



# Modifications de la version SwissDRG 10.0 par rapport à la version 9.0

- Développement du Groupier
- Méthode de calcul
- Chiffres-clés concernant le développement du système

## Introduction

Le présent document fait état des changements qui ont été entrepris entre la version 10.0 (données de 2018) et la version 9.0 (données de 2017) dans le processus de traitement pour la création de la structure tarifaire. Les changements concernent le développement du Grouper ainsi que le calcul des cost-weights et les chiffres-clés correspondants. Ce document s'entend comme un complément comparatif aux documents qui ont été transmis pour l'autorisation tarifaire de la version SwissDRG 9.0. Les données détaillées concernant les différents points peuvent être consultées dans les documents respectifs.

## 1. Développement du Grouper

### 1.1 Aperçu des axes de développement de la version 10.0

Concernant les axes de développement, on notera en particulier la représentation des cas très coûteux. Les cas déficitaires ont fait l'objet d'une analyse approfondie. En outre, une observation par DRG des écarts de coûts et de rémunération hypothétique par rapport à la dispersion des coûts a permis d'identifier des cas qui présentaient des faiblesses significatives pour la représentation.

Il en résulte de meilleures possibilités de représentation en particulier pour les grands brûlés ainsi que pour les patients en traitement intensif à long terme ou les cas avec une réadaptation précoce.

Comme auparavant, le perfectionnement dans le domaine de la médecine pédiatrique faisait partie des axes principaux.

Le traitement complexe d'infections à agents infectieux multirésistants (IAIM) ainsi que la réadaptation gériatrique aiguë ont été soumis à un examen approfondi dans le cadre de leur classification actuelle dans la structure tarifaire SwissDRG.

#### Cas très coûteux

Des contrôles approfondis de différents cas ont mis en évidence des caractéristiques cliniques coûteuses particulières avec une forte consommation de ressources:

- Nombre très élevé de points USI et U-IMC
- Nombre très élevé d'heures de ventilation
- Ulcères de décubitus de 4<sup>e</sup> degré
- Brûlures étendues
- Réadaptation neurologique, neurochirurgicale précoce associée à une très longue durée de séjour
- Nouveau-nés avec malformations congénitales
- Patients avec systèmes d'assistance cardiaque

Certains cas déficitaires présentaient des coûts élevés dans les éléments de coûts suivants sans qu'une prestation médicale correspondante ne soit associée à ces coûts:

- Coûts externes élevés sans codage correspondant
- V103 Matériel médical
- V104 Implants
- V290 Laboratoire
- V380 Hébergement
- V310 Corps médical
- V360 Diagnostic médical et thérapeutique

Ces cas de figure ont été exclus du calcul. Les restructurations concernant les cas très coûteux sont décrites dans le paragraphe 3.2.1.

### **Soins intensifs/grands brûlés**

Des analyses approfondies ont montré des faiblesses au niveau de la représentation de cas avec un long séjour en USI (parfois en lien avec des brûlures à des degrés les plus graves) ou en U-IMC. Des revalorisations ciblées de ces cas de figure ont permis d'améliorer significativement la qualité de représentation. Des cas avec un court séjour en USI ou U-IMC pour les enfants et les adultes ont été une nouvelle fois contrôlés. Pour plus d'informations, voir sous «Représentation de domaines spécifiques de prestations; Pédiatrie et néonatalogie; Médecine intensive dans une USI/U-IMC».

### **Traitement complexe d'infections à agents infectieux multirésistants ainsi que réadaptation gériatrique aiguë**

Nous avons à nouveau reçu des demandes qui concernent la représentation des cas avec un traitement complexe d'infections à agents infectieux multirésistants ou la réadaptation gériatrique aiguë. Les demandeurs ont décrit des situations avec un remboursement inférieur pour des prestations fournies supérieures. Les analyses approfondies ont confirmé la procédure utilisée jusque-là d'une classification des cas indépendante des diagnostics principaux dans la pré-MDC. Une classification des cas en lien avec la MDC s'est révélée adéquate uniquement pour les cas avec une réadaptation gériatrique aiguë associée à un diagnostic principal dans les MDC 06 «Organes digestifs» ou 18B «Infections». Pour plus d'informations, notamment sur les autres restructurations, voir paragraphe 3.2.2 «Traitement complexe d'infections à agents infectieux multirésistants ainsi que réadaptation gériatrique aiguë».

## 1.2 Révision de la classification DRG

### 1.2.1 Cas très coûteux

#### 1.2.1.1 Systèmes d'assistance cardiovasculaire

- Les codes CHOP 37.69.2-; 37.69.4-; 37.69.6 permettent de bien représenter la durée du traitement avec un système d'assistance cardiovasculaire. L'utilisation de ces systèmes représente une consommation élevée de ressources.
- À ce jour, il n'est pas possible de calculer une rémunération supplémentaire, car la livraison des données exactes sur les coûts, nécessaires à ce calcul, constitue encore un défi non résolu pour les cliniques.
- Dans la version 10.0, ces cas ont cependant pu être revalorisés dans les DRG de base A06 pour la pré-MDC et dans le DRG de base F87 pour la MDC 05.

#### 1.2.1.2 Brûlures

- Les analyses des cas très coûteux ont montré que le groupe de cas avec des brûlures présentait un déficit. La fonction «Brûlures sévères» a donc été révisée.
- Les codes T31.00 – T32.99! «Brûlures/Corrosions, classées selon l'étendue de la surface du corps atteinte» ont été supprimés du tableau de diagnostics principaux de la fonction et remplissent désormais la condition en tant que diagnostic supplémentaire.
- D'autres codes CHOP avec «couvertures temporaires de tissus mous» ont été intégrés dans le tableau existant de la fonction.
- De plus, le nombre de points de coûts pour le traitement complexe de médecine intensive chez les adultes et les enfants a été abaissé au sein de la fonction.

Remarque: en 2018, contrairement aux exigences du manuel de codage, de nombreux cas de brûlures ont été codés sans le code CIM T31.-! pour l'étendue de la surface corporelle atteinte en pourcentage. Les restructurations ne profiteront toujours pas à ces cas.

- Les cas avec des brûlures étendues à plusieurs localisations affichaient une consommation élevée de ressources et étaient sous-rémunérés dans la MDC 22 «Brûlures» dans le DRG de base Y02.
- La logique a donc été révisée de manière à revaloriser désormais 2 diagnostics supplémentaires avec «Brûlure du 2<sup>e</sup> degré» ou un code «Brûlure du 3<sup>e</sup> degré» en diagnostic supplémentaire.
- De plus, des cas avec une brûlure qui malgré un traitement maximal ont abouti au décès en l'espace d'un jour, affichaient une consommation très élevée de ressources.
- Pour cette raison, un nouveau critère de split a été établi pour le DRG Y02A «Autres brûlures avec transplantation de peau ou ... décédé < 5 jours après admission», ce qui a permis d'atteindre une représentation adéquate de ce groupe de cas.

#### 1.2.1.3 Médecine intensive

Des analyses approfondies ont montré des faiblesses au niveau de la représentation de cas avec un long séjour en USI (parfois en lien avec des brûlures à des degrés les plus graves) ou en U-IMC. Des revalorisations ciblées de ces cas de figure ont permis d'améliorer significativement la qualité de représentation. Les cas avec un court séjour en USI ou U-IMC pour les enfants et les adultes ont été une nouvelle fois contrôlés.

- Le contrôle des deux DRG A06Z et A18Z les plus valorisés a permis d'identifier des cas nécessitant un nombre particulièrement élevé de ressources qui jusque-là n'avaient pas pu être rémunérés de manière adéquate.
- Une revalorisation de ces cas n'était pas possible dans les DRG existants en raison du nombre de cas.
  - La logique du DRG de base A18 a été incluse dans le DRG de base A06 et le DRG A18Z a été supprimé.
  - Par la suite, de nouveaux critères de split ont été définis pour le DRG A06A, «âge < 16 ans» ou «brûlures les plus graves» ou long séjour en USI «> 9200 points».
  - De plus, les cas avec une ventilation artificielle de longue durée «> 1499 heures»; «traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 5580/5520 points»; «réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce > 69 jours de traitement»; «implantations de pompe cardiaque ou transplantations de cellules souches hépatiques, cardiaques, pulmonaires» ont été revalorisés dans le DRG A06B.
- Des cas très coûteux avec un nombre élevé de points USI étaient également problématiques.
  - Pour cette raison, les cas avec traitement complexe de soins intensifs > 2940/3680 points ont été revalorisés dans le DRG A07A «Ventilation artificielle > 499 heures avec procédure opératoire complexe...ou traitement complexe de soins intensifs > 2940/3680 points...».

#### 1.2.1.4 Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce

- Jusqu'à présent, les cas avaient besoin, en plus de la réadaptation précoce, du diagnostic de coma vigile ou de syndrome de verrouillage pour être regroupés dans le DRG A43Z.
  - Désormais, les cas avec une réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce à partir de 70 jours de traitement (codes CHOP 93.89.1Q-93.89.1V) sont regroupés dans le DRG de base A43 sans autre condition. Une représentation plus adaptée aux coûts de ces cas a ainsi été obtenue.
  - En outre, l'examen des cas du DRG A43 a permis de constater qu'aussi bien une durée minimale de 70 jours de traitement de réadaptation précoce que les points de traitement complexe en unité de soins intermédiaires supérieurs à 1764/1932 présentent des caractéristiques de séparation des coûts. Ces critères ont donc été utilisés pour un split du code A43Z en A43A et A43B.
- Les analyses ont par ailleurs montré que des cas avec réadaptation précoce présentent dans le DRG de base A07 des coûts supplémentaires par rapport aux autres cas.
  - La revalorisation de cas avec les codes 93.89.1K-93.89.1V «Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce, au moins 7 jours de traitement» dans le DRG A07A entraîne une représentation adéquate de ces coûts supplémentaires.

#### 1.2.1.5 Maladie du greffon contre l'hôte

- Un codage incomplet a été constaté pour 26 cas avec maladie du greffon contre l'hôte. Selon la CIM-10-GM, un code supplémentaire doit être utilisé en plus de T86.0\* pour coder chaque organe atteint au moyen du code à étoile.
- Sans ces codes GVHD par organe, les cas ne peuvent pas bénéficier des restructurations qui ont été entreprises dans cette version tarifaire:
  - 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, plus d'un jour d'hospitalisation»
  - Revalorisation des cas «GVHD chronique, forme sévère» dans le DRG R61A
- DRG de base R50 «Chimiothérapie hautement complexe, 2 séries de traitement ou chimiothérapie hautement complexe avec isolement protecteur à partir de 14 jours de traitement...»
  - Revalorisation des cas «GVHD aiguë, grade III/IV» dans le DRG R50A

### 1.2.2 Réadaptation gériatrique aiguë et traitement complexe d'infections à agents infectieux multirésistants

Pour les deux ensembles de cas, il y avait dans la procédure de demande des signes indiquant que le codage supplémentaire de 93.89.9- «Réadaptation gériatrique aiguë» ou 93.59.5- «Traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants» entraînait un remboursement inférieur des prestations. Dans la pré-MDC, ces cas sont regroupés indépendamment du diagnostic principal dans le DRG de base A95 (réadaptation gériatrique aiguë) et A94 (infection à agents infectieux multirésistants). Sans ces codes CHOP, les cas se retrouvent dans les MDC par organe correspondantes sur la base du DP et sont représentés dans les DRG. Il arrivait de manière isolée que des cas avec une réadaptation gériatrique aiguë ou une infection à agents infectieux multirésistants soient plus valorisés dans les DRG opératoires que dans la pré-MDC. Cette situation a été prise en compte à plusieurs reprises en excluant certaines MDC ou certains DRG de la représentation dans les DRG de base A92 et A94, respectivement. En raison de nouvelles demandes d'examen de ces cas dans le cadre de la procédure de demande 2019, des analyses complètes et approfondies ont été réalisées lors du développement de la version 10.0.

Les DRG de base respectifs ont été retirés de la pré-MDC si bien que les cas se répartissent dans les MDC en fonction du DP. Dans un second temps, ces cas ont été affectés aux DRG, certains d'entre eux dans les partitions opératoires lorsque c'était possible selon le nombre de cas dans les critères de split, mais la majorité des cas a été intégrée dans la partition médicale. Lorsqu'il n'était pas possible de représenter les cas dans des DRG spécifiques, ceux-ci étaient affectés à des DRG de base déjà existants avec des coûts et durées de séjour comparables.

Pour vérifier la qualité du système, la version «Représentation des cas dans la pré-MDC» a été comparée avec la version «Représentation des cas dans les différentes MDC». Lors de cette comparaison, la qualité de représentation des cas dans les DRG déjà existants a également reçu une attention particulière et fait l'objet d'un examen approfondi.

Il en a résulté que la restructuration conduit à une diminution de la qualité globale de représentation de tous les cas ainsi qu'à une sous-rémunération des cas dans les DRG déjà existants. Dans deux MDC, l'inclusion de la réadaptation gériatrique aiguë a permis d'obtenir un résultat positif pour tous les cas et également pour les cas existants. La logique a été adaptée comme suit:

- 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»

Il résulte des analyses que les cas avec une réadaptation gériatrique aiguë ou une infection à agents infectieux multirésistants sont, sur l'ensemble du système, représentés de manière adéquate et mieux adaptée dans la pré-MDC.

### 1.2.3 Restructurations inter-MDC – pré-MDC

#### 1.2.3.1 Traitement multimodal de la douleur/traitement rhumatologique complexe

- Dans le cadre de la procédure de demande 2019, il nous a été demandé de contrôler la représentation des cas avec un DP de la MDC 19 «Maladies et troubles psychiques» et un traitement multimodal de la douleur. Ces cas sont regroupés dans le DRG de base U42 où ils sont plus rémunérés que dans le DRG de base A92 «Traitement multimodal de la douleur pour maladies particulières ou traitement rhumatologique complexe pour maladies particulières, à partir de 7 jours de traitement sans procédure opératoire» de la pré-MDC.
- Suite à la simulation, le DRG de base U42 de la MDC 19 a pu être intégré dans la logique du DRG de base A92 si bien que l'affectation a lieu indépendamment du choix du DP. Le DRG de base U42 a été supprimé.
- En raison de la plus grande quantité de cas dans le DRG de base A92, un nouveau split a pu être établi avec la condition «traitement multimodal de la douleur ou traitement rhumatologique complexe, 21 jours de traitement et plus» pour le DRG A92A.
- Cette mesure permet d'obtenir une représentation adéquate tout en diminuant l'incitation inopportune.

#### 1.2.3.2 Traitement complexe de médecine palliative

- En raison d'une indication des hôpitaux universitaires, une simulation a été réalisée pour déterminer si, au sein du DRG de base A97, une affectation des cas en premier lieu selon le nombre de jours de traitement apporterait une amélioration de la qualité de représentation.
- Une restructuration du DRG de base A97 avec un classement primaire «au moins 7 à 13 jours de traitement»; «au moins 14 à 20 jours de traitement» et «au moins 21 jours de traitement et plus» puis, par la suite, la représentation sur la base des interventions a été examinée. Le résultat n'a pas permis d'obtenir une meilleure représentation de ces cas.
- Une analyse a également été réalisée pour déterminer si des cas avec un diagnostic principal ou un traitement de la MDC 17 «Néoplasmes hématologiques et solides» peuvent être revalorisés dans le DRG de base A97, car des cas isolés présentaient des signes de sous-rémunération.
- Considérant l'ensemble des cas, une revalorisation de ce groupe de cas n'est pas apparue nécessaire.
- D'autres analyses ont montré des faiblesses au niveau de la représentation de cas avec un «traitement neurologique complexe d'AVC aigu en stroke center/stroke unit...» dans le DRG de base A97.
- Ce groupe de cas a pu être revalorisé dans le DRG A97D.

#### 1.2.3.3 Traitement sous vide

- Les DRG A36B et A90B (DRG pour les séjours en USI et en U-IMC) affichaient des cas avec traitement sous vide complexe et séjours en soins intensifs qui remplissent également la condition pour le DRG G35Z «Traitement sous vide complexe pour maladies et troubles des organes digestifs ou diagnostic complexe avec intervention complexe». Malgré un engagement plus élevé de ressources médicales, ces cas étaient groupés dans les DRG les moins valorisés où ils étaient donc sous-rémunérés.
- L'inclusion du code G35Z dans les critères de split des DRG A36A et A90A permet de représenter et rémunérer ces cas conformément aux ressources engagées.

#### 1.2.3.4 Traumatisme multiple

- En raison du déplacement «blessure en plus d'une localisation», les cas avec des blessures particulières de la moelle épinière et traumatisme multiple sont regroupés dans la MDC 21A où ils sont sous-rémunérés malgré une plus grande consommation de ressources. Il s'agit de cas avec des blessures particulières de la moelle osseuse qui remplissent la condition pour le DRG de base B61 «Affections aiguës particulières et lésions de la moelle épinière».
- Par la suite, les DRG B61A et B61B ont été exclus de ce déplacement. Les cas sont ainsi regroupés dans le DRG B61 (au lieu de W02) où ils sont finalement représentés de manière adaptée aux coûts.

#### 1.2.3.5 Traitements complexes des médecines complémentaires

- Une question a été posée concernant l'affectation de cas avec un accouchement par voie basse dans le DRG de base A96 lors de la réalisation supplémentaire d'un «traitement complexe des médecines complémentaires à partir de 10 séances ...» (codes CHOP 99.BC.12-14). Les cas avec ce code sont regroupés dans le DRG de base A96 «Traitement complexe de médecine complémentaire pour maladies particulières sans procédure opératoire» dans la pré-MDC et non dans la MDC 14.
- Pour cette raison, les cas avec un diagnostic principal de la MDC 14 dans le DRG de base A96 sont désormais exclus, car ceux-ci présentent une plus faible consommation de ressources. Ainsi, dans la version 10.0, ces cas sont regroupés dans la MDC 14.

#### 1.2.3.6 Agents infectieux multirésistants

- Une demande indépendante des MDC a été déposée requérant le contrôle des mesures d'isolement de contact lors de cas avec ou sans identification d'agents infectieux multirésistants.
- Lors de ce contrôle, il est apparu que dans de nombreux cas, le code complexe 93.59.5\* «Traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants, selon le nombre de jours de traitement» n'est pas utilisé. Ce sont justement ces cas qui ont été analysés.
- Dans le DRG F62A, des cas avec agent pathogène identifié U80 – U82 ont pu être revalorisés.
- Dans le DRG E77A, des cas également avec agent pathogène identifié, associés à des mesures d'isolement de contact, ont pu être revalorisés.
- Les mesures prophylactiques d'isolement de contact sans identification de germe n'ont plus pu être représentées.

### 1.2.4 Autres restructurations indépendantes des MDC

#### 1.2.4.1 Traitement de douleur aiguë

- Il a été demandé de contrôler la représentation des cas avec un traitement complexe de douleur aiguë.
- Il en a résulté l'inclusion des codes CHOP 93.a3.33 «Traitement complexe des douleurs aiguës, d'au moins 14 à 20 jours de traitement» et 93.a3.34 «Traitement complexe des douleurs aiguës, 21 jours de traitement et plus» dans la logique de la fonction globale «Procédures de complication», si bien que ces cas en lien avec d'autres situations ont pu être revalorisés quelle que soit la MDC.

#### 1.2.4.2 Inflammation lors d'implants dans le système nerveux

- Les analyses ont révélé que des cas avec le diagnostic principal T85.72 «Infection et réaction inflammatoire dues à des prothèses, implants et greffes internes du système nerveux» sont sous-rémunérés dans la MDC 21B.
- En déplaçant le code T85.72 dans le tableau de diagnostic principal de la MDC 01, ces cas sont désormais représentés de manière adaptée aux coûts.

#### 1.2.4.3 Neurostimulateur

- Il s'est avéré que des cas avec un code du groupe de codes 04.92.- «Implantation ou remplacement d'électrode(s) de neurostimulateur périphérique» dans le DRG de base L09 «Autres interventions pour affections des organes urinaires» de la MDC 11 étaient sous-rémunérés.
- De plus, il s'est également avéré que des cas avec le diagnostic principal G95.84 «Dyssynergie vésicosphinctérienne liée à une lésion de la moelle épinière» et une intervention du groupe de codes 04.92 dans la MDC 01 étaient également sous-rémunérés.
- L'analyse de ces deux groupes de cas a montré que les coûts sont comparables et ainsi qu'une affectation des cas indépendamment des diagnostics principaux est pertinente lors d'un faible nombre de cas. Pour cette raison, le groupe de codes 04.92 dans la pré-MDC a été inclus dans le déplacement pour le DRG B21 «Implantation d'un neurostimulateur». L'examen du B21 a mis en évidence le faible nombre de cas du code B21B, si bien que ce dernier a été fusionné avec le code B21A. À la suite de cela, le DRG B21D a été créé au moyen d'un nouveau split pour représenter les cas avec un code du groupe de codes 04.92.
- En raison de l'inclusion du groupe de codes 04.92, de nombreux cas du DRG G11B «Pyloromyotomie ou anoproctoplastie et réparation de l'anus et du sphincter avec intervention coûteuse, âge > 9 ans» de la MDC 06 ont été déplacés dans le DRG B21. Le code G11B se retrouvait alors avec très peu de cas.
- Pour cette raison, les deux DRG G11B et G11C ont été fusionnés.

#### 1.2.4.4 Résection transurétrale de la prostate

- Jusqu'à présent, les résections transurétrales de la prostate sont représentées dans le DRG M02 de la MDC 11 ou dans le DRG L05 de la MDC 12 en fonction du diagnostic principal correspondant. Ces cas ne se différencient cependant pas sur le plan des coûts.
- Pour cette raison, un déplacement a été instauré dans la MDC 11 si bien que tous les cas avec une résection transurétrale de la prostate sont désormais représentés ensemble dans le DRG L05Z de la MDC 12. Le DRG M02 a ainsi pu être supprimé.

#### 1.2.4.5 Grandes interventions pancréas et foie

- Dans la MDC 06, des cas avec grandes interventions au foie et au pancréas (par ex. pancréatectomie totale) ont attiré l'attention, car ils présentaient une hétérogénéité dans leurs structures de coûts et n'étaient pas représentés de manière adéquate.
- Il s'est avéré que d'un point de vue médical comme économique, ces cas seraient mieux représentés dans la MDC 07.
- Grâce à un déplacement «Grandes interventions sur le foie/pancréas» au début de la MDC 06, ces cas se retrouvent désormais dans la MDC 07 où ils sont regroupés dans le DRG de base H01 «Interventions sur le pancréas/foie».

#### 1.2.4.6 Diagnostics vésicule biliaire/pancréas

- Dans la MDC 06, les diagnostics principaux K91.81 et K91.82 «Insuffisances d'anastomoses et sutures après opérations de la vésicule et des voies biliaires/pancréas» ont été identifiés comme devant être affectés à la MDC 07 d'un point de vue médical et économique.
- Les diagnostics en question ont été déplacés de la MDC 06 (DRG G64 et G70) vers la MDC 07:
- K91.81 vers H62 «Affections du pancréas sauf néoformation maligne» et K91.82 vers H64 «Affections de la vésicule biliaire et des voies biliaires».

#### 1.2.4.7 Affectation aux DRG de base 901 et 902

Ces DRG doivent permettre le regroupement de situations rares de procédures et diagnostics principaux particuliers. Pour réduire les incitations inopportunes, le regroupement des cas dans ces DRG est vérifié et adapté si nécessaire:

- Admission de codes opératoires dans d'autres MDC:
- MDC 05, MDC 06, MDC 09 et MDC 13 «Interventions pour épanchements pleuraux (malins)»
- MDC 09, MDC 10 «Décompression canal rachidien»
- MDC 06 «Culdéomie + excisions dans le cul-de-sac de Douglas»
- MDC 13 «Anastomoses intestinales et stomies»

#### 1.2.5 Maladies et troubles du système nerveux MDC 01

Nos analyses ont révélé plusieurs problèmes dans la MDC 01:

- Certaines logiques sont très complexes et difficilement compréhensibles.
- La division de certains tableaux de procédure n'est pas pertinente d'un point de vue médical. En particulier, la distinction entre les codes pour les interventions vasculaires extracrâniennes et intracrâniennes n'est souvent pas nettement définie.
- À la suite de cela, certains cas ne sont pas rémunérés de manière adéquate et quantités de cas se chevauchent dans les différents DRG.
- Dans un premier temps, beaucoup de tableaux ont été nettoyés. Ce faisant, une grande importance a été accordée en particulier à une bonne distinction anatomique. Certains tableaux ont pu être supprimés. Le nettoyage de tableaux est un processus continu que les changements annuels dans les codes CHOP rendent difficile. Les nettoyages approfondis des tableaux dans la MDC 01 ne sont pas encore terminés et seront encore au centre du développement de la version 11.0.
- En outre, il s'est avéré que des 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 ...» ainsi que dans les DRG B02 et B03 n'étaient pas rémunérés de manière adéquate.
- La condition «Traitement complexe de soins intensifs > 119 / traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196/119» a été incluse dans la logique pour le split du DRG B76A.
- Dans le DRG de base B20, la condition «Traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196/184 ou traitement complexe de soins intensifs > 119 et situation particulière» a été incluse dans le split pour le code B20A et les cas avec la condition «Traitement complexe de soins intensifs > 119» sont désormais regroupés dans les DRG B20B ou B20C.

- Dans les DRG B02A «Craniotomie complexe ou opération de la colonne vertébrale» et B03A «Interventions opératoires pour para/tétraplégie ...», les critères de split ont été élargis et uniformisés en:
  - Traitement complexe de soins intensifs adultes > 119 points
  - Traitement complexe en U-IMC adultes > 119 points et enfants > 196 points
- Dans les DRG B02B et B02C (DRG de base: «Craniotomie complexe ou opération de la colonne vertébrale»), il n’y avait pas de structures de coûts différentes. Le critère de split «Contrôle peropératoire, grande intervention intracrânienne ou procédure de complication» s’est révélé ne plus être un séparateur de coûts.
- Ces deux DRG ont été fusionnés.
- Dans le DRG de base B04 «Interventions sur les vaisseaux extracrâniens, fermeture de communication interauriculaire ou stimulateur cardiaque», les conditions de split n’étaient plus un séparateur de coûts.
- Lors de la restructuration, une attention particulière a été accordée à la suppression des conditions de split qui ne sont plus des séparateurs de coûts et à la simplification de la logique de manière générale. Il a tout de même été possible d’obtenir une amélioration de la qualité du système. Plus concrètement, la condition de la bilatéralité a été supprimée dans le split pour le code B04A et un nouveau tableau «Interventions sur les vaisseaux extracrâniens» a été introduit. La condition de split «Intervention bilatérale» a été supprimée dans le split pour le code B04B.
- Dans le DRG B09Z «Autres interventions sur le crâne», la demande de revalorisation de fractures avec lésion des tissus mous n’a pas pu être mise en œuvre, car aucun coût supplémentaire systématique n’a été démontré. L’hétérogénéité des coûts a cependant été confirmée.
- Dans le cadre des analyses, les cas avec le critère «Néof ormation maligne» se sont avérés chers. Un split en B09A et B09B a été ajouté.
- Les 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» présentaient des chevauchements avec d’autres DRG. De plus, les logiques de la base et des conditions de split étaient extrêmement complexes et peu claires.
- Le DRG de base B39 a été entièrement reconçu dans l’objectif de séparer clairement les cas, de structurer clairement tout le DRG B39 et d’améliorer la qualité du système.
- La base du DRG B39 se compose maintenant d’une combinaison des conditions «Traitement neurologique complexe» et «Intervention chirurgicale». Le split pour le DRG B39A demande un «traitement neurologique complexe > 72 heures» et un «PCCL > 3». Le DRG B39B regroupe des cas avec «Traitement neurologique complexe > 72 heures» et «Procédures opératoires particulières» ou des cas avec «Traitement complexe de soins intensifs > 119».
- Dans le DRG B66C «Néof ormations du système nerveux ...», un demandeur a noté que des cas avec une valeur de PCCL croissante sont sous-rémunérés.
- Cela a été confirmé lors du contrôle. La condition de split pour le DRG B66B a pu être simplifiée et ainsi le nombre de cas élargi de «Néof ormation avec PCCL > 3» à «PCCL > 3». Ces cas sont ainsi représentés de manière adaptée aux coûts.
- Dans les DRG de la base B70, il y avait une indication concernant la sous-rémunération de cas avec PCCL > 3.

- Un élargissement des critères de split à PCCL > 3 dans B70A et B70D aboutit à une meilleure représentation et une meilleure qualité du système dans sa globalité. Les cas avec un PCCL > 3 issus des DRG B70B, C et D sont désormais regroupés dans le DRG B70A et les cas issus des DRG B70E, F et G dans le DRG B70D. Ils sont ainsi représentés de manière conforme aux coûts.
- Dans les syndromes complexes de céphalée, dans le DRG B77 «Céphalées», des demandeurs ont noté un engagement supérieur de ressources diagnostiques en raison des méthodes d'imagerie utilisées. Celles-ci ne conviennent cependant pas en tant que critères de split.
- Une adaptation du split par âge dans le B77A de «âge < 12 ans» à «âge < 16 ans» apporte une amélioration.
- De plus, l'élargissement des critères de split avec un faible nombre de points à «Traitements complexes de médecine intensive chez l'adulte > 59 points» permet une rémunération adéquate.
- Une demande a fait état d'une représentation insuffisante de cas avec sclérose en plaques aiguë et plasmaphères associées dans le DRG de base B68 «Sclérose en plaques et ataxie cérébelleuse».
- L'examen a confirmé que cette situation s'accompagne de coûts élevés. Ce problème a été résolu en incluant et donc en revalorisant les plasmaphères en plusieurs temps (99.71.12 «Plasmaphérese thérapeutique, échange de plasma avec NaCl et colloïdes) dans les critères du DRG B68A. Les cas sont ainsi représentés de manière adéquate.

### 1.2.6 Maladies et troubles de l'œil MDC 02

- Le DRG C15Z «Autres interventions sur la rétine» affichaient des cas aux coûts élevés avec des interventions multiples.
- Grâce à un nouveau split avec le critère «Interventions en plusieurs temps ou bilatérales», ces cas se retrouvent désormais dans le DRG C15A. Les autres cas sont regroupés dans le nouveau DRG C15B.
- Un demandeur a noté que le traitement d'enfants avec rétinoblastome était sous-rémunéré dans le DRG C63B «Néoplasmes malins ou autres affections de l'œil».
- Nos analyses ont confirmé cette sous-rémunération. Nous avons donc mis en place une représentation séparée de ce groupe de cas particulier dans le nouveau DRG C63A, à l'aide des conditions d'un «diagnostic principal rétinoblastome» et «âge < 16 ans».
- Nos analyses ont révélé une rémunération non adéquate de différents cas avec un jour d'hospitalisation.
- Pour cette raison, le nouveau DRG C86Z à un jour d'hospitalisation a été établi.

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

- Les cas avec une laryngectomie radicale affichaient des coûts plus élevés que la moyenne des cas dans le DRG D24B.
- On notera que les codes 30.4X.\* «Laryngectomie radicale» comprennent déjà la dissection des ganglions cervicaux et la trachéotomie, et représentent donc une charge supplémentaire considérable.
- Un nouveau split du DRG D24B avec les codes CHOP 30.4X.\* conduit à une rémunération de ces cas en adéquation avec les coûts.

- Les 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 ...» étaient sous-rémunérés.
  - Le code 28.2X.12 a été maintenant inclus dans le split pour le DRG D13A «Contrôle d'hémorragie après tonsillectomie ou adénectomie ...».
- Les cas avec un court séjour en U-IMC n'étaient pas rémunérés de manière adéquate dans la partition médicale de la MDC 03.
  - Pour cette raison, la condition de split «Traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 119 à 184 points» a été introduite pour les adultes dans le DRG de base D87.
  - Les adultes avec plus de points et les enfants sont déjà regroupés dans le DRG de base D37 plus fortement valorisé où ils sont représentés de manière adéquate.

### 1.2.8 Maladies et troubles des organes respiratoires MDC 04

- Le DRG E65C «Maladies chroniques obstructives des voies respiratoires, plus d'un jour d'hospitalisation» présentait un nombre hétérogène de cas. Les codes CIM J44.0- «Maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures» ou «PCCL > 3» ont été examinés en tant que séparateurs de coûts potentiels.
  - Les codes CIM en question ne se sont pas révélés de bons séparateurs de coûts. Il s'en est suivi une révision des critères de split existants et l'inclusion d'autres conditions après examen.
  - Le groupe de cas avec «bronchoscopie rigide» est désormais regroupé dans le DRG E65B comme unique condition.
  - Les enfants avec «âge < 16 ans» sont revalorisés dans le DRG E65C nouvellement défini.
  - Les cas avec «CC extrêmement sévères» sont revalorisés dans le DRG E65D nouvellement défini.
  - Les cas restants sont regroupés dans le nouveau DRG E65E «Maladies chroniques obstructives des voies respiratoires et âge > 15 ans, plus d'un jour d'hospitalisation».
  - La revalorisation de ces groupes de cas conduit à une rémunération plus adaptée aux prestations au sein du DRG de base E65.
- Des mesures diagnostiques particulières dans les néoformations malignes conduisent à une sous-rémunération dans le DRG de base E63. L'attribution des codes CHOP 89.17.10 «Polysomnographie» et 89.17.11 «Polygraphie cardiorespiratoire» a été examinée.
  - Les cas avec «néoformation maligne» ont été exclus dans le DRG de base E63 «Syndrome d'apnées du sommeil ou polysomnographie cardiorespiratoire, jusqu'à 2 jours d'hospitalisation». Ainsi, les cas avec procédés diagnostiques pour néoformation maligne sont désormais affectés dans le DRG de base E71 «Néoformations des organes respiratoires, plus d'un jour d'hospitalisation».
  - Le problème de la moins-value pour prestations fournies supérieures a ainsi pu être résolu. Les situations examinées sont désormais rémunérées de manière adaptée aux coûts et aux prestations.
- Le DRG E76D «Tuberculose jusqu'à 14 jours d'hospitalisation ou pneumothorax» présentait un nombre hétérogène de cas.
  - Après examen, les cas coûteux avec les codes CIM S27.0 «Pneumothorax traumatique», S27.1 «Hémopneumothorax traumatique», S27.2 «Hémopneumothorax traumatique», T79.7 «Emphysème sous-cutané d'origine traumatique» ont pu être identifiés.

- Un split du DRG E76D avec diagnostics de complication a été mis en place.
- Ce groupe de cas a ainsi pu être revalorisé dans le code E76D nouvellement défini, ce qui a conduit à une meilleure homogénéité au sein du DRG.
- Le DRG E77C «Autres infections et inflammations des organes respiratoires avec diagnostics complexes ou CC extrêmement sévères, âge > 15 ans, plus d'un jour d'hospitalisation» présentait un nombre hétérogène de cas.
  - Les calculs analytiques ont montré qu'une revalorisation du groupe de cas avec «bronchoscopie rigide» selon la procédure dans le DRG E77A a un effet positif sur la qualité globale.
  - De plus, les cas avec le diagnostic «agents infectieux multirésistants et isolement de contact, à partir de 7 jours de traitement» ont également pu être revalorisés dans le DRG E77A.
  - Désormais, tous les cas pédiatriques avec âge < 16 ans sont regroupés sans condition dans le DRG E77B existant. Le nombre de cas du DRG E77D s'en trouve modifié, si bien que le split «âge < 1 an» a dû être supprimé pour le DRG E77D.
  - Le DRG E77F a été dissout suite aux travaux de développement.
  - Ces restructurations entraînent une rémunération plus adaptée aux coûts et aux prestations pour ces cas au sein du DRG de base E77.

### 1.2.9 Maladies et troubles de l'appareil circulatoire MDC 05

- Des interventions particulières pour l'enlèvement d'électrodes sont associées à des coûts par cas élevés (coûts d'infrastructure et de matériel).
  - Après examen, le contenu du tableau «Techniques opératoires spécifiques pour le cœur» a été révisé. Les cas avec le code CHOP 39.a1.12 «Recours à un Cutting Sheath» sont désormais rémunérés de manière adéquate et revalorisés au sein des DRG de base F01, F12 et F18.
- Nos analyses ont montré des coûts supplémentaires pour les cas dans le DRG de base «Insuffisance cardiaque et choc, plus d'un jour d'hospitalisation» qui ont nécessité un traitement supplémentaire en raison d'un épanchement pleural.
  - Pour cette raison le code 34.04 «Drainage pleural» au sein du DRG de base F62 a été revalorisé en passant du DRG F62B au DRG F62A et du DRG F62C au DRG F62B.
  - De plus, ces cas en lien avec «CC extrêmement sévères ou dialyse et agents infectieux multirésistants» sont regroupés dans le DRG F62A.
  - Le DRG F62C a été divisé et les cas avec la condition «CC sévères» ont été revalorisés.
  - Ces restructurations ont conduit à une meilleure homogénéité au sein du DRG et une représentation adaptée aux coûts et aux prestations de ces cas a été atteinte.
- Les cas avec les diagnostics I44.3 «Blocs auriculoventriculaires, autres et sans précision» et I45.5 «Autre bloc cardiaque non précisé» n'étaient jusqu'à présent pas représentés de manière adéquate dans le DRG de base F70 «Arythmie sévère et arrêt cardio-circulatoire, plus d'un jour d'hospitalisation». D'un point de vue médical, ces deux diagnostics ne peuvent cependant pas être désignés comme «arythmie sévère».
  - Ces deux diagnostics ont été dévalorisés et les cas correspondants sont désormais représentés dans le DRG F66 «Artériosclérose coronaire, arythmies cardiaques, angor ...».
- L'«hypertension pulmonaire post-embolique (HTPPE)» est une affection très rare. Des coûts matériels élevés, des temps d'intervention rallongés et la nécessité d'une surveillance ont été constatés lors du traitement interventionnel de ces cas.
  - Après examen, les cas avec angioplastie percutanée des artères pulmonaires ont été revalorisés dans le DRG de base F19 «Autre intervention transluminale percutanée sur le cœur, l'aorte

et les vaisseaux pulmonaires ou procédés particuliers» («I27.20 Hypertension pulmonaire en présence d'une thromboembolie chronique» et «39.50.- Angioplastie ou athérectomie d'autre(s) vaisseau(x) non coronaire(s)» et «00.4b.13 ITPC sur des vaisseaux pulmonaires»)

- Ainsi, les cas avec le nouveau procédé thérapeutique pour les patients avec hypertension pulmonaire postembolique sont revalorisés et représentés de manière adaptée aux coûts et aux prestations.
- La condition de split «CC extrêmement sévères» dans le DRG de base F73 «Syncope et collapsus» n'est plus un séparateur de coûts. Il était nécessaire de vérifier l'ensemble complet des cas.
  - Les cas coûteux avec court séjour en USI/U-IMC ont pu être identifiés comme de nouveaux séparateurs de coûts. Une nouvelle condition de split a été établie pour le DRG F73A «Traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 59 points».
- Le DRG F74Z «Douleur thoracique, plus d'un jour d'hospitalisation» présentait un nombre hétérogène de cas.
  - Un examen a permis d'identifier de nouveaux séparateurs de coûts. Le split du DRG a permis de revaloriser des cas avec «scintigraphie par perfusion myocardique», «traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 119 points», «dialyse» et des cas pédiatriques avec «âge < 18 ans» ou «PCCL < 3» dans le DRG F74A, ce qui a conduit à une meilleure homogénéité au sein du DRG.
- Dans la partition médicale de la MDC 05, il n'y avait jusqu'à présent pas de DRG spécifique pour les courts séjours en USI ou U-IMC. En raison du nombre de cas, il est impossible d'établir un DRG propre dans la version 9.0.
  - Avec les données 2018, un nouveau DRG F87Z «Maladies et troubles de l'appareil circulatoire avec traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 119 points ...» a pu être créé dans la partition médicale.
  - Il a ainsi été possible d'obtenir une représentation adéquate des cas avec un court séjour en USI ou U-IMC.

### 1.2.10 Maladies et troubles des organes digestifs MDC 06

- Le DRG G13Z «Autres interventions sur l'intestin ou entérostomie avec CC extrêmement sévères» présentaient quelques cas coûteux qui se distinguaient des autres cas au niveau des coûts.
  - Dans le cadre des analyses, le diagnostic K56.0 «Iléus paralytique» ou 46.79.21/.22 «Fermeture laparoscopique/chirurgicale ouverte d'autre fistule intestinale» a été identifié comme un séparateur de coûts.
  - Un nouveau split sur la base de ces critères conduit à une meilleure représentation des cas décrits.
- Des cas aux coûts hétérogènes ont été identifiés dans le DRG G17Z «Autre résection rectale sans intervention particulière».
  - L'inclusion d'un split par PCCL, comme cela avait indiqué, n'a pas pu être mise en œuvre.
  - À l'inverse, il s'est avéré que les diagnostics «Néoforations malignes» représentent un séparateur de coûts. Ce split entraîne une rémunération adéquate de ces cas.
- Un demandeur a identifié des cas sous-rémunérés avec un PCCL > 2 dans le DRG G72C, ce que nos analyses ont confirmé.

- Une adaptation du split dans le DRG G72A avec PCCL > 2 (auparavant PCCL > 3) a permis de résoudre ce problème.
- Dans le même temps, on observait cependant un manque d'hétérogénéité des coûts entre les cas de G72A et G72B. Pour cette raison, les deux DRG ont été également fusionnés en rassemblant les deux conditions de split en «PCCL > 2 ou gastroscopie/coloscopie».
- Dans une demande, il a été proposé d'examiner la possibilité d'un split par PCCL dans le DRG G70B.
- Jusqu'à présent, les cas sévères «autres affections sévères des organes digestifs» avec PCCL > 3 étaient regroupés dans le DRG de base G64.
- Ensuite, cette partie a été retirée du DRG de base G64 et tous les cas avec «autres affections sévères des organes digestifs» se regroupent dans le DRG de base G70.
- Dans ce DRG, un nouveau split avec PCCL > 3 assure un regroupement pertinent sur le plan médical et adapté aux coûts.
- Dans le DRG G38Z «Procédures de complication ou traitement complexe de soins intensifs > 196/360 points avec intervention opératoire particulière ou traitement sous vide», des cas de coûts extrêmes ont été identifiés qui, en raison du séjour en soins intensifs contenu, pouvaient être mieux représentés.
- Un nouveau split avec «Traitement complexe de soins intensifs > 196/184 points ou traitement sous vide ou réadaptation gériatrique aiguë à partir de 21 jours de traitement» représente ces cas de manière adaptée aux coûts dans le nouveau DRG G38A.
- Une intervention dans les codes CHOP s'est avérée nécessaire, car les groupes de codes 45.81.-, 45.82.- et 45.89 pour la colectomie et la proctocolectomie présentent une marge d'interprétation considérable.
- Une demande d'adaptation a déjà été déposée auprès de l'OFS.
- Les codes CHOP pour la colectomie ont par ailleurs été mis au même niveau dans le système.
- Les codes 45.81.11 «Colectomie, par chirurgie ouverte», 45.81.12 «Colectomie, par laparoscopie» et 45.89 «Colectomie totale, autre» ont été inclus dans le DRG de base G18.
- Les codes CHOP 45.82.11 «Proctocolectomie, par chirurgie ouverte» et 45.82.12 «Proctocolectomie, par laparoscopie» ont été revalorisés dans le DRG G16Z.

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

- L'examen d'une revalorisation du code 52.54 «Résection segmentaire du corps du pancréas» a été demandé. Dans nos analyses, nous avons pu démontrer que les coûts d'une résection d'un carcinome du corps du pancréas (au moyen de la procédure 52.54) correspondent aux coûts d'une résection d'un carcinome de la tête du pancréas.
- Le code 52.54 a par conséquent été inclus dans le DRG de base H01, si bien que les cas avec une résection segmentaire sont rémunérés de la même manière que les cas avec une résection de la tête du pancréas.
- Les cas avec une ablation de la vésicule biliaire et une extraction de calcul par endoscopie lors d'un même séjour sont associés à des coûts plus élevés. Cet aspect était déjà bien représenté dans le système.
- Il s'avère à présent que cette procédure représente chez les enfants une consommation plus élevée de ressources.
- Dans le DRG H07 «Cholécystectomie», les splits avec âge < 12 ans ont été adaptés: Les cas avec cholécystectomie ouverte chez les moins de 12 ans sont revalorisés en passant du DRG

H07B au DRG H07A, les cas avec cholécystectomie laparoscopique chez les moins de 12 ans sont revalorisés en passant du DRG H07C au DRG H07B.

- L'analyse a révélé des cas avec le code 50.92 «Assistance hépatique extracorporelle», qui au sein du DRG de base H87 «... traitement complexe 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», présentaient des coûts supplémentaires par rapport aux autres cas.
  - Le code 50.92 a été maintenant inclus dans le split pour le code H87A, si bien que ces cas sont désormais représentés de manière adéquate.

### 1.2.12 Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique MDC 08

- À l'initiative d'un demandeur, l'inclusion d'un nouveau split par PCCL a été examinée pour les DRG suivants: I02, I03, I04, I05, I06, I07, I08, I09, I10, I12, I13, I14, I15, I17, I20, I21, I22, I23, I27, I28, I32, I43, I44, I46, I54, I64, I65, I66, I68, I69, I72, I73, I74, I75, I76, I95 et I98.
  - Il s'est avéré que, dans la plupart des DRG, des splits par PCCL (supplémentaires) ne sont pas efficaces ou sont déjà en place. Dans le DRG de base I04 «Révision ou remplacement de l'articulation du genou avec diagnostic de complication ou arthrodèse», un split avec PCCL > 3 était séparateur de coûts. Le nouveau DRG I04A a par conséquent été créé.
- Un demandeur a souhaité l'examen des codes 78.61.11 «Ablation de matériel implanté dans les côtes et le sternum» et 78.69.2 «Ablation de matériel implanté dans les os du bassin» quant à leur effet de séparation des coûts dans le DRG de base I23 «Interventions particulières à l'exception de l'articulation de la hanche et du fémur».
  - Seuls des coûts supplémentaires insuffisants ont pu être identifiés dans le code 78.61.11. En revanche, le code 78.69.2 a été identifié comme un séparateur de coûts et inclus dans le split pour le DRG I23B.
- L'inclusion de la transplantation de chondrocytes autologues sur matrice au genou (codes 81.9A.2C et 81.9A.3C) sans autre condition dans le DRG I30B «Interventions complexes sur l'articulation du genou avec intervention particulière ou procédé particulier, âge < 16 ans» a été sollicitée dans le cadre d'une demande.
  - La transplantation autologue sur matrice justifie à elle seule une rémunération supplémentaire. Une inclusion supplémentaire unique dans le DRG I30B n'était pas justifiée. D'autres codes entraînant des coûts supplémentaires lors d'interventions au genou ont pu être identifiés. Par conséquent, les codes 79.36.40, 79.36.50, 79.36.51, 79.36.99 et 79.39.40 «réduction ouverte avec fixation interne» ont été évalués dans le DRG I30B. De plus, les codes 77.66.20 et 77.66.99 «Excision locale et destruction de lésion ou de tissu osseux, rotule» ont été inclus dans les DRG de base I18 et I30.
- Un demandeur a décrit une sous-rémunération de cas avec une 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».
  - Dans nos analyses, nous avons pu identifier les codes CHOP 81.83.39 et 81.83.49 «Refixation et plastie de l'appareil capsulo-ligamentaire de l'épaule, autre» comme des séparateurs de coûts. Ceux-ci ont maintenant été inclus dans le split pour le DRG I29B.
- Un demandeur a constaté que les interventions (en urgence) non prévues dans le DRG I46C «Implantation, remplacement ou révision d'une endoprothèse de hanche» entraînent des coûts supplémentaires.

- Nos analyses ont pu confirmer cette constatation. Le DRG I46B regroupe désormais les cas qui présentent un des diagnostics principaux suivants: S72 «Fracture du fémur», S73 «Luxation, entorse et foulure de l'articulation et des ligaments de la hanche» ou T84 «Complications de prothèses, implants et greffes orthopédiques internes».

### 1.2.13 Maladies et troubles de la peau, du tissu sous-cutané et de la glande mammaire MDC 09

- Dans la MDC 09, les tableaux de codes n'avaient plus d'effet séparateur dans plusieurs DRG. Les DRG de base au contenu similaire présentaient des cas hétérogènes au niveau des coûts et de la durée de séjour, si bien que les critères de split disponibles ne sont plus séparateurs de coûts. La représentation adéquate des cas s'en trouve de plus en plus difficile.
- Les analyses ont montré la nécessité d'une différenciation cohérente en interventions à plusieurs temps et plusieurs côtés ainsi qu'en interventions coûteuses et petites dans l'affectation aux DRG, afin d'atteindre un nombre de cas homogène sur le plan médical.
- La révision de la MDC 09 avec actuellement au total 48 DRG n'est pas encore définitive. Dans un premier temps, la restructuration s'est concentrée sur les interventions de la glande mammaire.
- Restructuration – Grandes interventions sur la glande mammaire:
  - Le code DRG J16Z «Mastectomie bilatérale pour néoformation maligne» a été supprimé.
  - Les grandes interventions sur la glande mammaire sont réunies et regroupées avec une différenciation supplémentaire dans les DRG de base:
    - J06 «Mastectomie avec implantation de prothèse ou chirurgie plastique pour néoformation maligne»,
    - J23 «Grandes interventions bilatérales sur la glande mammaire pour néoformation maligne avec plastie réparatrice ou implant ou lymphadénectomie», et
    - J14 «Plastie reconstructive de la glande mammaire pour néoformation maligne».
  - Les cas avec «mastectomie bilatérale» ont pu être revalorisés à l'aide d'un split dans le nouveau DRG J06A.
  - Les cas avec «intervention bilatérale» ont pu être revalorisés à l'aide d'un split dans le nouveau DRG J23A.
- Restructuration – petites interventions sur la glande mammaire:
  - Regroupement de petites interventions sur la glande mammaire pour néoformation maligne dans le DRG J25Z «Petites interventions sur la glande mammaire pour néoformation maligne»
  - Le DRG J07Z «Petites interventions sur la glande mammaire avec excision de ganglions lymphatiques axillaires ou avec CC extrêmement sévères lors de néoformation maligne» a été supprimé.
- Restructuration – interventions sur la glande mammaire sans néoformation maligne:
  - Les 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» ont été fusionnés, car la condition de split n'était plus un séparateur de coûts.
- Restructuration – peau:
  - Split du DRG J64C «Infection/inflammation de la peau et du tissu sous-cutané, âge > 15 ans, plus d'un jour d'hospitalisation». Le DRG J64C a été divisé par le séparateur

de coûts proposé «PCCL de 3». Il n'a pas été possible d'identifier d'autres séparateurs de coûts efficaces.

#### 1.2.14 Maladies et troubles des organes urinaires MDC 11

- Selon une demande, différents cas étaient sous-rémunérés dans le DRG L60D «Insuffisance rénale, plus d'un jour d'hospitalisation».
- Par la suite, une insuffisance rénale aiguë de stade 3 a pu être identifiée comme séparateur de coûts. Pour cette raison, le DRG L60D a été divisé en DRG L60D et L60E avec les diagnostics d'une insuffisance rénale aiguë de stade 3.
  
- Un demandeur a indiqué une rémunération non adéquate potentielle de cas avec les diagnostics N10 «Néphrite tubulo-interstitielle aiguë» ou N13.6 «Pyonéphrose» dans le DRG L63B «Infections des organes urinaires avec CC extrêmement sévères ...».
- Le diagnostic N10 n'était pas adapté en tant que séparateur de coûts. À l'inverse, les cas avec le diagnostic N13.6 affichaient des coûts supplémentaires et ont donc été revalorisés. Ce diagnostic a servi à diviser le DRG L63B en DRG L63B et L63C.
  
- Des coûts supplémentaires potentiels de cas avec le diagnostic N13.6 «Pyonéphrose» faisaient également l'objet d'une autre demande, cette fois dans le DRG L20D «Interventions transurétrales sauf résection de la prostate et urétérorénoscopies complexes, plus d'un jour d'hospitalisation».
- Nos analyses ont confirmé les coûts supplémentaires dans ces cas. D'autres cas avec des inflammations aiguës affichaient également des coûts plus élevés. Pour cette raison, les cas avec «sepsis ou inflammations aiguës de l'appareil urinaire» ont été revalorisés dans le DRG L20B.

#### 1.2.15 Organes génitaux masculins MDC 12

- Dans le DRG M04, il y a un très grand nombre d'«interventions sur le testicule» avec seulement un jour d'hospitalisation.
- Ces cas sont désormais représentés dans le DRG M04D d'un jour d'hospitalisation qui présente la condition «âge > 2 ans» pour continuer à représenter les cas de nouveau-nés/enfants à part dans le DRG M04B.

#### 1.2.16 Organes génitaux féminins MDC 13

- Dans les cas d'endométriose, il a été noté qu'une hystéroscopie diagnostique dévie les interventions laparoscopiques sur l'utérus et les structures de soutien, aux coûts plus élevés, de N11 vers N09Z. Cela signifie une sous-rémunération pour une utilisation supplémentaire de ressources.
- Il s'agit d'interventions du groupe 68.12.\* «endoscopie diagnostique de l'utérus et des structures de soutien» qui sont consultées dans le DRG N09Z et donc avant le N11B.
- Ce problème a été résolu en inversant l'ordre de consultation. Les cas sont affectés au bon DRG en fonction de leur consommation de ressources.
  
- Les DRG O01B et C «Césarienne avec plusieurs diagnostics de complication ...» présentaient à plusieurs reprises un nombre très faible de cas.
- Pour cette raison, les DRG O01B et O01C ont été fusionnés en DRG O01B «Césarienne avec plusieurs diagnostics de complication, durée de la grossesse jusqu'à 33 semaines ou avec

thérapie intra-utérine ou procédures complexes ou diagnostics de complication ou CC extrêmement sévères».

### 1.2.17 Grossesse, naissance et suites de couches MDC 14

- Un demandeur a sollicité l'examen de l'inclusion d'un split par PCCL (supplémentaire) dans les DRG suivants: O01, O02, O04, O05, O06, O60, O61, O62 et O65.
- Dans la plupart des DRG en question, un split par PCCL (supplémentaire) s'est avéré non efficace ou était déjà en place. La qualité du système a cependant pu être améliorée par l'introduction d'un split dans le DRG O02Z «Accouchement par voie basse avec intervention coûteuse ...» au moyen d'un PCCL > 3.
- L'inclusion des codes CHOP 73.7X.11 et 73.7X.12 «Traitement hospitalier avant l'accouchement durant la même hospitalisation, 3 à 13 jours de traitement» dans les DRG de base et split des DRG suivants a été demandée: O01, O02, O38, O50, O60 et O65.
- Depuis la version 9.0, le traitement hospitalier avant l'accouchement était représenté dans le DRG de base O50 «Traitement hospitalier avant l'accouchement à partir de 14 jours de traitement». Désormais, dans la version 10.0, même les cas à partir d'une durée de traitement d'au moins 7 jours sont représentés dans le DRG O50. De plus, un nouveau split du DRG O50B a été établi pour donner un nouveau DRG O50B et un nouveau DRG O50C au moyen d'une durée de traitement d'au moins 14 jours.
- Des coûts journaliers considérablement plus élevés de cas avec un jour d'hospitalisation ont été identifiés dans le DRG de base O65 «Autre cause d'hospitalisation prénatale».
- Pour cette raison, un nouveau DRG O65D à un jour d'hospitalisation qui assure la représentation adéquate de ces cas a été établi.

### 1.2.18 Nouveau-nés MDC 15

- Les nouveau-nés sont regroupés en premier lieu sur la base de leur poids à la naissance ou à l'admission ou encore selon les interventions cardiothoraciques ou les points de traitement de soins intensifs. Dans certains DRG, il était difficile de différencier ces cas de manière adéquate. Depuis SwissDRG 9.0, il existe une possibilité de différenciation supplémentaire à l'aide de l'âge gestationnel (AG) dans des DRG particuliers. Avec les données de l'année 2018, l'âge gestationnel a été saisi dans les 3/4 des cas compris dans la MDC 15, ce qui a permis un contrôle de l'âge gestationnel comme séparateur de coûts.
- De nombreux calculs analytiques avec différents échelons de l'âge gestationnel ont été entrepris dans tous les DRG de la MDC 15. Suite à cette analyse, l'âge gestationnel a pu être établi comme un critère de split dans un autre DRG, le P03A, avec un âge gestationnel < 30 semaines. Les splits actuels par âge gestationnel se sont avérés des séparateurs de coûts stables. Cela a permis une représentation adéquate de cas coûteux.
- Des cas coûteux particuliers avec faible nombre de points de traitement complexe de soins intensifs ou traitement complexe en unité de soins intermédiaires n'étaient pas représentés de manière adéquate dans la MDC 15.
- Les cas avec traitement complexe de soins intensifs ou traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196 points dans tous les DRG de la MDC 15 ont fait l'objet d'une analyse, à la suite de laquelle, la caractéristique «Traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196 points» a pu être établie dans trois DRG comme séparateurs de coûts. Cela a permis une représentation adéquate de cas coûteux.

- P67A «Nouveau-né, poids à l'admission > 2499 g avec problèmes sévères ou âge gestationnel < 35 semaines ou traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196 points, ou avec un autre problème, plus d'un jour d'hospitalisation ou avec procédure opératoire non significative, avec diagnostic de complication ou situation particulière, âge gestationnel < 35 semaines»
- P66B «Nouveau-né, poids à l'admission 2000 - 2499 g ou poids à l'admission > 2499 g avec situations particulières, avec ventilation artificielle > 24 et < 96 heures ou avec problème sévère, ou traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196 points»
- P60B «Nouveau-né, décédé ou transféré < 5 jours après admission sans procédure opératoire significative, ou avec ventilation artificielle > 24 et < 96 heures ou traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196 points»
- Des cas coûteux particuliers avec opérations sur hernie n'étaient pas représentés de manière adéquate dans le DRG P67C «Nouveau-né, poids à l'admission > 2499 g avec autre problème, plus d'un jour d'hospitalisation ou avec procédure opératoire non significative, avec situation particulière».
  - Des cas avec opérations sur hernie ont pu être revalorisés dans le DRG P67B «Nouveau-né, poids à l'admission > 2499 g avec problème grave ou avec autre problème, plus d'un jour d'hospitalisation ou avec procédure opératoire non significative, avec diagnostic de complication ou situation particulière», si bien que ces cas sont représentés de manière adéquate.
- Des cas particuliers au traitement coûteux n'étaient pas représentés de manière adéquate dans le DRG P67D «Nouveau-né, poids à l'admission > 2499 g».
  - Les cas avec des traitements particuliers, tels que l'isolement de contact par exemple, sont désormais revalorisés dans le DRG P67C «Nouveau-né, poids à l'admission > 2499 g avec autre problème, plus d'un jour d'hospitalisation ou avec procédure opératoire non significative, avec situation particulière».
- Les DRG P64Z «Nouveau-né, poids à l'admission 1250 - 1499 g» et P63Z «Nouveau-né, poids à l'admission 1000 - 1249 g ou avec ventilation artificielle > 47 et < 96 heures ou traitement complexe en U-IMC > 392 points» contenaient des cas avec une consommation similaire de ressources.
  - Le DRG P64Z a été supprimé et le nombre de cas correspondant regroupé dans le DRG P63Z «Nouveau-né, poids à l'admission 1250 - 1499 g». Il en résulte une représentation adéquate des groupes de cas concernés et une meilleure homogénéité du DRG P63Z.

### 1.2.19 Maladies infectieuses et parasitaires MDC 18B

- 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'était plus un séparateur de coûts.
  - Les cas aux coûts similaires sont regroupés par fusion des DRG T64B et T64C.
- Le DRG T63C «Autres affections virales, plus d'un jour d'hospitalisation» présentait un nombre hétérogène de cas.
  - Un groupe de cas coûteux avec séjours courts aux soins intensifs/IMCU a pu être identifié dans la partition médicale. Il n'était pas possible d'établir un DRG spécifique en raison du nombre de cas. Ces cas ont ainsi été affectés 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». Le critère de split des DRG T60A/B/C a ensuite également été adapté.

### 1.2.20 Maladies et troubles psychiques MDC 19

- Des interventions particulières lors d'un transsexualisme ne sont jusqu'à présent pas représentées dans le DRG de base U01 «Opération de changement de sexe».
- Pour cette raison, les codes CHOP 85.37 «Mastectomie lors de gynécomastie»; 85.39 «Mammoplastie de réduction et mastectomie sous-cutanée, autre» ainsi que 85.95 «Insertion d'expandeur tissulaire au niveau du sein» ont été inclus dans la logique du DRG de base U01.
- Le groupe de codes 64.5 «Opération pour transformation de sexe», à l'inverse, était surévalué dans le DRG U01B «Opération de changement de sexe avec intervention coûteuse».
- Pour résoudre ce problème, les codes 64.51 et 64.52 ont été retirés du split pour le DRG U01B. De plus, les DRG U01A et U01B ont pu être fusionnés.
- La limite d'âge dans le split pour le DRG U60A «Maladies et troubles psychiques, âge < 16 ans ou acte diagnostique neurologique complexe, un jour d'hospitalisation» s'est révélée ne plus être un bon séparateur de coûts.
- Pour cette raison, la limite d'âge pour le DRG U60A a été adaptée à «âge < 18 ans» et ces cas sont ainsi représentés de manière adéquate.

### 1.2.21 Blessures, empoisonnements MDC 21B

- De nombreux cas à un jour d'hospitalisation s'avéraient présenter des structures de coûts similaires au sein de la MDC 21B.
- Un nouveau DRG X86 d'un jour d'hospitalisation au début de la partition médicale regroupe ces cas et entraîne une modification positive de la qualité du système dans sa globalité.
- Un split supplémentaire avec séjour en soins intensifs et U-IMC de 60-119 points dans le DRG X86A améliore considérablement la représentation de ces cas.

### 1.2.22 Brûlures MDC 22

- Des cas particuliers avec une brûlure et «décédé < 1 jour après admission» se sont avérés sous-rémunérés.
- Une affectation de ces cas au DRG Y63Z «Brûlures, un jour d'hospitalisation» n'a pas permis une rémunération adéquate. À présent, tous les cas sont regroupés dans le DRG de base Y02 avec la caractéristique «décédé < 5 jours après admission» et sont représentés de manière adéquate et adaptée aux coûts dans le DRG Y02A.
- Ces restructurations ont permis de mieux représenter les coûts supplémentaires considérables de ces cas.

### 1.2.23 Facteurs influant sur l'état de santé et autre mise à contribution de la santé publique MDC 23

- Des cas coûteux dans la MDC 23 ne sont pas représentés de manière à couvrir les coûts. En outre, le DRG Z65B «Troubles, symptômes, autres anomalies et suivi thérapeutique, plus d'un jour d'hospitalisation» présentait des cas non homogènes en coûts.
- Des restructurations complètes ont été réalisées dans 6 DRG de la MDC 23.

- Les cas avec «traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196/119 points» sont désormais revalorisés dans le DRG de base Z02.
- Dans le DRG de base Z64 «état après transplantation», un split enfants «âge < 18 ans» a été inclus pour le DRG Z64A.
- Dans le DRG Z65A, la «dialyse» a pu être identifiée comme critère de split supplémentaire.
- Ces restructurations entraînent une meilleure homogénéité au sein de la MDC 23. Les domaines de prestations particuliers de la médecine intensive et de la pédiatrie sont mieux représentés et reçoivent une rémunération adaptée aux coûts.

### 1.3 Aperçu de la matrice CCL

- Aucune réévaluation de diagnostics supplémentaires n'a été réalisée pour la version Swiss-DRG 10.0.
- Le perfectionnement de la matrice CCL exige un nouveau logiciel de développement qui est en cours d'élaboration.
- Des analyses préparatoires ont été réalisées (voir méthode de calcul).
- Une différenciation supplémentaire des cas avec complications/comorbidités extrêmement sévères est prévue pour les cas complexes.
- Les possibilités de modification dans la matrice CCL sont:
  - Adaptation de la formule de calcul pour PCCL
    - Range (par ex. extension valeurs de PCCL 5/6)
    - Shift (les valeurs PCCL plus élevées sont atteintes plus tard)
  - Réévaluation des diagnostics
    - Évaluation individuelle de DRG
  - Révision du tableau d'exclusion

### 1.4 Rémunérations supplémentaires

#### 1.4.1 Rémunérations supplémentaires – nettoyage des coûts

Les codes CHOP ou ATC de la définition des rémunérations supplémentaires ont été utilisés pour identifier les cas à nettoyer qui contenaient des prestations pouvant donner lieu à des rémunérations supplémentaires. Les cas pour lesquels aucun nettoyage adéquat n'était possible ont été exclus du calcul.

Dans l'ensemble, un nettoyage des coûts à hauteur de 102 451 064,85 CHF au total a été entrepris pour 20 823 cas issus des données de calcul.

#### 1.4.2 Nouvelles rémunérations supplémentaires

Les rémunérations supplémentaires suivantes ont été établies:

- Sofosbuvir et velpatasvir, voie orale
- Midostaurine, voie orale

Les rémunérations supplémentaires suivantes sont désormais évaluées à part:

- Tocilizumab, voie sous-cutanée
- Tocilizumab, voie intraveineuse

Les rémunérations supplémentaires suivantes ont été supprimées:

- Micafungine, voie intraveineuse

- Ofatumumab, voie intraveineuse

Dans les rémunérations supplémentaires suivantes, de nouvelles voies d'administration ont pu être établies:

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

Plus de 2 prix différents par unité sont enregistrés pour maintenant 3 rémunérations supplémentaires:

- Lénalidomide
- Pomalidomide
- Riociguat, voie orale

De nouvelles classes posologiques pédiatriques ont été établies pour 5 rémunérations supplémentaires:

- Fibrinogène, voie intraveineuse
- Facteur de coagulation VIII, plasmatique, voie intraveineuse
- Pegfilgrastim, voie sous-cutanée
- Védolizumab, voie intraveineuse
- Défibrotide, voie intraveineuse

Une extension vers le bas des classes posologiques pédiatriques a été entreprise pour 4 rémunérations supplémentaires:

- Immunoglobuline de l'hépatite B, voie intraveineuse/sous-cutanée/intramusculaire
- Antithrombine III, voie intraveineuse
- Immunoglobulines (de lapin) anti-lymphocytes, CTG, voie intraveineuse
- Immunoglobulines (de lapin) anti-lymphocytes, CFR, voie intraveineuse

Les classes posologiques existantes dans les classes posologiques pédiatriques ont été modifiées dans les rémunérations supplémentaires suivantes:

- Voriconazole, voie orale
- Voriconazole, voie intraveineuse

Les classes posologiques pédiatriques ont été validées pour les adultes dans la rémunération supplémentaire suivante:

- Vémurafénib, voie orale

Certaines classes posologiques pédiatriques ont été supprimées dans les rémunérations supplémentaires suivantes:

- Voriconazole, voie orale
- Voriconazole, voie intraveineuse

En outre, la liste des diagnostics d'hémophilie a été élargie aux codes suivants:

- D68.33 «Troubles hémorragiques dus aux coumarines (antagonistes de la vitamine K)»
- D68.34 «Troubles hémorragiques dus aux héparines»
- D68.35 «Troubles hémorragiques dus à d'autres anticoagulants»

- D68.8 «Autres anomalies précisées de la coagulation»
- D69.80 «Troubles hémorragiques dus à des antiagrégants plaquettaires»
- D69.88 «Autres affections hémorragiques précisées»

En outre, le tableau des colis a également été élargi aux codes suivants:

- 39.79.51 «Embolisation sélective par filtres (parapluie), vaisseaux du membre supérieur»
- 39.79.52 «Embolisation sélective par filtres (parapluie), aorte»
- 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»
- 39.79.59 «Embolisation sélective par filtres (parapluie), autres vaisseaux, autre»
- 39.79.58 «Embolisation sélective par filtres (parapluie), vaisseaux rachidiens»

### 1.5 Aperçu de la procédure de demande 2018

Dans le cadre de la procédure de demande, 222 demandes ont été déposées au total en 2018 pour le perfectionnement du système de forfait par cas SwissDRG. Parmi elles, 144 ont été appliquées, soit un taux de mise en œuvre de 65%.

### 1.6 Conclusion

Avec la version SwissDRG 10.0, une structure tarifaire différenciée dont l'utilisation permet une rémunération adéquate et adaptée aux prestations en fonction de la gravité du cas a été établie pour toutes les catégories hospitalières.

De larges restructurations pour une meilleure représentation de cas très coûteux, par exemple pour les grands brûlés et les patients en traitement intensif de longue durée ou pour les cas de réadaptation précoce, ont conduit à une qualité de représentation considérablement plus élevée des cas de traitement spécialisé et hautement spécialisé. D'autres adaptations dans le domaine de la néonatalogie et de la médecine pédiatrique améliorent de manière marquée leur représentation différenciée. Les cas des cliniques pédiatriques indépendantes sont rémunérés en adéquation avec les coûts engagés.

Pour pouvoir atteindre d'autres améliorations substantielles dans le cadre du développement de la structure tarifaire, il est nécessaire de se concentrer encore sur l'amélioration de la qualité des données. De manière générale, la détermination des coûts en lien avec les cas nécessite une amélioration importante pour toutes les typologies hospitalières. Cela concerne aussi bien le calcul des coûts par cas en prenant en compte la différenciation du fichier des coûts par cas selon le relevé de l'unité finale d'imputation REKOLE® que le codage de ces prestations.

La différenciation uniforme des prestations de service public dans toute la Suisse n'est toujours pas établie et a une influence directe sur la hauteur absolue des coûts d'exploitation à l'hôpital.

## 2. Méthode de calcul

La méthode de calcul détaillée est disponible dans le document «Méthode de calcul». La méthode de calcul de la version 10.0, comparée à la méthode de calcul de la version 9.0, demeure inchangée.

### 2.1 Détermination des cost-weights

Pour la version SwissDRG 10.0, 1064 DRG ont été calculés dans le résultat sur la base des données suisses.

Pour 15 DRG, les données de l'année précédente ont également été utilisées en raison d'un nombre trop faible de cas. Pour 6 autres DRG, des cas issus de trois années de données (2018/2017/2016) ont été pris en compte. Les cas des années précédentes n'ont pu être pris en compte que si une nette distinction dans les données de l'année précédente était possible. Cette considération est remplie en particulier lorsqu'aucune restructuration n'a été entreprise dans les DRG concernés.

Les cost-weights sont calculés selon la même méthode que pour la version 9.0. Comme pour la version précédente, un cost-weight est calculé en divisant les coûts moyens des inliers d'un DRG par la valeur de référence. Les coûts d'utilisation des installations ont été, comme les autres composantes de coûts, intégrés dans le calcul des cost-weights.

### 2.2 Calcul de la valeur de référence

Le nombre de cas de la collecte des données SwissDRG (la collecte 2019 des données 2018 comprend 91,7% des cas de toute la Suisse dans le domaine d'application de SwissDRG) permet le calcul de la valeur de référence au moyen des données SwissDRG. Les cas appartenant au domaine d'application sont ici pris en compte.

La valeur de référence a été choisie de telle sorte que, pour une année de données identique, la somme des cost-weights effectifs (casemix) des cas groupés avec la version 10.0 corresponde à la somme des cost-weights effectifs de ces cas avec la version 9.0:

$$\text{Casemix}_{\text{Version 10.0}}^{\text{Données 2018}} = \text{Casemix}_{\text{Version 9.0}}^{\text{Données 2018}}$$

La valeur de référence pour la version SwissDRG 10.0 s'élève à 10 320 CHF. Pour la version 9.0, une valeur de référence de 10 428 CHF a été déterminée.

### 2.3 Calcul des suppléments et réductions

Les suppléments et réductions pour la version 10.0 sont calculés selon la même méthode que pour la version 9.0.

434 DRG ont été calculés en s'écartant de la méthode habituelle de calcul des suppléments pour high-outliers. Dans ces DRG, le supplément high-outliers a été relevé en adaptant le facteur des coûts marginaux ou calculé sur la base de la médiane des coûts moyens par jour des high-outliers. Pour relever le facteur des coûts marginaux, les coûts différentiels totaux sont pris en compte pour le calcul du supplément (le facteur de coûts marginaux est relevé de 0,7 à 1.0).

Pour la version 10.0, il en résulte 197 DRG implicites d'un jour d'hospitalisation, contre 196 DRG implicites d'un jour d'hospitalisation pour la version 9.0.

## Annexe A: chiffres-clés concernant le développement du système

### Introduction

L'annexe suivante présente les principaux chiffres-clés, par ex. l'érosion des données, du développement du système de la structure tarifaire SwissDRG version 10.0.

### Base des données

Les données globales de la statistique médicale de l'Office fédéral de la statistique contenaient les données de 176 hôpitaux de médecine somatique aiguë contre 177 l'année précédente. Sur la même période, l'échantillon des hôpitaux du réseau de SwissDRG est passé de 117 à 131 hôpitaux suisses de soins aigus.

**Tableau 1: Nombre d'hôpitaux**

	Version 10.0 Données 2018	Version 9.0 Données 2017
<b>Hôpitaux du réseau</b>	131	117
<b>Données globales</b>	176	177

Au total, 1 172 590 cas pertinents pour le système SwissDRG ont été fournis par les hôpitaux du réseau, ce qui correspond à tout juste 91.7% des cas suisses de médecine somatique aiguë.

**Tableau 2: Nombre de cas livrés**

		Version 10.0 Données 2018	Version 9.0 Données 2017
<b>Hôpitaux du réseau</b>	<i>Livrés</i>	1 176 405	1 142 165
	<i>Domaine d'application SwissDRG</i>	1 172 590	1 139 777
<b>Données globales</b>	<i>Livrés</i>	1 339 647	1 336 749
	<i>Domaine d'application SwissDRG</i>	1 278 241	1 275 168

Pour la version 10.0, 23 875 cas privés ou semi-privés ont été exclus des cas livrés. Pour ces cas, aucune adaptation des coûts supplémentaires dus à la classe d'assurance n'était possible ou les cas ne remplissaient pas les conditions mentionnées pouvant empêcher une exclusion. Pour la version 9.0, 24 274 cas privés ou semi-privés avaient été exclus.

Durant la phase de contrôle de la plausibilité, 84 346 cas (7,3% de la base de données avant contrôle de la plausibilité) ont été identifiés comme non plausibles. 4 hôpitaux/cliniques ont été notamment complètement exclus. En outre, des exclusions partielles clairement délimitées ont été entreprises dans différents hôpitaux. Les données rendues plausibles correspondent à la base de données pour le

développement de la structure tarifaire SwissDRG 10.0. Ainsi, 90,4% des cas livrés à SwissDRG SA pour le perfectionnement de la structure tarifaire ont pu être utilisés.

Le calcul des cost-weights pour la version 10.0 a été réalisé sur 1 063 220 cas de l'année 2018 plus 431 cas de l'année 2017 et 100 cas de l'année 2016.

**Tableau 3: Érosion des données**

Total des données	Relevé SwissDRG	
1 339 647	1 176 405	Cas livrés
↓	↓	- Psychiatrie / Réadaptation - Cas ambulatoires - Sortie en dehors de la période du relevé
1 278 241	1 172 590	Cas dans le domaine d'application (y compris maisons de naissances)
	↓	- Cas privés non utilisables - Cas sans coûts complets
	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)
		+ 431 cas provenant des données 2017 + 100 cas provenant des données 2016

} Développement du système

### Nombre de DRG

**Tableau 4: Nombre de DRG et rémunérations supplémentaires**

	Version 10.0 Données 2018	Version 9.0 Données 2017
Nombre total de DRG	1068	1056
DRG facturables	1064	1052
DRG pour maisons de naissance	8	7
DRG non évalués, annexe 1	0	0
Rémunérations supplémentaires évaluées, annexe 2	135	135
Rémunérations supplémentaires non évaluées, annexe 3	1	1

## Qualité du système

La qualité de la structure tarifaire SwissDRG est mesurée par la réduction de la variance ( $R^2$ ). La  $R^2$  mesure la part de dispersion des coûts des cas qui est expliquée par la classification. Plus la  $R^2$  est élevée, plus la qualité du système est bonne.

La dispersion totale des coûts peut être divisée en deux composantes:

- La dispersion expliquée par le classement dans les DRG, c'est-à-dire la variance entre les DRG;
- La dispersion non expliquée, c'est-à-dire la variance des coûts au sein d'un DRG.

$$\frac{1}{n} \sum_{i=1}^p \sum_{j=1}^{n_i} (x_{ij} - \bar{x})^2 = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^p n_i (\bar{x}_i - \bar{x})^2 + \frac{1}{n} \sum_{i=1}^p \sum_{j=1}^{n_i} (x_{ij} - \bar{x}_i)^2$$

Dispersion totale
Dispersion expliquée
Dispersion non expliquée

Où:

- $x_{ij}$ : Coûts du cas j dans le DRG i
- $\bar{x}_i$ : Coûts moyens du DRG i
- $n_i$ : Nombre de cas dans le DRG i
- $\bar{x}$ : Coûts moyens pour tous les cas
- $n$ : Nombre de cas
- $p$ : Nombre de DRG

Le coefficient  $R^2$  résulte de la division de la dispersion expliquée par la dispersion totale:

$$R^2 = \frac{\text{dispersion expliquée}}{\text{dispersion totale}}$$

Le coefficient  $R^2$  est compris entre 0 et 1. Un coefficient  $R^2$  égal à 1 signifie que tous les cas dans un DRG présentent les mêmes coûts. La dispersion totale est expliquée par les seules différences de coûts entre les DRG. Un coefficient  $R^2$  égal à 0 signifie que la moyenne des coûts de tous les DRG est identique et que la variance vient des seules différences de coûts dans les DRG.

Le tableau 5 montre le  $R^2$  des données de calcul et des inliers pour les versions SwissDRG 9.0 et 10.0, respectivement sur la base des données qui ont été utilisées pour le développement. Étant donné que la base de données utilisée n'est pas la même, la variation du  $R^2$  représente non seulement l'effet du perfectionnement du Grouper, mais aussi un effet des données 2017 sur les données 2018.

**Tableau 5: coefficient R<sup>2</sup> des données de calcul 2018 et 2017 (y compr. CUI)**

	Version 10.0 Données 2018	Version 9.0 Données 2017	Delta
<b>Tous les cas</b>	0,733	0,722	1,5%
<b>Inliers</b>	0,847	0,841	0,7%

Le tableau 6 montre la même analyse, sur la base des données 2018, aussi bien pour la version 10.0 que la version 9.0. Par conséquent, le tableau 6 montre le seul effet du perfectionnement du Grouper sur le R<sup>2</sup>. La quantité d'inliers est ici délimitée selon la version 10.0 et la même quantité est utilisée également pour les évaluations selon la version 9.0. Cette même méthode a déjà été utilisée dans les évaluations précédentes pour maintenir la comparabilité entre les versions.

**Tableau 6: coefficient R<sup>2</sup> - effet du perfectionnement du Grouper (données de calcul 2018, y compr. CUI)**

	Version 10.0 Données 2018	Version 9.0 Données 2018	Delta
<b>Tous les cas</b>	0,733	0,718	2,1%
<b>Inliers (selon 10.0)</b>	0,847	0,838	1,0%

**Remarque:**

Le R<sup>2</sup> est un paramètre technique utilisé pour améliorer et développer le groupement. Il s'agit d'une indication statistique de la qualité du groupement, mais pas de la qualité d'une rémunération basée dessus. Il n'y a pas de relation directe entre cette valeur et l'adéquation de la rémunération.