine complémentaire

### Demande:

- Les codes CHOP 99.BC.12 à -.14 «*Trait. compl. des médecines complémentaires à partir de 10 séances ...*» annulent l'affectation des cas avec accouch. par voie basse de la MDC 14
- Des cas sont regroupés dans le DRG de base A96 «*Traitement complexe de médecine complémentaire sans procédure opératoire*» dans la pré-MDC

### Transformation:

- Exclusion des cas avec diagnostic principal de la MDC 14 dans le DRG de base A96
- Représentation adéquate dans la MDC 14

# Transformations globales des MDC

## Grandes interventions sur le foie et le pancréas

### Problème:

- Les grandes interventions sur le foie et le pancréas représentées différemment selon le choix du diagnostic principal dans les MDC 06 / 07

### Transformation:

- Déplacement «*grandes interventions sur le foie et le pancréas*» de la MDC 06 vers le MDC 07
- Tous les cas se retrouvent désormais dans le DRG de base H01 «*Interventions sur le pancréas et le foie*»
- Représentation homogène sur le plan médical et économique

# Transformations globales des MDC

## Vésicule biliaire et pancréas

### Problème:

- Certains diagnostics principaux «*vésicule biliaire*» et «*pancréas*» attribués à la MDC 06

### Transformation:

- Déplacement des diagnostics principaux: K91.81 «*Insuffis. d'anast. et sut. après op. de la vés. et des v. bil.*», K91.82 «*Insuffis. d'anast. et sut. après op. du pancréas*» de la MDC 06 vers la MDC 07 «*Système hépatobiliaire*» (DRG de base H64 et H62)

→ Représentation homogène sur le plan médical et économique

# Transformations globales des MDC

## Inflammation lors d'implants dans le système nerveux

### Problème:

- Les cas avec le diagnostic principal T85.72 «*Infection et réaction inflammatoire dues à des prothèses, implants et greffes internes du système nerveux*» non représentés de manière adéquate dans la MDC 21B

### Transformation:

- Déplacement du code T85.72 dans le tableau de diagnostics principaux de la MDC 01 «*Système nerveux*» et inclusion dans le DRG de base B72 «*Infections du système nerveux...*»

# Transformations globales des MDC

## Résection transurétrale de la prostate

### Jusqu'ici:

- Résections transurétrales de la prostate dans les MDC 11 et MDC 12 représentées dans le DRG de base L05/M02 «*Résection transurétrale de la prostate*»

### Nouveau:

- Déplacement de tous les cas avec une résection transurétrale de la prostate de la MDC 11 vers la MDC 12 et ainsi dans le DRG de base M02 «*Résection transurétrale de la prostate*»
- Dissolution du DRG L05Z

# Pré-MDC

## Sous-rémunération lors de prestations supplémentaires

### Problème:

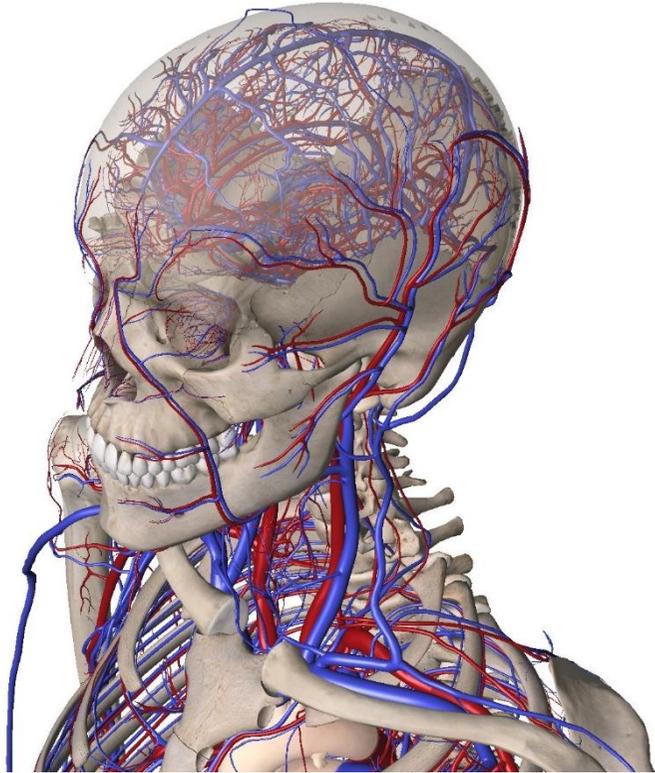
- Sous-rémunération lors de prestations supplémentaires de cas dans les DRG A36B et A90B, qui rempliraient également la condition pour le DRG G35Z «*Traitement sous vide complexe pour maladies et troubles des organes digestifs ou diagnostic complexe avec intervention complexe*»

### Transformation:

- Inclusion de la logique du DRG de base G35 dans les critères de split des DRG A36A et A90A

→ Revalorisation de ces cas

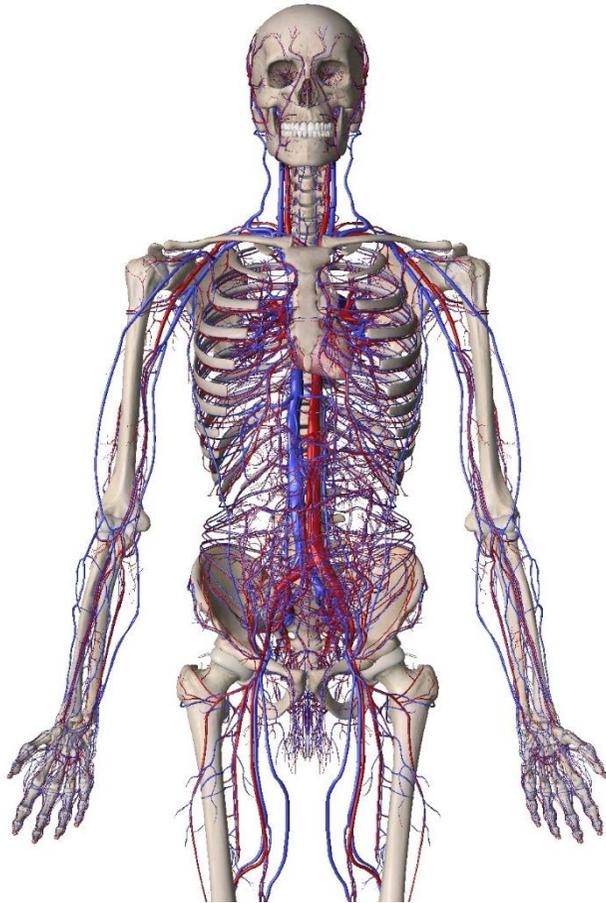
# Systeme nerveux MDC 01



## Vaisseaux intracrâniens

Source: Essential Anatomy 5

# Systeme nerveux MDC 01



## Vaisseaux extracrâniens

- Vaisseaux rachidiens

Source: Essential Anatomy 5

# Systeme nerveux MDC 01

## Adaptation du tableau:

- Concentration sur la distinction anatomique
  - Interventions sur les vaisseaux intracrâniens et
  - extracrâniens
- Processus continu, rendu difficile par les changements annuels dans les codes CHOP
- Vaste adaptation du tableau pas encore définitive
- Toujours parmi les objectifs pour la version 11.0
- Autres transformations dans la MDC 01.....

# Systeme nerveux MDC 01

## Interventions operatoires sur les vaisseaux extracraniens

### Analyse:

- Les conditions de split dans le DRG de base B04 «*Interventions sur les vaisseaux extracraniens ou fermeture de communication interauriculaire ou stimulateur cardiaque*» ne sont plus un separateur de coûts

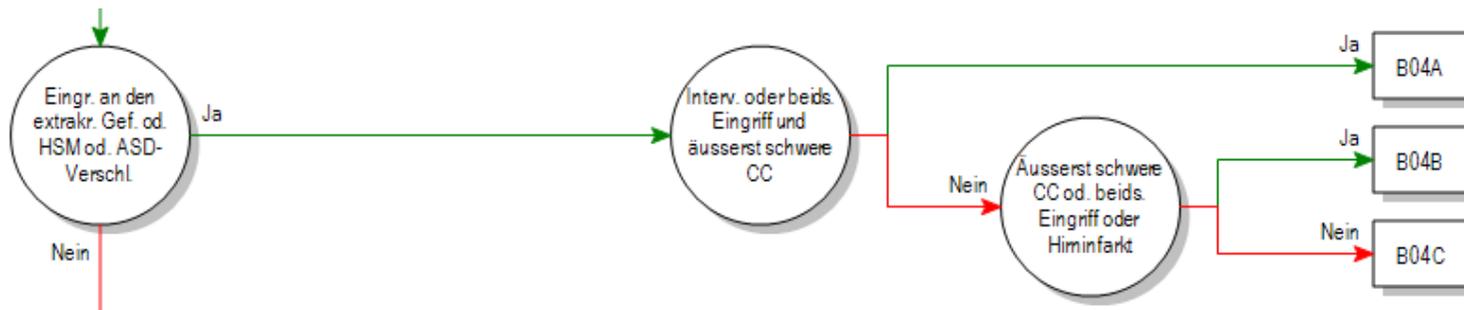
### Transformation:

- Suppression de conditions de split & simplification de la logique avec amelioration simultanee de la qualite du systeme

# Systeme nerveux MDC 01

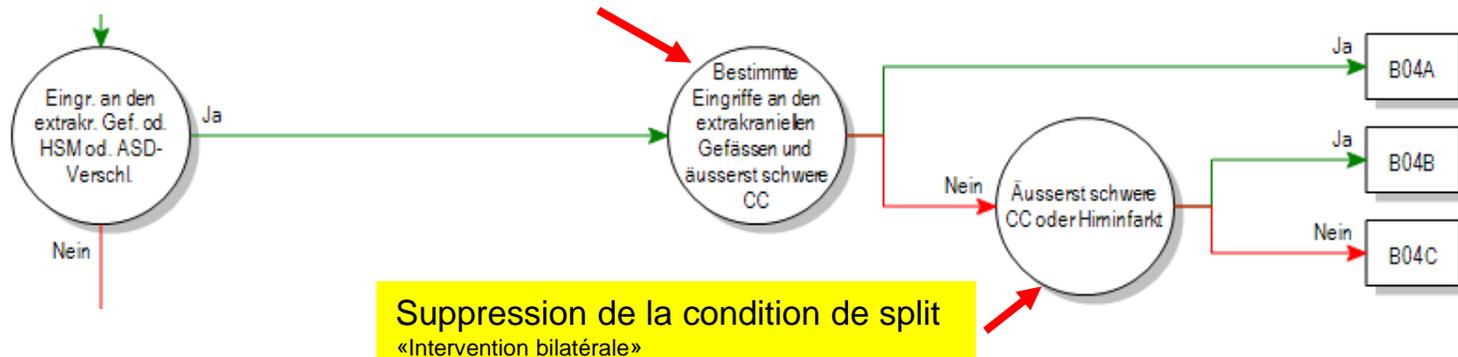
## Interventions operatoires sur les vaisseaux extracranéiens

Jusqu'ici:



Nouveau:

Nouveau tableau «Interventions sur les vaisseaux extracranéiens» sans condition de bilatéralité



# Systeme nerveux MDC 01

## Soins intensifs

### Problème:

- Rémunération non adéquate de cas avec peu de points de soins intensifs dans les DRG de base B20  
*«Craniotomie ou grande opération de la colonne vertébrale»* et B76  
*«Crises convulsives ou vidéo-EEG ou traitement complexe pour épilepsie ...»*

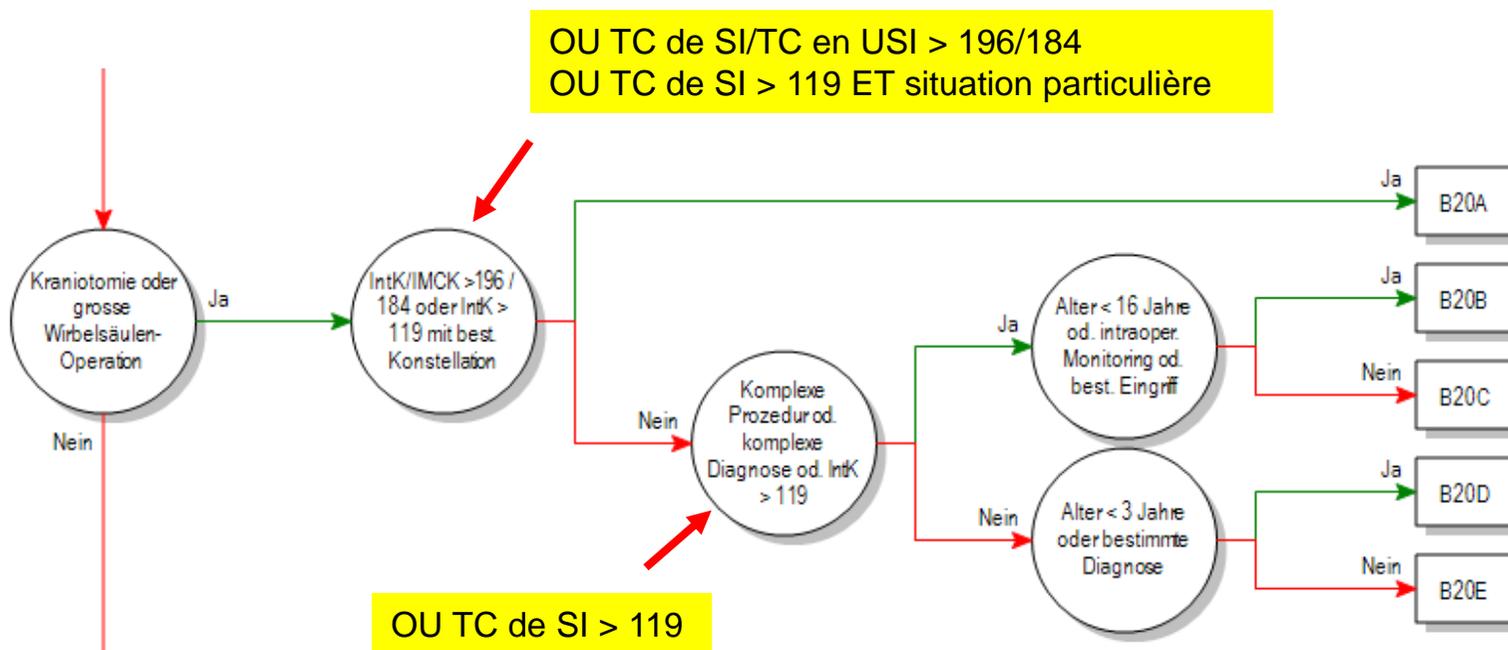
### Transformation DRG de base B76:

- Inclusion *«Traitement complexe de soins intensifs > 119 / traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196/119»* dans le split pour le DRG B76A

# Systeme nerveux MDC 01

## Soins intensifs

### Transformation DRG de base B20:



# Systeme nerveux MDC 01

## Courts séjours aux soins intensif ou IMCU

### Problème:

- Courts séjours aux soins intensifs ou IMCU non rémunérés de manière adéquate

### Transformation:

- Réduction des points pour les DRG suivants

#### B02A:

*«traitement complexe de soins intensifs adultes >119 points» et  
«traitement complexe en unité de soins intermédiaires adultes  
>119 points et enfants >196 points»*

#### B03A:

*«traitement complexe de soins intensifs adultes >119 points»*

# Systeme nerveux MDC 01

## Traitement neurologique complexe avec intervention chirurgicale

### Analyse:

- Chevauchements de cas dans le DRG de base B39  
*«Traitement neurologique complexe de l'accident vasculaire cérébral aigu avec procédure particulière ou apoplexie/AIT avec stimulateur cardiaque ou fermeture de communication interauriculaire»* avec d'autres DRG
- Logique extrêmement complexe

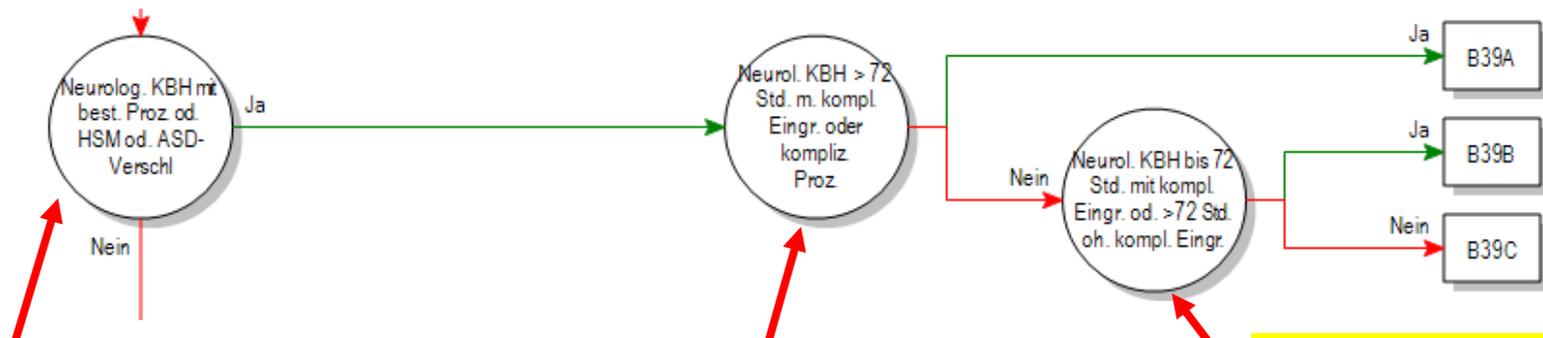
### Objectifs:

- Définition de la quantité de cas avec séparation distincte des autres DRG de la MDC 01
- Structure compréhensible des DRG de base et logiques
- Amélioration de la qualité du système

# Systeme nerveux MDC 01

## Traitement neurologique complexe avec intervention chirurgicale

Jusqu'ici:



(Procédure dans le tableau [B39-1](#) et ([procédures opératoires particulières](#) ou procédure dans le tableau [B39-2](#)) et diagnostic principal dans le tableau [B39-3](#)) ou (diagnostic principal dans le tableau [B39-3](#) et procédure dans le tableau [B39-4](#))

((Procédure dans le tableau [B39-1](#) et ([procédures opératoires particulières](#) ou procédure dans le tableau [B39-2](#)) et diagnostic principal dans le tableau [B39-3](#)) ou (diagnostic principal dans le tableau [B39-3](#) et procédure dans le tableau [B39-4](#)) et ((procédure dans le tableau [B39-5](#) et ((procédure dans le tableau [B39-6](#) et (PCCL > 3 ou heures de ventilation > 95 ou procédure dans le tableau [B39-7](#))) ou procédure dans le tableau [B39-8](#) ou ((procédure dans le tableau [B39-9](#) ou (procédure dans le tableau [B39-10](#) et PCCL > 3)) et heures de ventilation > 95)) et (procédure dans le tableau [B39-11](#) ou PCCL > 3 ou heures de ventilation > 95)) ou [procédures de complication](#) ou procédure dans le tableau [B39-12](#))

(Procédure dans le tableau [B39-13](#) et ((procédure dans le tableau [B39-6](#) et (PCCL > 3 ou heures de ventilation > 95 ou procédure dans le tableau [B39-7](#))) ou procédure dans le tableau [B39-8](#) ou ((procédure dans le tableau [B39-9](#) ou (procédure dans le tableau [B39-10](#) et PCCL > 3)) et heures de ventilation > 95)) et (procédure dans le tableau [B39-11](#) ou PCCL > 3 ou heures de ventilation > 95)) ou procédure dans le tableau [B39-5](#)

# Systeme nerveux MDC 01

## Traitement neurologique complexe avec intervention chirurgicale

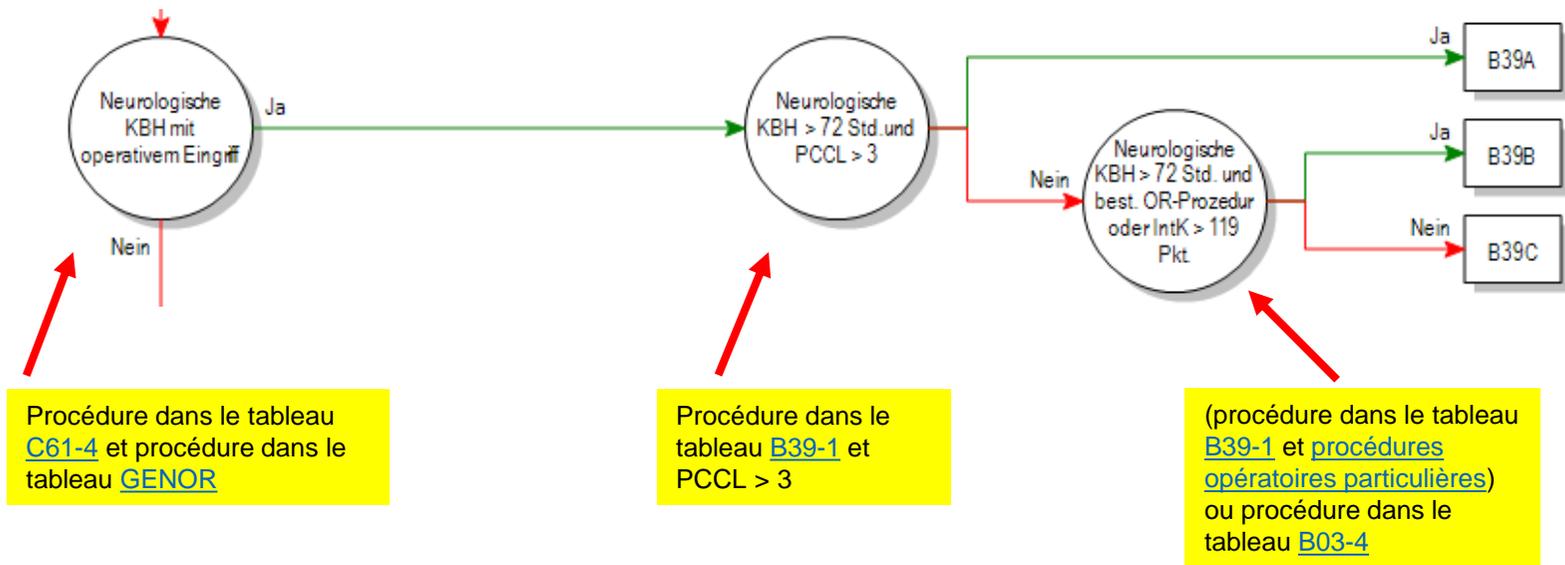
### Transformation:

- Simplification de la logique dans le DRG de base B39
- Combinaison de seulement 2 conditions:
  - Traitement neurologique complexe
  - Intervention chirurgicale
- Simplification des conditions de split:
  - DRG B39A «*Traitement neurologique complexe > 72 heures avec PCCL > 3*»
  - DRG B39B «*Traitement neurologique complexe > 72 heures et intervention opératoire particulière ou traitement complexe de soins intensifs > 119 points*»

# Système nerveux MDC 01

## Traitement neurologique complexe avec intervention chirurgicale

### Nouveau:



# Systeme nerveux MDC 01

## Craniotomie complexe

### Problème:

- Critères de split du DRG B02B «*Craniotomie complexe ou opération de la colonne vertébrale avec monitoring intraopératoire ou procédures de complication ou grande intervention intracrânienne*» ne sont plus séparateurs de coûts

### Transformation:

- Fusion des DRG B02B et B02C
- Nouveau DRG B02B «*Craniotomie complexe ou opération de la colonne vertébrale*»

# Systeme nerveux MDC 01

## Autres interventions sur le crane

### Demande:

- Revalorisation des fractures avec lesions des tissus mous dans le DRG B09Z «*Autres interventions sur le crane*»

### Analyse:

- Les fractures avec lesions des tissus mous ne sont pas des separateurs de couts
- Identification de situations couteuses

### Transformation:

- Split du DRG B09Z avec la condition de split «*Néof. malignes*»

# Systeme nerveux MDC 01

## Néoforinations du système nerveux

### Problème:

- Sous-rémunération de cas dans le DRG B66C  
*«Néoforinations du système nerveux ou état stuporeux et coma d'origine non traumatique» avec PCCL > 3*
- Jusque-là PCCL > 3 en lien avec des néoforinations comme critère de split pour le DRG B66A

### Transformation:

- Revalorisation des cas avec *«CC extrêmement sévères»* dans le DRG B66A sans autre condition

# Systeme nerveux MDC 01

## Traitement neurologique complexe

### Demande:

- Indication concernant la sous-rémunération dans le DRG de base B70 «*Apoplexie avec traitement neurologique complexe d'accident vasculaire cérébral aigu...*»

### Transformation:

- Identification de cas coûteux avec «*CC extrêmement sévères*»
- Critère de split pour les DRG B70A et B70D élargi à «*PCCL > 3*»

# Systeme nerveux MDC 01

## Céphalées

### Problème:

- Engagement élevé de ressources diagnostiques pour syndrome de céphalée
- Les cas avec «*Céphalées*» dans le DRG de base B77 «*Céphalées avec diagnostic neurologique complexe*» non représentés de manière adéquate

### Transformation:

- Split selon l'âge relevé de «< 12 ans» à «< 16 ans»
- Inclusion de «*Trait. compl. de soins intensifs adultes > 59 points*»

→ Revalorisation de ces cas dans le DRG B77A

# Systeme nerveux MDC 01

## Sclérose en plaques

### Demande:

- Revalorisation de cas avec sclérose en plaques aiguë et plusieurs plasmaphérèses dans le DRG de base B68 «*Sclérose en plaques et ataxie cérébelleuse*»

### Transformation:

- Inclusion de «*plasmaphérèses en plusieurs temps*» comme critère de split dans le DRG B68A

→ Cas représentés de manière adéquate

# Maladies et troubles de l'œil MDC 02

## Autres interventions sur la rétine

### Problème:

- Sous-rémunération de cas avec interventions en plusieurs temps dans le DRG C15Z «*Autres interventions sur la rétine*»

### Transformation:

- Split du DRG C15Z avec condition «*Interventions en plusieurs temps ou bilatérales*»

→ Revalorisation des cas avec interventions multiples

# Maladies et troubles de l'œil MDC 02

## Rétinoblastome

### Demande:

- Sous-rémunération du traitement d'enfants avec rétinoblastome dans le DRG C63B «*Néoforations malignes ou autres affections de l'œil*»

### Transformation:

- Représentation à part dans le nouveau DRG C63A «*Néoforations malignes de la rétine et âge < 16 ans*»

# Maladies et troubles de l'œil MDC 02

## Un jour d'hospitalisation

### Analyse:

- De nombreux cas avec un jour d'hospitalisation

### Transformation:

- Établissement de nouveaux DRG C86Z «*Maladies et troubles de l'œil, un jour d'hospitalisation*» dans la partition médicale

# Maladies et troubles de O.R.L. MDC 03

## Laryngectomie radicale

### Problème:

- Sous-financement de cas avec laryngectomie radicale y compris pharyngectomie codes CHOP 30.4X.- dans le DRG de base D24 «*Plasties de la peau complexes et grandes interventions au niveau de la tête et de la gorge,...*»

### Transformation:

- Élargissement de la condition de split pour le DRG D24A par inclusion des codes CHOP 30.4X.- en lien avec «*interventions combinées*» OU «*CC extrêmement sévères*»

→ Rémunération adéquate des cas coûteux

# Maladies et troubles de O.R.L. MDC 03

## Amygdalectomie pour abcès amygdalien

### Demande:

- Sous-rémunération de cas avec le code CHOP 28.2X.12 «Amygdalectomie pour abcès amygdalien» dans le DRG D30B «*Diverses interventions sur l'oreille, le nez, la bouche et la gorge, âge ...*»

### Transformation:

- Inclusion du code CHOP 28.2X.12 dans le split pour le DRG D13A «*Contrôle d'hémorragie après tonsillectomie ou adénectomie ...*»

# Maladies et troubles de O.R.L. MDC 03

## Soins intermédiaires

### Jusqu'ici:

- DRG D87Z uniquement utilisable avec «*traitement complexe de soins intensifs > 119 points*», nombre de cas jusqu'ici insuffisant pour représenter les cas avec courts séjours en IMCU

### Transformation:

- Précision de la logique dans le DRG de base D87 par l'ajout de «*trait. compl. en unité de soins intermédiaires > 119 points*»



# Organes respiratoires MDC 04

## Maladies chroniques obstructives des voies respiratoires

### Demande:

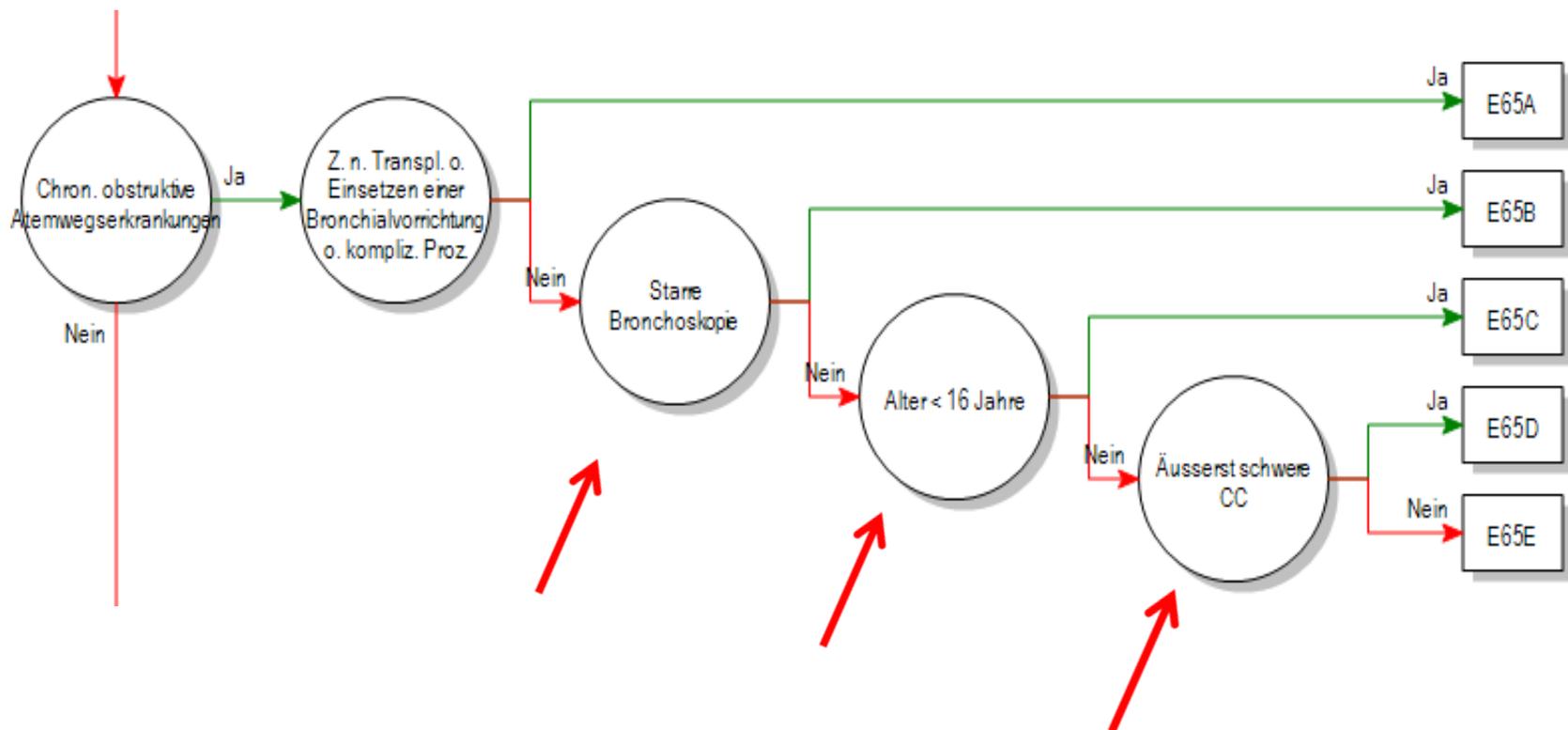
- Cas hétérogènes dans le DRG E65C «*Maladies chroniques obstructives des voies respiratoires, > 1 jour d'hospitalisation*»
- Séparateurs de coûts potentiels: Codes CIM J44.0- «*Maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures*» et «*PCCL > 3*»

### Transformation:

- Les codes CIM ne sont pas de bons séparateurs de coûts
- Inclusion d'autres critères de split dans le DRG de base E65

# Organes respiratoires MDC 04

## Maladies chroniques obstructives des voies respiratoires



# Organes respiratoires MDC 04

## Moins-value pour prestations fournies supérieures

### **Demande:**

- Les techniques diagnostiques particulières pour néoform. maligne conduisent à une sous-rémunération
- Contrôle de la classification des codes CHOP 89.17.10 «*Polysomnographie*» et 89.17.11 «*Polygraphie cardiorespiratoire*»

### **Transformation:**

- Exclusion des cas avec néoformation maligne dans le DRG de base E63 «*Syndrome d'apnées du sommeil ou polysomnographie cardiorespiratoire, jusqu'à 2 jours d'hospitalisation*»
- Ainsi, affectation des cas avec procédés diagnostiques pour néoformation maligne dans le DRG de base E71 «*Néoform. des organes respiratoires, plus d'un jour d'hospitalisation*»

# Organes respiratoires MDC 04

## Pneumothorax

### Problème:

- Hétérogénéité de coûts dans le DRG E76D «*Tuberculose jusqu'à 14 jours d'hospitalisation ou pneumothorax*»

### Transformation:

- Identification des cas coûteux avec CIM
  - S27.0 «*Pneumothorax traumatique*»
  - S27.1 «*Hémothorax traumatique*»
  - S27.2 «*Hémopneumothorax traumatique*»
  - T79.7 «*Emphysème sous-cutané d'origine traumatique*»
- Split du DRG E76D avec diagnostics de complication

# Maladies et troubles des organes respiratoires MDC 04 Infections et inflammations

## Demande:

- Contrôle des cas dans le DRG E77C «*Autres infections et inflammations des organes respiratoires avec diagnostic complexe ou CC extrêmement sévères, âge > 15 ans, > 1 jour d'hospitalisation*»

## Transformation:

- Inclusion «*Ag. inf. multir. et isolem. de contacts*» pour DRG E77A
- Enfants «*< 16 ans*» désormais tous regroupés dans DRG E77B, ainsi quantité de cas modifiée dans DRG E77C
- Suppression du split «*< 1 an*» pour le DRG E77D
- Nouveau critère de split pour le DRG E77D «*CC sévères*»
- Dissolution du DRG E77F

# Appareil circulatoire MDC 05

## Soins intensifs

### Jusqu'ici:

- Pas de DRG spécifique pour les courts séjours en soins intensifs ou IMCU dans la partition médicale de la MDC 05

### Transformation:

- Établissement du nouveau DRG F87Z «... avec traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 119 points...» dans la partition médicale

→ Représentation adéquate de cas avec court séjour

# Appareil circulatoire MDC 05

## Ablations d'électrodes

### Problème:

- Les interventions coûteuses et risquées pour interv. chirurgicale hybride avec coûts par cas élevés (coûts de l'infrastructure et des matériaux) sont sous-rémunérées

### Transformation:

- Révision du contenu du tableau «*Techniques opératoires spécifiques pour le cœur*»
  - Revaloris. code CHOP 39.a1.12 «*Recours à un Cutting Sheath*»
- Rémunération adéquate de cas dans les DRG de base F01, F12 et F18

# Appareil circulatoire MDC 05

## Hypertension pulmonaire post-embolique

### Problème:

- Hypertension pulmonaire post-embolique (HTPPE) rare
- Traitement interventionnel avec coûts de matériaux élevés, temps d'intervention prolongé et surveillance

### Transformation:

- Revalorisation des cas avec angioplastie percutanée des artères pulmonaires dans le DRG de base F19 «*Autre interv. translum. percut. sur le cœur, l'aorte et les vaiss. pulm. ou proc. part.*»
- «*I27.20; Hypertension pulm. en présence d'une thromboemb. chron.*» **et** «*39.50.- Angioplastie ou athérectomie d'autre(s) vaisseau(x) non coronaire(s)*» **et** «*00.4b.13 ITPC sur des vaisseaux pulmonaires*»

# Appareil circulatoire MDC 05

## Insuffisance cardiaque

### Problème:

- Cas hétérogènes dans le DRG de base F62  
«*Insuffisance cardiaque et choc*»

### Transformation:

- Split DRG F62C avec la condition «*CC sévères*»
  - Revalorisation des cas avec «*drainage pleural*» dans DRG F62B
  - Regroupement de ces cas en lien avec CC extrêmement sévères ou dialyse et agents infectieux multirésistants dans le DRG F62A
- représentation homogène de ces cas au niveau des cas

# Appareil circulatoire MDC 05

## Arythmies

### Problème:

- Diagnostics I44.3 «*Blocs auriculoventriculaires, autres et sans précision*» et I45.5 «*Autre bloc cardiaque non précisé*» non représentés de manière adéquate dans les DRG de base F70 «*Arythmie sévère et arrêt cardio-circulatoire, plus d'un jour d'hospitalisation*»

### Transformation:

- Déplacement des codes CIM I44.3 et I45.5 dans le DRG de base F66 «*Artériosclérose coronaire, arythmies cardiaques, angor ...*»

# Appareil circulatoire MDC 05

## Syncope

### Problème:

- Condition de split «CC extrêmement sévères» dans DRG de base F73 «*Syncope et collapsus*» plus un séparateur de coûts

### Analyse:

- Examen de tous les cas et identification des cas coûteux avec courts séjours en soins intensifs/IMCU

### Transformation:

- Établissement d'une nouvelle condition de split pour le DRG F73A «*Traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 59 points*»

# Appareil circulatoire MDC 05

## Douleur thoracique

### Problème:

- Représentation hétérogène des cas dans le DRG F74Z  
«*Douleur thoracique, > 1 jour de traitement*»

### Transformation:

- Identification de nouveaux séparateurs de coûts avec split du DRG
- Revalorisation des cas avec scintigraphie par perfusion myocardique, traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 119 points, dialyse et cas pédiatriques avec âge < 18 ans ou PCCL < 3 dans le DRG F74A

# Organes digestifs MDC 06

## Soins intensifs

### **Demande:**

- Représentation des cas avec séjour aux soins intensifs non adaptée aux coûts effectifs dans DRG de base G38  
*«Proc. de complic. ou trait. compl. de soins intensifs > 196/360 points ou trait. sous vide particulier, avec intervention opératoire particulière...»*

### **Transformation:**

- Identification de groupes de cas coûteux
- Split du DRG G38Z avec *«traitement complexe de soins intensifs > 196/184 points»* OU *«traitement sous vide»* OU *«réadaptation gériatrique aiguë, à partir de 21 jours de traitement»*

→ Nouveau DRG G38A

# Organes digestifs MDC 06

## Interventions sur l'intestin

### Demande:

- Identification de cas coûteux dans le DRG G13Z «*Autres interventions sur l'intestin ou entérostomie avec CC extrêmement sévères*»

### Transformation:

- Nouveau split avec code CIM K56.0 «*Iléus paralytique*» OU codes CHOP 46.79.21 «*Fermeture chirurgicale ouverte d'autre fistule intestinale*»; 46.79.22 «*Fermeture laparoscopique d'autre fistule intestinale*» pour le DRG G13A

# Organes digestifs MDC 06

## Résection du rectum

### Demande:

- Coûts hétérogènes dans le DRG G17Z «*Autre résection rectale sans intervention particulière*»
- Examen d'un split par PCCL

### Transformation:

- La PCCL s'avère ne pas être un bon séparateur de coûts
- Identification des cas coûteux avec «*Néoplasmes malins des organes digestifs*»
- Split du DRG G17Z avec néoplasme malin

# Organes digestifs MDC 06

## Proctocolectomie

### Problème:

- Codes CHOP pour la colectomie et la proctocolectomie non clairement définis
- Groupes de codes 45.81- , 45.82.-, 45.89 avec une grande marge d'interprétation
- Demande d'adaptation transmise à l'OFS

# Organes digestifs MDC 06

## Proctocolectomie

### Transformation:

- Mise à niveau des codes CHOP pour la colectomie dans le DRG de base G18 «*Interv. sur l'intestin grêle et le côlon ou autres interv. sur l'estomac, l'œsophage et le duodénum, âge < 3 ans*»
  - 45.81.11 «*Colectomie, par chirurgie ouverte*»
  - 45.81.12 «*Colectomie, par laparoscopie*»
  - 45.89 «*Colectomie totale, autre*»
- Revalorisation des codes CHOP dans le DRG G16Z «*Interv. complexe au petit bassin ou néoformation maligne ou radiothérapie avec grande interv. abdominale*»
  - 45.82.11 «*Proctocolectomie, par chirurgie ouverte*»
  - 45.82.12 «*Proctocolectomie, par laparoscopie*»

# Organes digestifs MDC 06

## Homogénéité médicale

### **Demande:**

- De split par PCCL-Split dans le DRG de base G70
- Les cas avec «*Autres affections sévères des organes digestifs*» sont regroupés dans le DRG de base G64 avec PCCL > 3 et dans G70 sans PCCL

### **Transformation:**

- Regroupement des cas avec «*Autres affections sévères des organes digestifs*» dans le DRG de base G70
- DRG G70A avec nouveau critère de split «*CC extrêmement sévères et plus d'un jour d'hospitalisation*»

# Organes digestifs MDC 06

## Affections bénignes/modérées

### Analyse:

- Cas avec PCCL > 2 sous-rémunérés dans DRG G72C
- DRG G72A et G72B sans différences de coûts, critère de split PCCL > 3 n'est plus un séparateur de coûts

### Transformation:

- Examen des critères de split dans le DRG de base G72  
*«Autres affections bénignes à modérées des organes digestifs...»*
- Nouvelle condition pour le DRG G72A *«CC sévères ou gastroscopies, coloscopies»*
- DRG G72C supprimé

# Systeme hépatobiliaire MDC 07

## Assistance hépatique extracorporelle

### Analyse:

- Coûts supplémentaires dans les cas portant le code CHOP 50.92 «*Assistance hépatique extracorporelle*» dans le DRG de base H87 «*... trait. compl. de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196/119 points ou traitement complexe du foie, à partir de 7 jours de traitement*»

### Transformation:

- Inclusion du code CHOP 50.92 dans le split du DRG H87A «*Maladies et troubles du système hépatobiliaire et du pancréas, traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196/184 points ou assistance hépatique extracorporelle*»

# Systeme hépatobiliaire MDC 07

## Carcinome pancréatique

### Demande:

- Inclusion du code CHOP 52.54 «Résection segmentaire du corps du pancréas» dans le DRG de base H01 «Interventions sur le pancréas et le foie et opérations de shunt portosystémiques ...»

### Analyse:

- Ressources médicales engagées pour résections de carcinomes du corps du pancréas identiques à celle pour carcinomes de la tête du pancréas

### Transformation:

- Inclusion du code CHOP 52.54 dans le DRG de base H01
- Mise au même niveau des cas avec carcinome du corps/de la tête du pancréas

# Systeme hépatobiliaire MDC 07

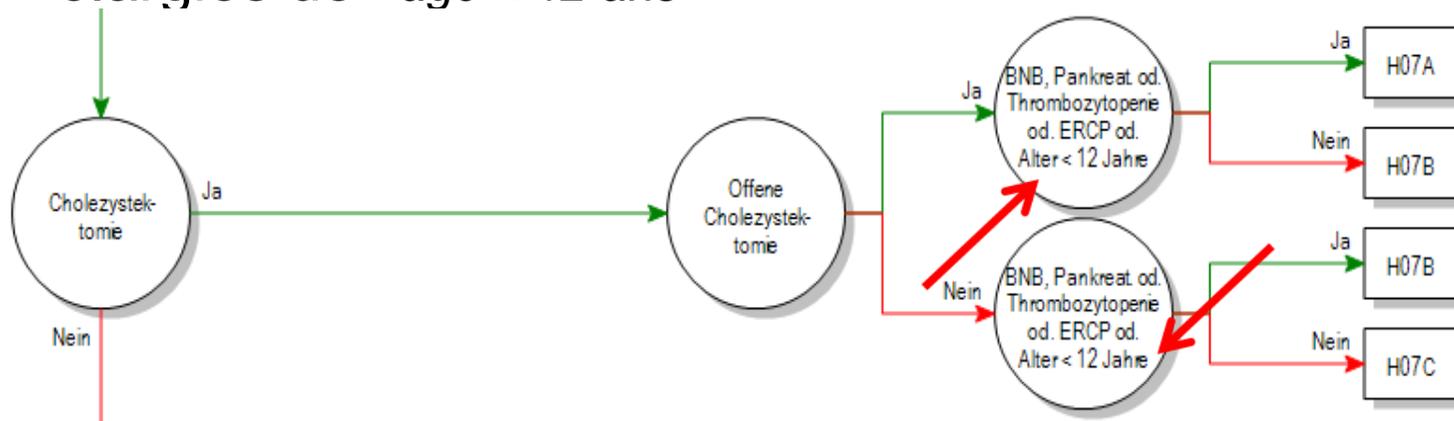
## Ablation de la vésicule biliaire

### Problème:

- Représentation inadéquate des enfants avec une «*cholécystectomie*» dans le DRG de base H07

### Transformation:

- Conditions de split dans le DRG de base DRG H07 élargies de «*âge < 12 ans*»



# Systeme locomoteur MDC 08

## Split par PCCL

### Analyse:

- Examen des effets d'un split par PCCL sur la qualité du système par différentes simulations
- Split par PCCL non efficace ou déjà présent dans plusieurs DRG

### Transformation:

- Intégration d'un nouveau split avec PCCL > 3 dans le DRG de base I04 «*Révision ou remplacement de l'articulation du genou avec diagnostic de complication ou arthrodeèse*»
- Création d'un nouveau DRG I04A

# Systeme locomoteur MDC 08

## Ablation de matériel d'ostéosynthèse

### Demande:

- Examen du facteur séparateur de coûts dans le DRG I23C «*Interventions particulières à l'exception de l'articulation de la hanche et du fémur, âge > 11 ans*» des codes CHOP suivants:
  - 78.61.11 «*Abl. de matériel implanté dans les côtes et le sternum*»
  - 78.69.2- «*Abl. de matériel implanté dans les os du bassin*»

### Analyse:

- Coûts suppl. insuffisants pour le code CHOP 78.61.11
- Codes CHOP 78.69.2- adaptés comme sépar. de coûts

### Transformation:

- Revalorisation codes CHOP 78.69.2- dans le DRG I23B

# Systeme locomoteur MDC 08

## Épaule

### Demande:

- Sous-rémunération de cas avec réparation complexe de la coiffe des rotateurs dans le DRG de base I29  
*«Interventions complexes sur l'omoplate, la clavicule, les côtes ou l'épaule»*

### Transformation:

- Inclusion codes CHOP 81.83.39 et 81.83.49 *«Refixation et plastie de l'appareil capsulo-ligamentaire de l'épaule sous arthroscopie, autre/Refixation et plastie chirurgicale ouverte de l'appareil capsulo-ligamentaire de l'épaule, autre»* dans le split pour le DRG I29B

# Systeme locomoteur MDC 08

## Endoprothèse de hanche

### Demande:

- Coûts supplémentaires lors d'interventions (en urgence) non prévues dans le DRG I46C «*Implantation, remplacement ou révision d'une endoprothèse de hanche*»

### Transformation:

- Revalorisation de cas dans le DRG I46B avec les diagnostics principaux:
  - S72.- «*Fracture du fémur*»
  - S73.- «*Luxation, entorse et foulure de l'articulation et des ligaments de la hanche*»
  - T84.- «*Complications de prothèses, implants et greffes orthopédiques internes*»

# Systeme locomoteur MDC 08

## Genou

### Demande:

- Inclusion «*Transplantation de chondrocytes autologues sur matrice...*» sans autre condition dans le DRG de base I30 «*Interventions complexes sur l'articulation du genou*»
- Jusqu'à présent dans le DRG de base I30 uniquement en combinaison avec les interventions particulières

### Analyse:

- Transpl. de chondrocytes autol. sur matrice à l'articulation du genou déjà en rémunération supplémentaire
- L'inclusion seule dans le DRG de base I30 non pertinente
- Identific. d'autres interv. coûteuses dans DRG de base I30

# Systeme locomoteur MDC 08

## Genou

### Transformation:

- Revalorisation d'interventions particulières avec codes CHOP 79.36.40, 79.36.50, 79.36.51, 79.36.99 et 79.39.40 «*Réduction ouverte.... avec fixation interne*» dans le DRG I30B «*Interventions complexes sur l'articulation du genou avec intervention particulière ou procédé particulier, âge < 16 ans*»
- En outre, inclusion des codes CHOP 77.66.20 «*Débridement, rotule*» et 77.66.99 «*Excision locale et destruction de lésion ou de tissu osseux, rotule*» dans les DRG de base I18 et I30

# Peau, tissu sous-cutané et glande mammaire MDC 09

## Problème:

- Tableaux de codes pas nettement définis dans plusieurs DRG
  - DRG de base au contenu similaire avec des cas hétérogènes au niveau des coûts et de la durée de séjour
  - Critères de split ne sont plus séparateurs de coûts
- Représentation adéquate des cas plus difficile

# Peau, tissu sous-cutané et glande mammaire MDC 09

## Transformation:

- Affectation DRG avec des cas homogènes sur le plan médical
- Différenciation cohérente en interventions à plusieurs temps, plusieurs côtés ainsi qu'en interventions coûteuses et petites
- Révision de la MDC 09 avec actuellement au total 72 DRG de base & DRG non encore définitive
- Dans un premier temps, concentration sur les interventions de la glande mammaire

# Peau, tissu sous-cutané et glande mammaire MDC 09

## Grandes interventions sur la glande mammaire pour néoformation maligne

### Transformation I:

- DRG de base J06: «*Mastectomie avec implantation de prothèse ou chirurgie plastique pour néoformation maligne*»  
-> DRG J06A: «*Mastectomie bilatérale*»
- DRG J14Z: «*Plastie reconstructive de la glande mammaire pour néoformation maligne*»
- DRG de base J23: «*Grandes interventions sur la glande mammaire pour néoformation maligne avec plastie réparatrice ou implant ou lymphadénectomie*»  
-> DRG J32A: «*Interventions bilatérales*»
- Suppression du DRG J16Z «*Mastectomie bilatérale pour néoformation maligne*»

# Peau, tissu sous-cutané et glande mammaire MDC 09

## Petites interventions sur la glande mammaire pour néoformation maligne

### Transformation II:

- Regroupement des petites interventions sur la glande mammaire pour néoformation maligne dans le DRG J25Z «*Petites interventions sur la glande mammaire pour néoformation maligne sans CC sévères*»
- Suppression du DRG J07Z «*Petites interventions sur la glande mammaire et excision de ganglions lymphatiques axillaires ou CC sévères lors de néoformation maligne*»

# Peau, tissu sous-cutané et glande mammaire MDC 09

## Interventions sur la glande mammaire sauf lors de néoformation maligne

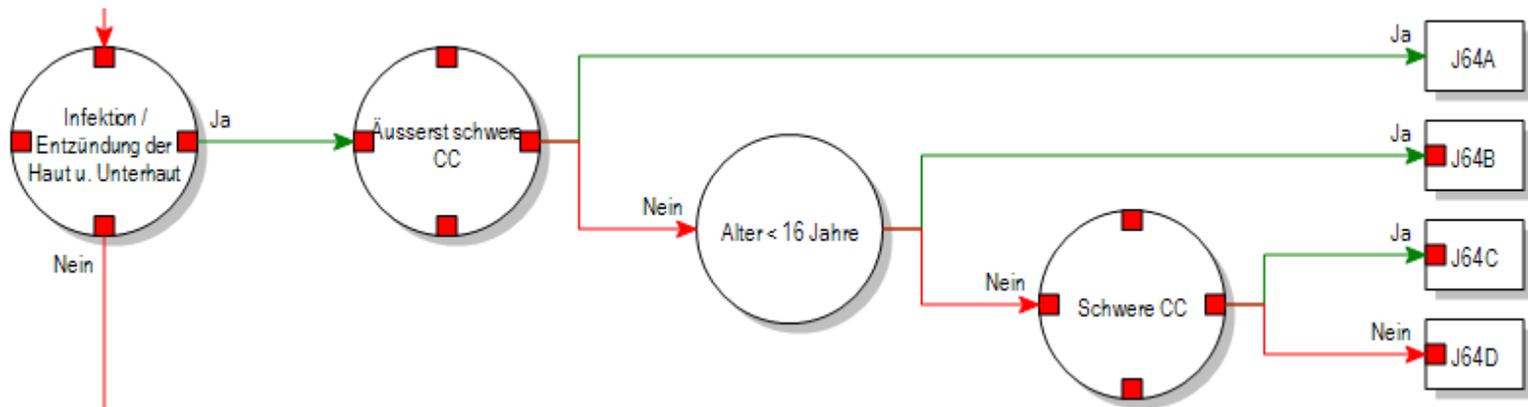
### Transformation III:

- Fusion des DRG J24C «*Interventions sur la glande mammaire sauf lors de néoformation maligne avec intervention complexe*» et J24D «*Interventions sur la glande mammaire sauf lors de néoformation maligne*», car la condition de split n'était plus un séparateur de coûts

# Peau, tissu sous-cutané et glande mammaire MDC 09 Inflammations

## Transformation IV:

- Split du DRG J64C «*Infection/inflammation de la peau et du tissu sous-cutané, âge > 15 ans et CC sévères, > 1 jour d'hospitalisation*»



# Organes urinaires MDC 11

## Insuffisance rénale

### **Demande:**

- Cas sous-rémunérés dans DRG L60D «*Insuffisance rénale, plus d'un jour d'hospitalisation*»

### **Analyse:**

- Insuffisance rénale aiguë, stade 3 identifiée comme séparateur de coûts

### **Transformation:**

- Split DRG L60D dans L60D «*Insuffisance rénale, plus d'un jour d'hospitalisation, avec défaillance rénale aiguë*» et L60E «*Insuffisance rénale, plus d'un jour d'hospitalisation*»

# Organes urinaires MDC 11

## Infections

### Demande:

- Rémunération non adéquate de cas avec diagnostics N10 «*Néphrite tubulo-interstitielle aiguë*» ou N13.6 «*Pyonéphrose*» dans le DRG L63B «*Infections des organes urinaires avec CC extrêmement sévères ...*»

### Analyse:

- Coûts supplémentaires dans les cas avec code CIM N13.6
- Code CIM N10 pas séparateur de coûts

### Transformation:

- Split DRG L63B avec critère de split DP N13.6 «*Pyonéphrose*»

# Organes urinaires MDC 11

## Infections

### Autre demande:

- Rémunération non adéquate de cas avec diagnostic N13.6 «Pyonéphrose» dans le DRG L20D «*Interventions transurétrales sauf résection de la prostate et urétérorénoscopies complexes, plus d'un jour d'hospitalisation*»

### Analyse:

- Coûts supplémentaires dans les cas avec pyonéphrose
- Consommation élevée de ressources également lors d'«*autres inflammations aiguës*»

# Organes urinaires MDC 11

## Infections

### Transformation:

- Revalorisation de cas avec sepsis ou inflammations aiguës de l'appareil urinaire dans le DRG L20B

A41.0	Septicémie à staphylocoques dorés
A41.1	Septicémie à d'autres staphylocoques précisés
A41.2	Septicémie à staphylocoques non précisés
A41.3	Septicémie à Haemophilus influenzae
A41.4	Septicémie à micro-organismes anaérobies
A41.51	Septicémie: Escherichia coli (E. coli)
A41.52	Septicémie: pseudomonas
A41.58	Septicémie à d'autres micro-organismes Gram négatif
A41.8	Autres septicémies précisées
N10	Néphrite tubulo-interstitielle aiguë
N13.6	Pyonéphrose
N15.11	Abcès périrénal
N30.0	Cystite aiguë
T83.5	Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse, un implant et une greffe de l'appareil urinaire

# Organes génitaux masculins MDC 12

## Interventions sur le testicule

### Problème:

- Nombreux cas avec un jour d'hospitalisation dans le DRG de base M04 «*Interventions sur le testicule*»

### Transformation:

- Établissement d'un DRG M04D «*Un jour d'hospitalisation*» OU «*Âge > 2 ans*»

# Organes génitaux féminins MDC 13

## Sous-rémunération lors de prestations supplémentaires

### **Demande:**

- Les cas avec une hystéroscopie diagnostique et une intervention laparoscopique à l'utérus et sur les structures de soutien lors du même séjour sont sous-rémunérés

### **Analyse:**

- Problématique de la répartition
- Intervention diagnostique demandée avant laparoscopie

### **Transformation:**

- Adaptation de l'ordre des demandes pour les DRG N11B et N09Z

# Grossesse, naissance et suites de couches MDC 14 Césarienne

## Problème:

- Très faible nombre de cas dans le DRG O01B  
*«Césarienne avec plusieurs diagnostics de complication, durée de la grossesse jusqu'à 25 semaines ou avec thérapie intra-utérine» au fil des années*

## Transformation:

- Fusion des DRG O01B et O01C

# Grossesse, naissance et suites de couches MDC 14

## Traitement hospitalier avant l'accouchement

### Demande:

- Inclusion des codes CHOP 73.7X.11 et 73.7X.12  
«Traitement hospitalier avant l'accouchement durant la même hospitalisation, d'au moins 3 à 6 jours de traitement ou d'au moins 7 à 13 jours de traitement» dans les DRG de base et split des DRG suivants: O01, O02, O38, O50, O60 et O65

### Version 9.0:

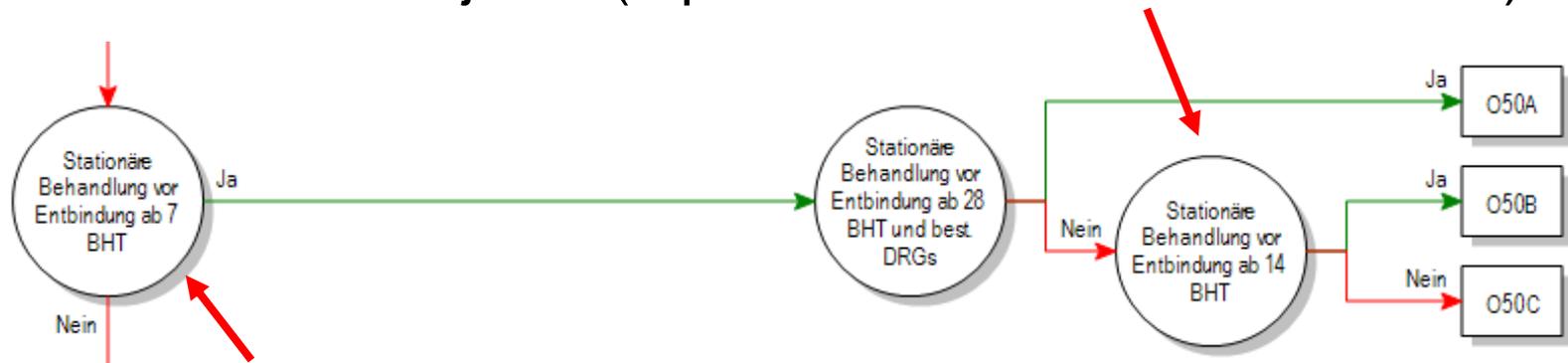
- Représentation du traitement hospitalier avant l'accouchement dans un DRG de base à part O50  
*«Traitement hospitalier avant l'accouchement à partir de 14 jours de traitement»*

# Grossesse, naissance et suites de couches MDC 14

## Traitement hospitalier avant l'accouchement

### Nouveau:

- Baisse du nombre minimal de jours de traitement à 7 en incluant le code 73.7X.12 dans le DRG de base O50
- Nouveau split du DRG O50B avec durée de traitement d'au moins 14 jours (à partir du code CHOP 73.7X.13)



# Grossesse, naissance et suites de couches MDC 14 Split par PCCL

## Analyse:

- Examen des effets d'un split par PCCL sur la qualité du système par différentes simulations

## Traitement:

- Split par PCCL non efficace ou déjà présent dans plusieurs DRG

## Transformation:

- Split du DRG O02Z «*Accouchement par voie basse avec intervention coûteuse ...*» avec PCCL > 3 dans les DRG O02A et O02B

# Grossesse, naissance et suites de couches MDC 14 Admission prénatale

## Problème:

- Nombreux cas avec un jour d'hospitalisation dans le DRG de base O65 «*Autre cause d'hospitalisation prénatale*»

## Transformation:

- Établissement d'un DRG O65D «*Un jour d'hospitalisation*»  
«*Autre cause d'hospitalisation prénatale, un jour d'hospitalisation*»

# Nouveau-nés MDC 15

## Âge gestationnel

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

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

### **Depuis SwissDRG 9.0:**

- Possibilité d'une différenciation supplémentaire à l'aide de l'âge gestationnel (AG) dans des DRG particuliers

# Nouveau-nés MDC 15

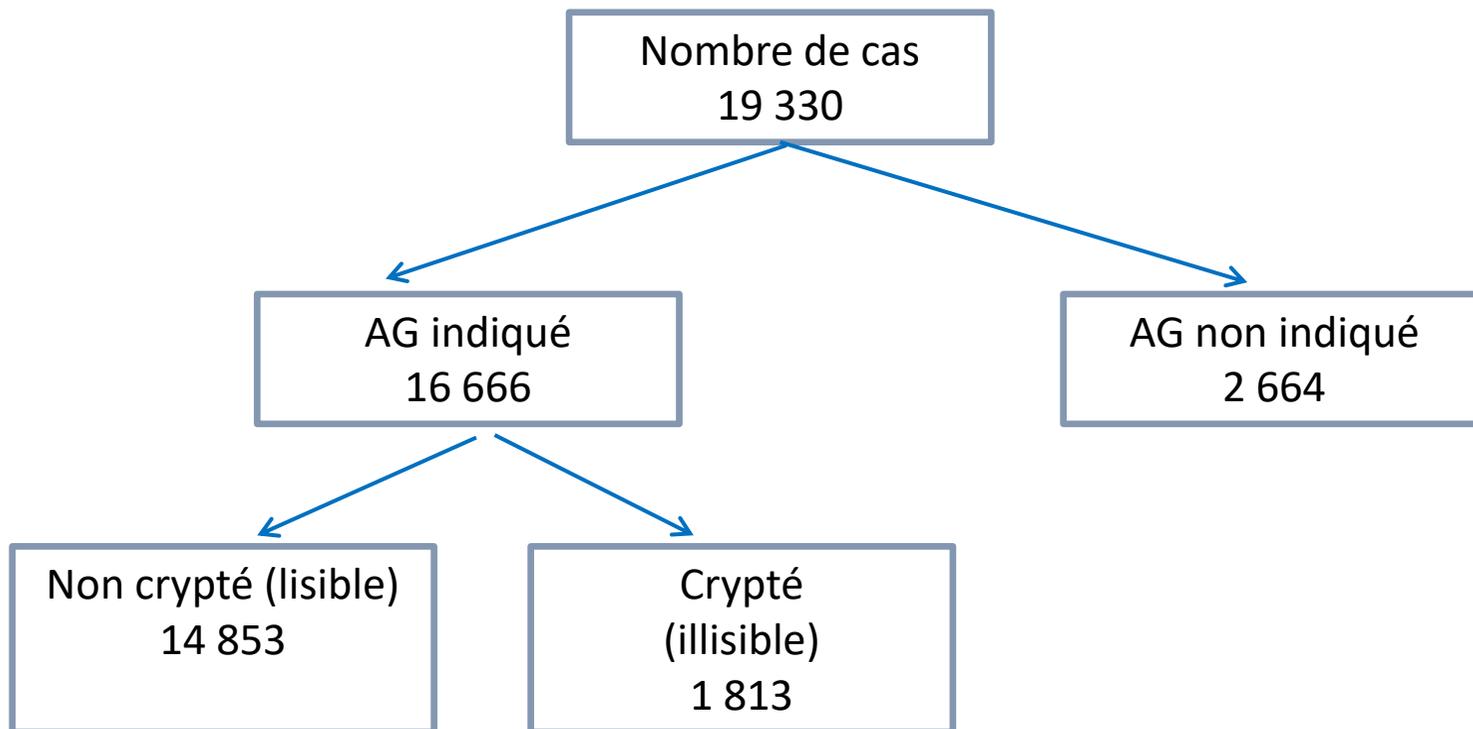
## Âge gestationnel

### 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

# Nouveau-nés MDC 15

## Âge gestationnel



# Nouveau-nés MDC 15

## Âge gestationnel

### **Demande:**

- Examen de splits supplémentaires par AG dans la MDC 15

### **Transformation:**

- Ajout d'un split par âge gestationnel < 30 semaines dans le DRG P03B «*Nouveau-né, poids à l'admission 1000 - 1499 g avec ventilation artificielle > 479 heures ou avec traitement complexe de soins intensifs > 2058 points ou âge gestationnel < 30 semaines*»

→ Représentation adéquate de cas onéreux

# Nouveau-nés MDC 15

## Âge gestationnel

### Autres résultats:

- Les splits par âge gestationnel utilisés jusqu'ici s'avèrent des séparateurs de coûts stables
  - Un groupement primaire de cas selon l'AG n'est pas judicieux à l'heure actuelle
  - Pas de raison d'autres splits par AG pour SwissDRG V10.0
- Analyses complémentaires dans les développements futurs de la structure tarifaire

# Nouveau-nés MDC 15

## Âge gestationnel

### À prendre en compte pour la livraison des données:

- L'âge gestationnel fait partie du jeu des données de l'enfant
- L'âge gestationnel doit être saisi jusqu'au 1 an révolu 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

# Nouveau-nés MDC 15

## Soins intensifs

### Problème:

- Des cas coûteux particuliers avec faible nombre de points de trait. compl. de SI ou trait. compl. en USI ne sont pas représentés de manière adéquate dans la MDC 15

### Analyse:

- Analyse de cas avec traitement complexe de soins intensifs ou traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196 points dans la MDC 15

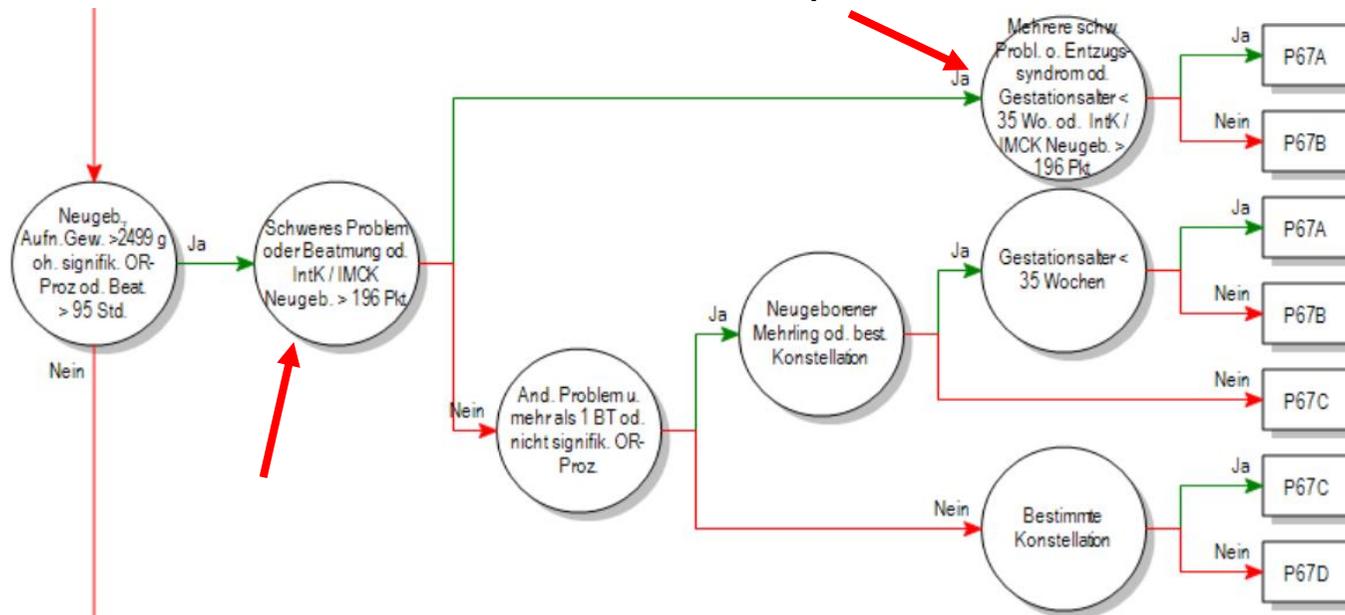
→ revalorisation de ces cas dans chaque DRG

# Nouveau-nés MDC 15

## Soins intensifs

### Transformation I:

- Revalorisation des cas avec TC de SI/TC en USI > 196 points dans le DRG P67A «*Nouveau-né, poids à l'admission > 2499 g avec problèmes sévères ou âge gestationnel < 35 semaines ou TC de SI/TC en USI > 196 points, ou.....*»

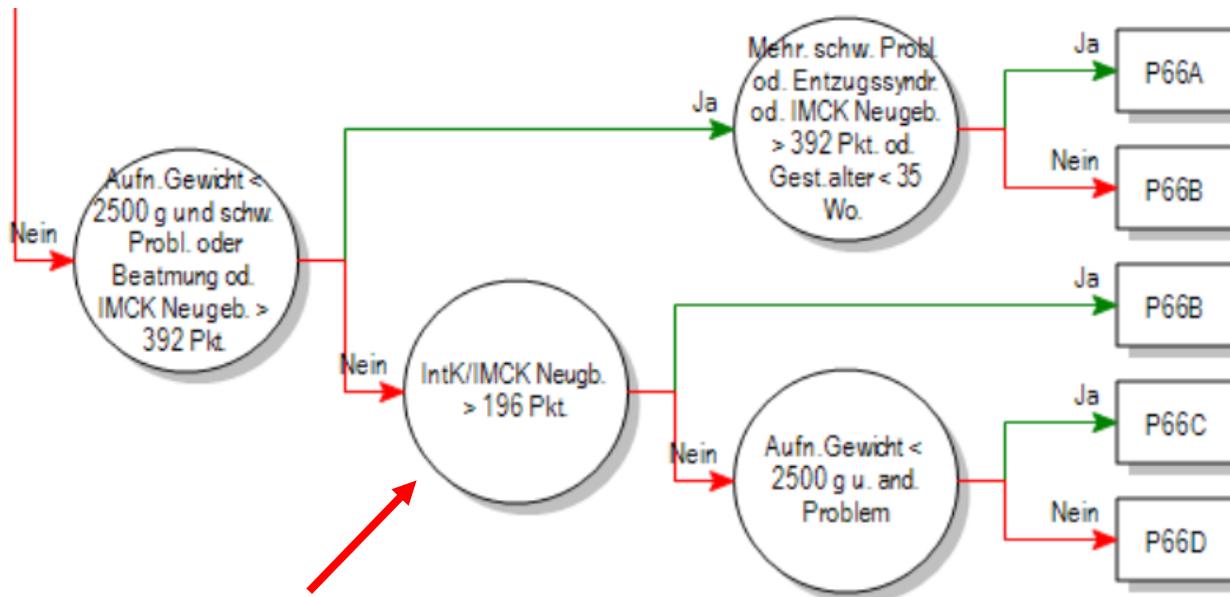


# Nouveau-nés MDC 15

## Soins intensifs

### Transformation II:

- Revalorisation des cas avec TC de SI/TC en USI > 196 points dans le DRG P66B «Nouveau-né, poids à l'admission 2000 - 2499 g ou poids à l'admission > 2499 g avec situations particulières..... ou TC de SI/TC en USI > 196 points»

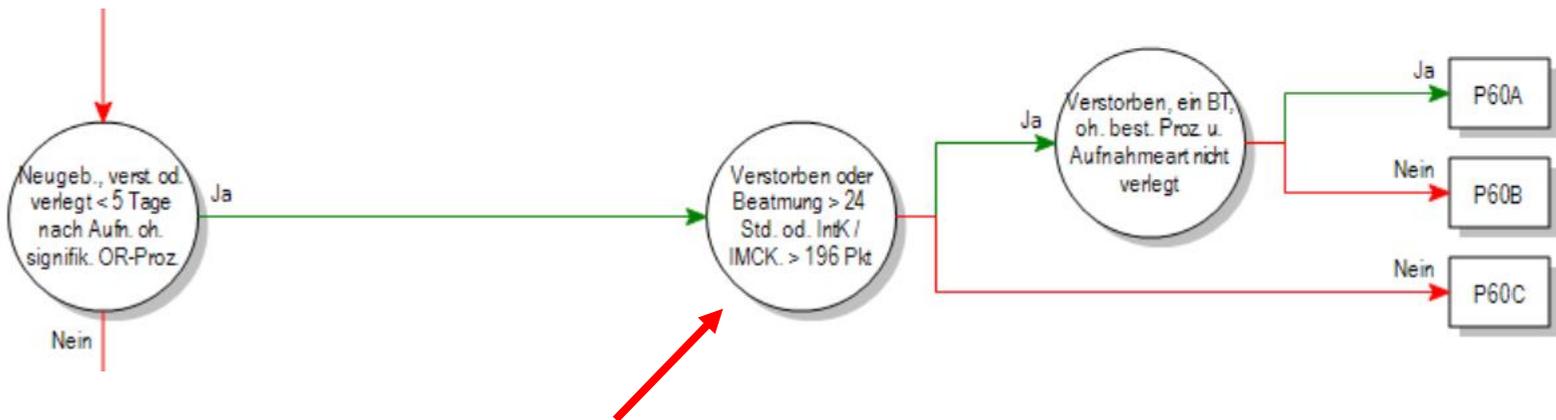


# Nouveau-nés MDC 15

## Soins intensifs

### Transformation III:

- Revalorisation des cas avec TC de SI/TC en USI > 196 points dans le DRG P60B «*Nouveau-né, décédé ou transféré < 5 jours après admission sans procédure opératoire significative,.... ou traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196 points*»



# Nouveau-nés MDC 15

## Interventions sur hernie

### Problème:

- Des cas coûteux particuliers avec opérations sur hernie ne sont pas représentés de manière adéquate dans le DRG P67C «*Nouveau-né, poids à l'admission > 2499 g avec autre problème, .....*»

### Transformation:

- Revalorisation des cas avec opérations sur hernie dans le DRG P67B «*Nouveau-né, poids à l'admission > 2499 g avec problème grave ou avec autre problème, .....*»

→ Représentation appropriée de ces cas

# Nouveau-nés MDC 15

## Traitements coûteux

### **Demande:**

- Des cas coûteux particuliers ne sont pas représentés de manière adéquate dans le DRG P67D «*Nouveau-né, poids à l'admission > 2499 g*»

### **Transformation:**

- Revalorisation des cas avec traitements particuliers, tels qu'isolement de contact, dans le DRG P67C «*Nouveau-né, poids à l'admission > 2499 g avec autre problème,,.....*»

→ Représentation appropriée de ces cas

# Nouveau-nés MDC 15

## Prématurés

### Problème:

- Les DRG P63Z et P64Z présentent des coûts similaires
- Les nouveau-nés avec poids à l'adm. de 1000–1249 g n'affichent pas une consommation plus élevée de ressources par rapport aux nouveau-nés de 1250–1499 g

### Transformation:

- Suppression du DRG P64Z
- Inclusion des cas dans le DRG P63Z «*Nouveau-né, poids à l'admission 1250 - 1499 g*»
- D'autres critères de split ne sont plus pertinents dans le DRG P63Z

# Maladies infectieuses MDC 18B

## Affections virales

### Problème:

- Représentation hétérogène des cas dans le DRG T63C  
«Autres affections virales, > 1 jour d'hospitalisation»

### Analyse:

- Identification d'un groupe de cas coûteux avec séjours courts aux soins intensifs/IMCU dans la partition médicale

# Maladies infectieuses MDC 18B

## Affections virales

### Transformation:

- Impossible d'établir un DRG spécifique en raison du nombre de cas
- Affectation des cas au DRG de base T60 «*Septicémie ou traitement complexe d'agents infectieux multirésistants à partir de 7 jours de traitement ou **traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196/119 points***», ainsi qu'adaptation des critères de split des DRG T60A/B/C
- Fusion des DRG T60B et T60C en raison de cas aux coûts similaires

# Maladies infectieuses MDC 18B

## Maladies infectieuses et parasitaires

### Problème:

- Le critère de split «*Diagnostic complexe*» dans le DRG T64B «*Autres maladies infectieuses et parasitaires, avec diagnostic complexe, âge > 17 ans, plus d'un jour d'hospitalisation*» n'est plus un séparateur de coûts

### Transformation:

- Fusion des DRG T64B et T64C



# Maladies psychiques MDC 19

## Changement de sexe

### Problème:

- Groupe de codes CHOP 64.5- «*Opération pour transformation de sexe*» dans le DRG U01B «*Opération de changement de sexe avec intervention coûteuse*» pas assez spécifique
- Pas de différences de coûts entre les DRG U01A et U01B

### Transformation:

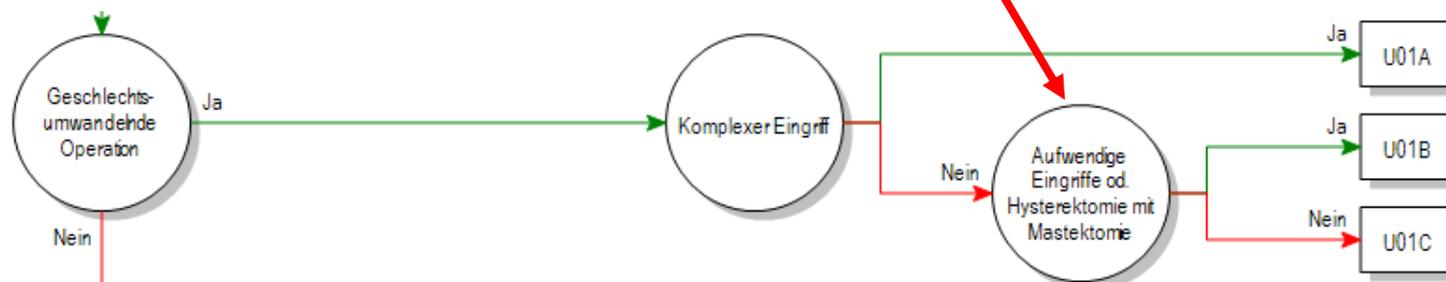
- Suppression des codes CHOP 64.51 et 64.52 du split pour le DRG U01B
- Fusion des DRG U01A et U01B

# Maladies psychiques MDC 19

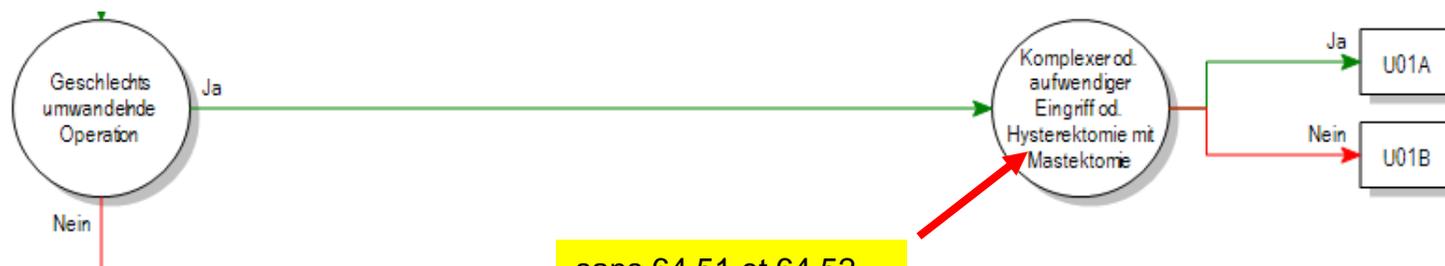
## Changement de sexe

### Jusqu'ici:

64.51 «Opération pour transformation de sexe,... d'une femme en homme»  
64.52 «Opération pour transformation de sexe,... d'un homme en femme»



### Nouveau:



sans 64.51 et 64.52

# Maladies psychiques MDC 19

## Changement de sexe

### Remarque:

- Interventions particulières sur la glande mammaire non représentées dans le DRG de base U01 «*Opération de changement de sexe*»

### Transformation:

- Insertion des codes CHOP dans tab. du DRG de base U01
  - 85.37 «*Mastectomie lors de gynécomastie*»
  - 85.39 «*Mammoplastie de réduction et mastectomie sous-cutanée,...*»
  - 85.95 «*Insertion d'expandeur tissulaire au niveau du sein*»

# Maladies psychiques MDC 19

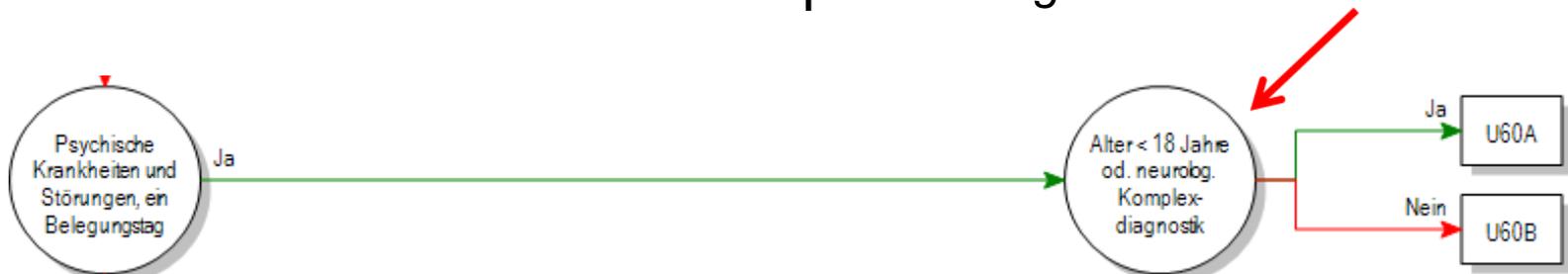
## DRG un jour d'hospitalisation

### Problème:

- Le split selon l'âge dans le DRG U60A «*Maladies et troubles psychiques, âge < 16 ans...., un jour d'hospitalisation*» n'est plus adéquat

### Transformation:

- Modification du critère de split en «*âge < 18 ans*»



# Blessures, empoisonnements MDC 21B

## DRG un jour d'hospitalisation

### Problème:

- Des cas avec les mêmes coûts sont représentés dans divers DRG de la MDC 21B
- Beaucoup de cas avec un jour d'hospitalisation

### Transformation:

- Établissement d'un nouveau DRG de base X86 «*Un jour d'hospitalisation*» dans la partition médicale
- Split supplémentaire dans le DRG X86A pour les courts séjours aux SI/IMCU «*TC de SI/TC en USI adultes 60-119 points*»

→ Représentation des cas adaptée aux coûts

# Facteurs influant sur l'état de santé MDC 23

## Demande:

- Cas coûteux dans la MDC 23 non représentés de manière à couvrir les coûts
- Hétérogénéité des coûts dans le DRG Z65B «*Troubles, symptômes, autres anomalies et suivi thérapeutique, ....*»

## Transformation:

- Transform. compl. dans 6 DRG de MDC 23 notamment
- Reval. «*TC de SI/TC en USI > 196/119 pts*» ds DRG de base Z02
- DRG de base Z64 «*état après transplantation*»
- Inclusion split pédiatrique «*< 18 ans*» pour le DRG Z64A
- Critère de split supplémentaire dans le DRG Z65A «*dialyse*»

# 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 d'autres MDC
- Déplacement des diagn. principaux dans d'autres MDC
- Adaptation de l'attribution des codes de PO dans les DRG de base 901 ou 902

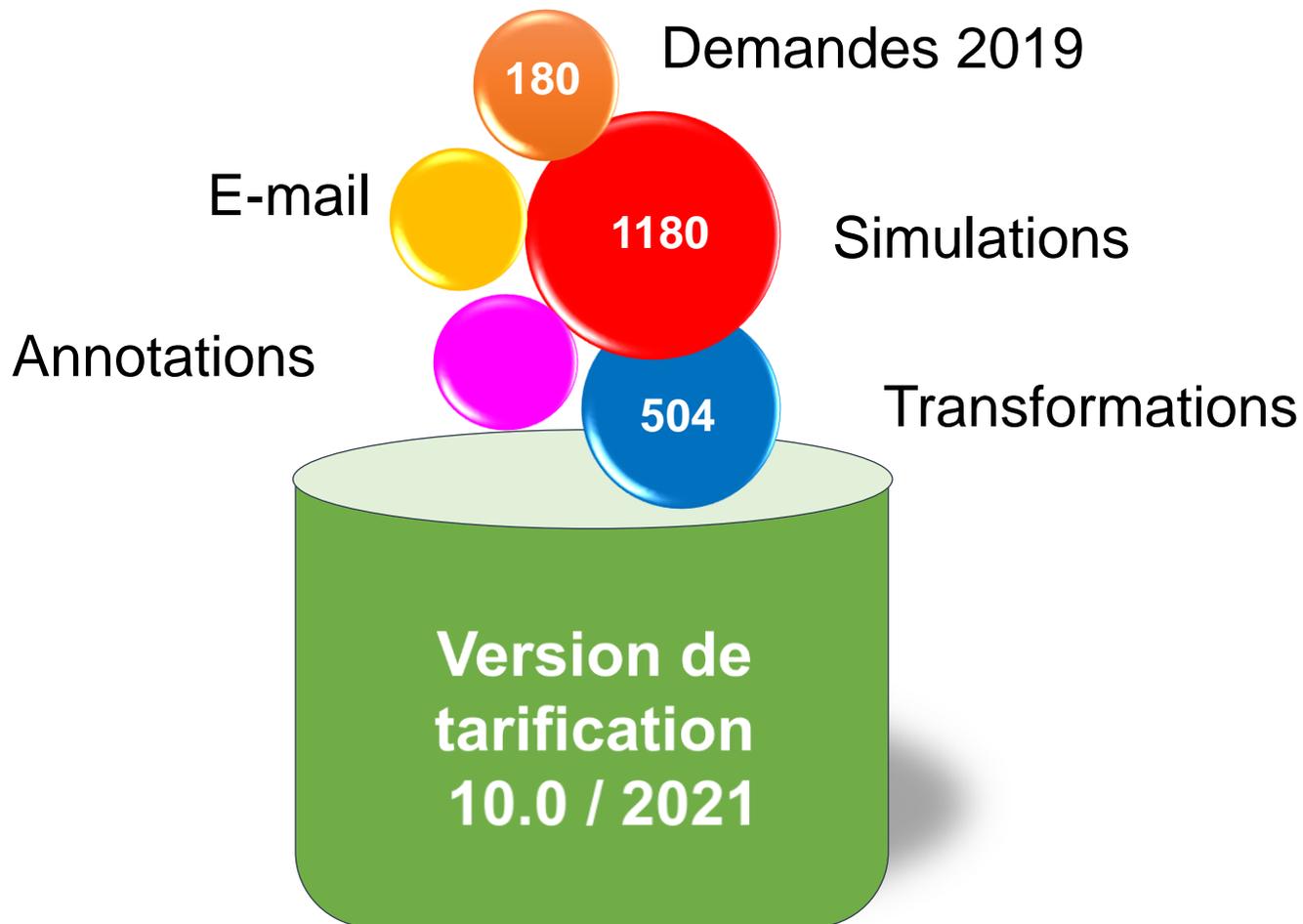
# Réduction d'incitations négatives

## DRG 901, 902

### Transformation:

- Admission de plusieurs codes PO dans d'autres MDC par ex.:
  - MDC 05, MDC 06, MDC 09, MDC 13  
*«Interventions pour épanchements pleuraux (malins)»*
  - MDC 09, MDC 10 *«Décompression canal rachidien»*
  - MDC 06 *«Culdotomie + excisions dans le cul-de-sac de Douglas»*
  - MDC 07 *«Autre occlusion chirurgicale de veines abdominales»*
  - MDC 13 *«Anastomoses intestinales et stomies»*

# Révision de la classification des DRG Simulations



# Révision de la classification des DRG

## Simulations

	2019	2018	2017
<b>Demandes</b>	180	222	116
<b>Réalisées</b>	93	144	112
<b>Taux</b>	52%	65%	52%

# Rémunérations supplémentaires – codes CHOP

## 1. Établissement de nouvelles RS (CHOP)

- Aucun

## 2. Suppression de RS (CHOP)

- Aucune

## 3. Autres adaptations des RS (CHOP)

Désignation et codes CHOP des tableaux «*Coils intracrâniens*»; «*extracrâniens, spinaux*» ainsi que «*Coils périphériques*» ont été élargis de «ballonnets détachables»

- 39.79.51 «*Embolisation sélective par ballonnets détachables, vaisseaux du membre supérieur*»
- 39.79.52 «*Embolisation sélective par ballonnets détachables, aorte*»

# Rémunérations supplémentaires – codes CHOP

## 3. Autres adaptations des RS (CHOP)

- 39.79.54 «*Embolisation sélective par filtres (parapluie), vaisseaux thoraciques*»
- 39.79.55 «*Embolisation sélective par filtres (parapluie), vaisseaux viscéraux*»
- 39.79.56 «*Embolisation sélective par filtres (parapluie), vaisseaux abdominaux*»
- 39.79.57 «*Embolisation sélective par filtres (parapluie), vaisseaux du membre inférieur*»
- 39.79.58 «*Embolisation sélective par filtres (parapluie), vaisseaux rachidiens*»
- 39.79.59 «*Embolisation sélective par filtres (parapluie), autres vaisseaux, autre*»

# Rémunérations supplémentaires – codes ATC

## 4. Établissement de nouvelles RS (ATC)

- Sofosbuvir et velpatasvir
- Midostaurine
- Tocilizumab (séparation entre voie sous-cutanée et voie intraveineuse)

## 5. Suppression de RS (ATC)

- Micafungine
- Ofatumumab

# Rémunérations supplémentaires – codes ATC

## 6. Autres adaptations des RS (ATC)

Élargissement des classes de dosage pour 30 RS

Plus de 2 prix différents par unité pour:

- Lénalidomide
- Pomalidomid
- Riociguat

# Rémunérations supplémentaires – codes ATC

## 6. Autres adaptations des RS (ATC)

Élargissement des modes d'administration pour 6 RS:

- Infliximab
- Adalimumab
- Certolizumab pegol
- Golimumab
- Azacitidine
- Terlipressine

# Rémunérations supplémentaires – codes ATC

## 7. Examen des classes de dosage enfants (ATC)

Classes de dosage enfants complétées/créées pour 9 RS:

- Immunoglobuline de l'hépatite B
- Fibrinogène
- Facteur de coagulation VIII
- Antithrombine III
- Pegfilgrastim
- Immunoglobuline anti-thymocytes (CTG)
- Immunoglobuline anti-thymocytes (CFR)
- Védolizumab
- Défibrotide

# Rémunérations supplémentaires – codes ATC

## 7. Examen des classes de dosage enfants (ATC)

Classes de dosage adultes adaptées pour les enfants  
pour 2 RS

- Voriconazole, voie orale
- Voriconazole, voie intraveineuse

Classes de dosage enfants validées pour les adultes  
pour 1 RS

- Vémurafénib

# Rémunérations supplémentaires – codes ATC

## 7. Examen des classes de dosage enfants (ATC)

Annulation de certaines classes de dosage enfants:

- Voriconazole, voie orale
- Voriconazole, voie intraveineuse

# SwissDRG - Version 10.0 / 2021

1. Base de données
2. Développement du Groupes
- 3. Résultats**

# Résumé des modifications

	V10.0	V9.0	V8.0
<b>Nombre de DRG</b>	<b>1'068</b>	1'056	1'037
DRG non évalués	<b>0</b>	0	1 (962Z)
DRG non facturables	<b>4</b>	4	3
<b>DRG d'un jour</b>	<b>244</b>	240	287
Explicite	<b>47</b>	44	43
Implicite	<b>197</b>	196	244
<b>Rémunérations supplémentaires</b>	<b>136</b>	136	108
Évaluées	<b>135</b>	135	107
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>V10.0</b>	<b>1'064</b>	<b>15/6</b>
V9.0	1'052	16/6
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 ou possibilité de délimiter clairement les données de l'année précédente

# Pourcentage d'outliers

	Version 10.0		Version 9.0	
	Nombre de cas	Pourcentage	Nombre de cas	Pourcentage
Inlier	847'843	79.7%	851'050	80.0%
High Outlier	74'313	7.0%	67'988	6.4%
Low Outlier	68'228	6.4%	71'346	6.7%
Cas transférés	72'752	6.8%	72'752	6.8%
DRG non évalués	0	0%	0	0%
DRG non facturables	84	0%	84	0%
Tous les cas	1'063'220	100%	1'063'220	100%

*Base de données : 2018, données de calcul*

# Index casemix selon la typologie

Niveau de prestation	Nombre de cas	CMI 10.0	CMI 9.0	Delta 9.0/10.0
K111 Prise en charge centralisée - niveau 1	213'064	1.426	1.418	+0.5%
K112 Prise en charge centralisée - niveau 2	641'857	1.004	1.007	-0.2%
K121 Soins de base - niveau 3	127'242	0.958	0.959	-0.1%
K122 Soins de base - niveau 4	88'243	0.899	0.902	-0.2%
K123 Soins de base - niveau 5	29'119	0.873	0.873	-0.1%
K231 Chirurgie	43'219	1.075	1.070	+0.5%
K232 Gyn. / Néonatalogie	3'346	0.386	0.381	+1.1%
K233 Pédiatrie	18'468	1.308	1.297	+0.8%
K234 Gériatrie	3'111	1.303	1.336	-2.5%
K235 Cliniques spécialisées	4'352	1.485	1.474	+0.8%
<b>Tous les cas</b>	<b>1'172'336</b>	<b>1.075</b>	<b>1.075</b>	<b>+/-0.0%</b>

*Base de données : 2018, données du domaine d'application SwissDRG, évaluées avec V9.0 et V10.0 – sans représentation de la typologie K221 (315 cas)*

# Indice casemix selon l'âge

Classe d'âge	Nombre de cas	CMI V10.0	CMI V9.0	Delta V9.0/V10.0
0-16 ans	154'712	0.657	0.651	+1.0%
À partir de 17 ans	1'017'624	1.139	1.140	-0.1%

*Base de données : 2018, données du domaine d'application SwissDRG, évaluées avec V9.0 et V10.0*

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

	Nombre de cas	Part des données de calcul	Degré de couverture V10.0	Degré de couverture V9.0	Changement V10.0/V9.0
Hôpitaux universitaires K111	202'703	19.07%	92.83%	92.36%	+0.5%
Hôpitaux indépendants pour enfants	17'907	1.68%	96.84%	96.00%	+0.9%
Hôpitaux non universitaires	860'433	80.93%	102.71%	102.89%	-0.2%
Inliers	909'186	85.52%	104.13%	104.48%	-0.3%
Low outliers	73'743	6.94%	103.10%	103.95%	-0.8%
High outliers	80'207	7.54%	81.29%	79.57%	+2.2%
Patients transférés (d'admission)	40'686	3.83%	95.25%	93.77%	+1.6%
Patients transférés (d'admission) inliers	33'455	3.15%	98.76%	97.44%	+1.4%
Enfants < 16 ans sans DRG P66D, P67D	71'249	6.70%	101.08%	100.18%	+0.9%

Baserate hypothétique pour bénéfices nuls incl. CUI V10.0 : CHF 10'745

Baserate hypothétique pour bénéfices nuls incl. CUI V9.0 : CHF 10'738

*Base de données : 2018, données de calcul, évaluées avec V9.0 et V10.0*

# Effet des données degré de couverture

## Uniquement cas typologie K111

- **Effet négatif des données** dans le degré de couverture de la typologie K111 de 94,08 % (données 2017) à 92,36 % (données 2018) - les deux avec la version 9.0

Effet de données :

La version est maintenue constante (ici la version 9.0), seules les données sont responsables du changement, pas le développement du système



Comment peut-on expliquer cet effet négatif des données ?

# Effet des données degré de couverture

## Uniquement cas typologie K111

- Le degré de couverture pour la typologie K111 est calculé en utilisant les cas des données de calcul de cette typologie :

$$DG_{K111} = \frac{\text{prix de base hypothétique} * CMI_{K111}}{\text{coûts totaux moyens}_{K111}}$$

- Où pour le prix de base hypothétique pour l'ensemble des données de calcul s'applique :

$$\text{Prix de base hypothétique} = \frac{\text{coûts totaux moyens}}{CMI}$$

# Effet des données degré de couverture

## Uniquement cas typologie K111

K111	Données de calcul 2017	Données de calcul 2018
Nombre de cas	199'890	202'703
CMI V9.0	1.370	+1.0% 1.384
Coûts totaux moyens	15'828 CHF	+1.7% 16'093 CHF
Degré de couverture V9.0	94.08%	-1.7% 92.36%

$$\downarrow DG_{K111} = \frac{\text{Prix de base hypothétique} \downarrow * CMI_{K111} \uparrow}{\text{Coûts totaux moyens}_{K111} \uparrow}$$

Les coûts totaux moyens augmentent plus que le CMI, et en outre le prix de base hypothétique diminue de 2017 à 2018. Il en résulte une perte globale de 1,7 point de pourcentage dans le degré de couverture.

*Base de données : 2017-2018, données de calcul de la typologie K111*

# Effet des données degré de couverture

## Uniquement cas typologie K111

### Interprétation I :

- Pour **toutes les données de calcul**, il y a une augmentation du CMI avec une réduction moyenne simultanée des coûts, en conséquence le prix de base hypothétique diminue (de données 2017 à données 2018).
- Dans les **hôpitaux universitaires**, le CMI augmente plus fortement au cours de la même période que dans tous les cas, mais les coûts moyens augmentent également ici (contrairement à une réduction des coûts dans tous les cas).
- Au total, la différence relative de coûts ne peut être supportée par la différence relative de CMI ; il en résulte un degré de couverture en baisse.

# Effet des données degré de couverture

## Uniquement cas typologie K111

### Interprétation II :

- Deux hôpitaux universitaires ont une influence significative sur cet effet :
  - Les coûts moyens augmentent de 970 CHF, resp. de 1180 CHF par cas
  - Les CMI apurés (coûts standardisés des cas) augmentent de 390 CHF, resp. de 490 CHF
  - L'augmentation des coûts peut également résulter d'une modification de l'enregistrement / de la comptabilisation des coûts ou de la délimitation des coûts liés à l'AOS et ne sont pas nécessairement le résultat d'une augmentation "réelle" des coûts
- **Effet positif de version** dans le degré de couverture de la typologie K111 de 92,36% (version 9.0) à 92,83% (version 10.0) - les deux avec des données 2018

# Homogénéité des coûts R<sup>2</sup>

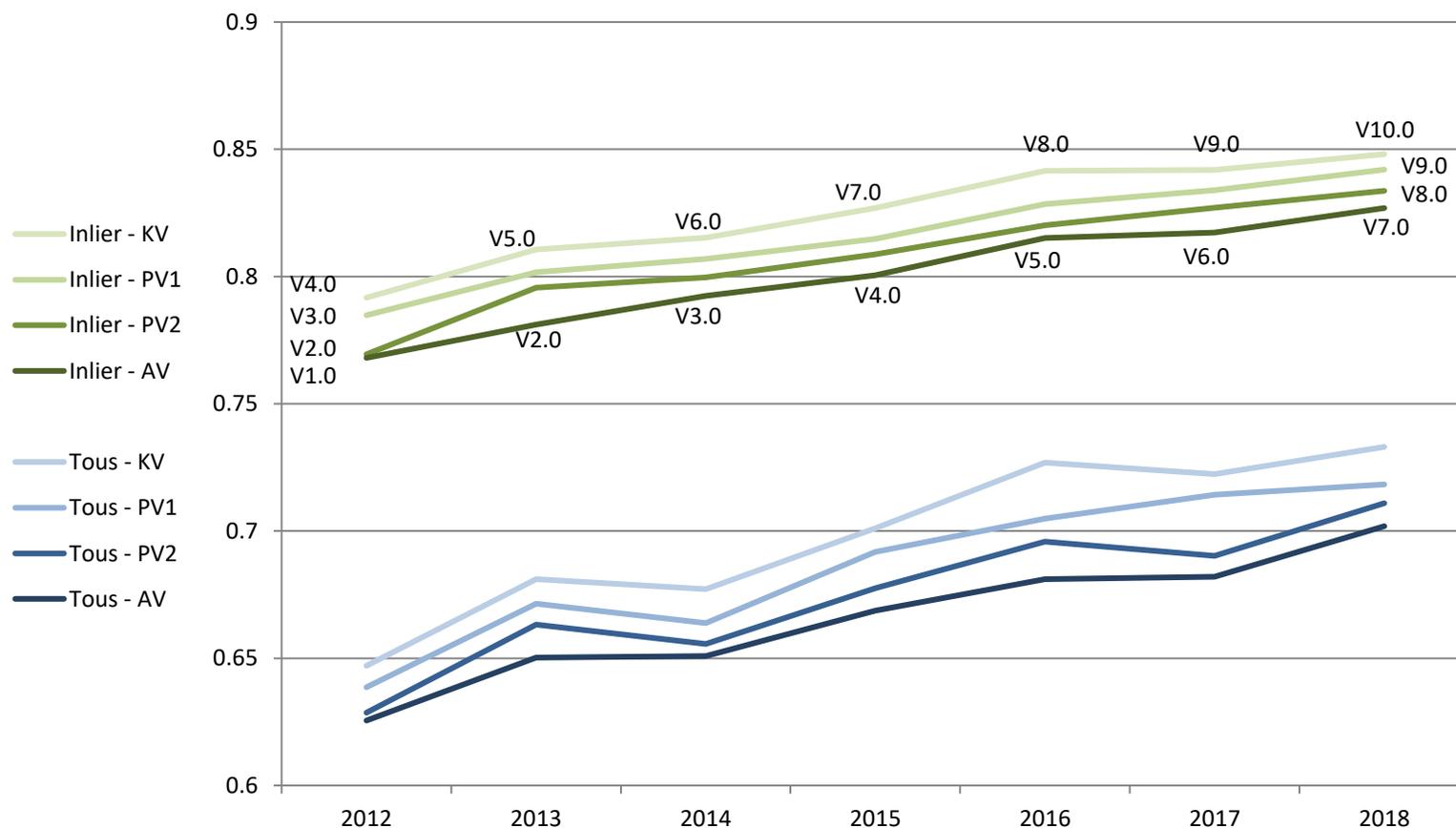
## Version 10.0 en comparaison avec les versions précédentes

Version du grouper	Année de données	Tous les cas	Inliers (selon 10.0)
V10.0	2018	0.733	0.847
V9.0		0.718	0.838
V8.0		0.711	0.826

*Base de données : 2018, données de calcul*

# Homogénéité des coûts R<sup>2</sup>

## Développement au fil des versions et des années de données



*Base de données : 2012-2018, données de calcul*

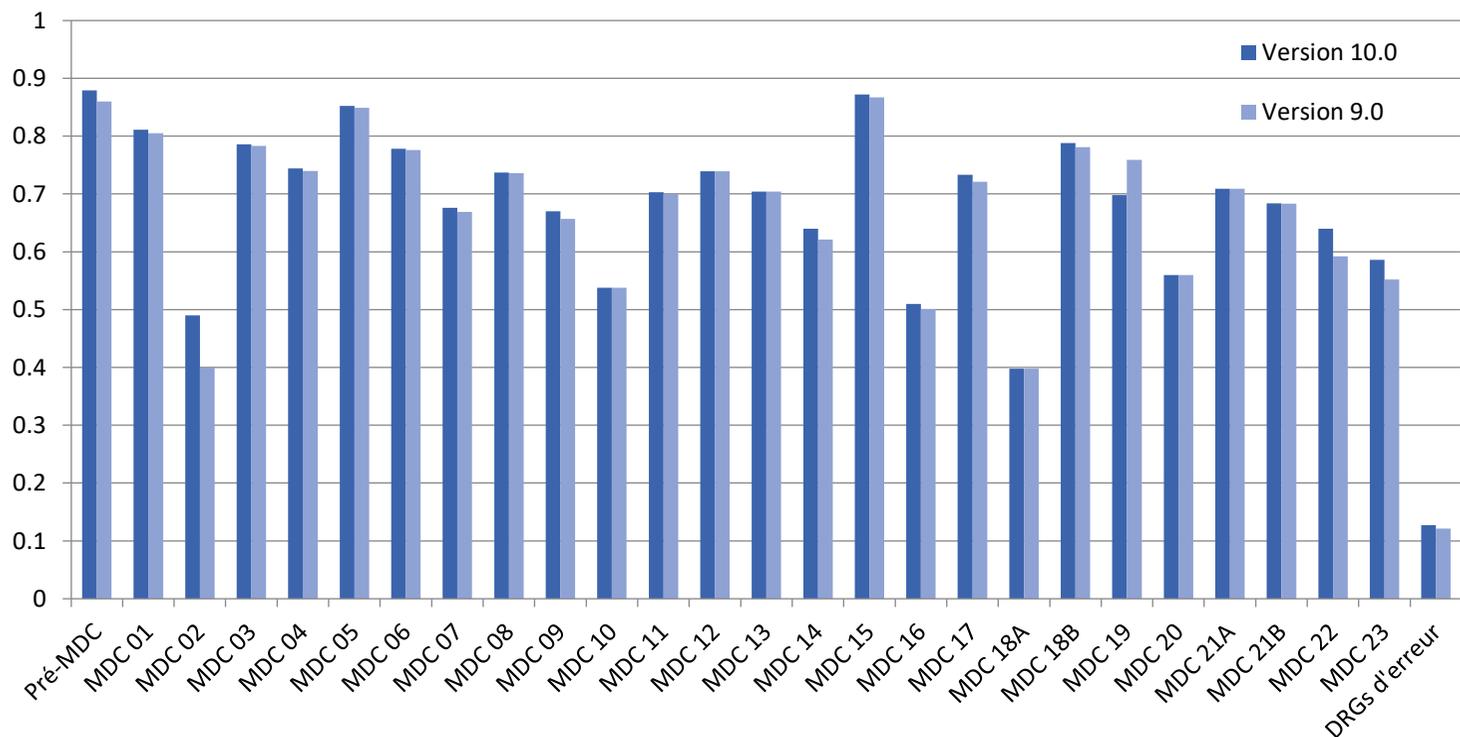
# Homogénéité des coûts R<sup>2</sup>

## Développement au fil des versions et des années de données

- Amélioration de la qualité de reproduction (R<sup>2</sup>) dans le temps (et dans les versions de catalogue, de planification et de facturation)
- Les versions (VC) respectives fonctionnent également - rétrospectivement - pour l'année de tarification (VT)
- La tendance à l'affaiblissement des améliorations du R<sup>2</sup> n'est pas encore évidente

# Homogénéité des coûts R<sup>2</sup> par MDC

## Version 10.0 en comparaison avec la version précédente



*Base de données : 2018, données de calcul, inliers selon V10.0*

**Un grand merci pour votre attention !**

**SwissDRG SA**

Länggassstrasse 31  
CH-3012 Berne

 +41 (0) 31 310 05 50  
e-mail: [info@swissdrg.org](mailto:info@swissdrg.org)