



Modifications de la version
SwissDRG 11.0
par rapport à la version 10.0

- Collecte des données
- Traitement des données
- Développement du Groupier
- Méthode de calcul

Table des matières

INTRODUCTION	3
1. COLLECTE DES DONNÉES	3
1.1. ADAPTATION DU CODAGE MÉDICAL.....	3
1.2. SAISIE DES SUBSTANCES ET MÉDICAMENTS ONÉREUX	3
1.3. RELEVÉ DÉTAILLÉ.....	3
2. TRAITEMENT DES DONNÉES	4
2.1. FICHER DES COÛTS PAR CAS	4
2.2. CORRECTION SUR LA BASE DES COMPOSANTES DE COÛTS.....	4
2.3. EXAMEN DE LA PLAUSIBILITÉ DES CAS.....	4
2.4. QUALITÉ DES DONNÉES DU RELEVÉ DÉTAILLÉ	5
3. DÉVELOPPEMENT DU GROUPE	6
3.1. APERÇU DES AXES DE DÉVELOPPEMENT DE LA VERSION 11.0	6
3.1.1. <i>Logiciel de développement</i>	6
3.1.2. <i>Perfectionnement du PCCL</i>	6
3.1.3. <i>Paraplégie</i>	11
3.2. RÉVISION DE LA CLASSIFICATION DRG	11
3.2.1. <i>Cas très coûteux</i>	11
Médecine intensive	11
Traitement sous vide	11
3.2.2. <i>Paraplégie</i>	12
3.2.3. <i>Restructurations inter-MDC – pré-MDC</i>	12
Traitement complexe de médecine palliative	12
Transplantation cardiaque/VAD	13
3.2.4. <i>Autres restructurations indépendantes des MDC</i>	13
Transplantation	13
Traitement de la douleur aiguë	13
Septicémie	14
Thrombolyse sélective.....	14
Radiothérapie peropératoire.....	14
Pacemaker gastrique pour la gastroparésie	15
3.2.5. <i>Maladies et troubles du système nerveux MDC 01</i>	15
3.2.6. <i>Maladies et troubles de l'œil MDC 02</i>	17
3.2.7. <i>Maladies et troubles de l'oreille, du nez, de la bouche et de la gorge MDC 03</i>	18
3.2.8. <i>Maladies et troubles des organes respiratoires MDC 04</i>	19
3.2.9. <i>Maladies et troubles de l'appareil circulatoire MDC 05</i>	19
3.2.10. <i>Maladies et troubles des organes digestifs MDC 06</i>	22
3.2.11. <i>Maladies et troubles du système hépatobiliaire et du pancréas MDC 07</i>	23
3.2.12. <i>Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique MDC 08</i>	24
3.2.13. <i>Maladies et troubles de la peau, du tissu sous-cutané et de la glande mammaire MDC 09</i>	26
3.2.14. <i>Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques MDC 10</i>	27
3.2.15. <i>Maladies et troubles des organes urinaires MDC 11</i>	28
3.2.16. <i>Organes génitaux masculins MDC 12</i>	29
3.2.17. <i>Organes génitaux féminins MDC 13</i>	30
3.2.18. <i>Grossesse, naissance et suites de couches MDC 14</i>	30
3.2.19. <i>Nouveau-nés MDC 15</i>	30
3.2.20. <i>Affections du sang, des organes hématopoïétiques et du système immunitaire MDC 16</i>	30
3.2.21. <i>Néoplasmes hématologiques et solides MDC 17</i>	31
3.2.22. <i>VIH MDC 18A</i>	31
3.2.23. <i>Maladies infectieuses et parasitaires MDC 18B</i>	31
3.2.24. <i>Rémunérations supplémentaires – nettoyage des coûts</i>	31
3.2.25. <i>Nouvelles rémunérations supplémentaires</i>	31

3.3.	APERÇU DE LA PROCÉDURE DE DEMANDE 2020	33
3.4.	CONCLUSION.....	33
4.	MÉTHODE DE CALCUL	35
4.1.	DÉTERMINATION DES COST-WEIGHTS	35
4.2.	CALCUL DE LA VALEUR DE RÉFÉRENCE	35
4.3.	CALCUL DES SUPPLÉMENTS ET RÉDUCTIONS	35
ANNEXE A:	CHIFFRES-CLÉS CONCERNANT LE DÉVELOPPEMENT DU SYSTÈME	36
	INTRODUCTION	36
	BASE DES DONNÉES.....	36
	NOMBRE DE DRG	37
	QUALITÉ DU SYSTÈME.....	38

Introduction

Le présent document fait état des changements qui ont été entrepris entre la version 11.0 (données de 2019) et la version 10.0 (données de 2018) dans le processus de traitement pour la création de la structure tarifaire. Les changements concernent la collecte et le traitement des données 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 Swiss-DRG 11.0. Les données détaillées concernant les différents points peuvent être consultées dans les documents respectifs.

1. Collecte des données

La collecte des données et la documentation correspondante (voir document 03b: Directives données 2019, partie A, Format et contenu des données source) ont été modifiées comme suit:

- Adaptation aux instruments de codage en vigueur en 2019
- Perfectionnement continu du relevé détaillé des coûts pour les médicaments onéreux, les implants, les procédés, les produits sanguins et autres procédures

1.1. Adaptation du codage médical

Les classifications suivantes étaient en vigueur pour l'année des données 2019:

- CIM10 GM 2018
- CHOP 2019

1.2. Saisie des substances et médicaments onéreux

La liste des médicaments/substances à relever dans la statistique médicale a été modifiée concernant les données 2019 par l'ajout ou le retrait de certaines substances.

1.3. Relevé détaillé

La liste des médicaments, implants et procédures à coûts élevés du relevé détaillé a été adaptée. Seules des adaptations minimales, telles que l'alignement des codes CHOP consultés à la nouvelle version, étaient nécessaires. En particulier, aucune nouvelle fiche n'a été ajoutée.

2. Traitement des données

Le processus de traitement des données est présenté dans le document Directives données 2019, partie B. Le processus a été légèrement révisé par rapport à la version précédente. Comme les années précédentes, l'examen de la plausibilité des cas a été adapté aux nouvelles classifications et perfectionné.

2.1. Fichier des coûts par cas

Les hôpitaux ont dû fournir les données de coûts de 2019 dans le format à 80 colonnes, comme l'année précédente (voir annexe D de la partie A).

2.2. Correction sur la base des composantes de coûts

Comme dans la version précédente, les coûts dans la version 11.0 ont été ajustés exclusivement sur la base des différentes composantes des coûts. Concrètement, cela signifie que le montant à corriger n'est pas déduit des coûts totaux, mais que les coûts sont corrigés là où ils ont été réellement encourus. Comme les coûts totaux sont constitués de la somme des différentes composantes de coûts, cette correction a également un impact sur les coûts totaux. Cela garantit une meilleure comparabilité des composantes de coûts, puisque, par exemple, les coûts pour les rémunérations supplémentaires sont corrigés directement sur les composantes de coûts concernées (par exemple, les médicaments, les implants).

Après avoir identifié les cas autorisant des rémunérations supplémentaires, le montant à corriger par cas est déterminé. Ce montant est basé sur l'évaluation des rémunérations supplémentaires et des informations fournies dans les données relatives aux prestations (par exemple, la dose de médicaments, la durée de la dialyse continue). Le montant déterminé est ensuite déduit de la composante des coûts respective. Pour ce faire, les informations fournies par les hôpitaux dans le questionnaire de livraison des données sont également utilisées. Il s'agit d'informations sur la comptabilisation de coûts en lien avec les rémunérations supplémentaires pour diverses procédures.

Tous les hôpitaux n'ont pas de coûts pour la recherche et formation universitaire (RFU), ou alors corrigent les coûts encourus en interne avant la livraison des données à SwissDRG SA. Aucune correction n'a dû être effectuée par SwissDRG SA.

2.3. Examen de la plausibilité des cas

Après réception, contrôle de la structure et importation des données, les données de chaque hôpital ont été soumises à un examen de plausibilité afin de détecter les erreurs systématiques dans la saisie des données et d'identifier les cas probablement incorrects. Les résultats des tests ont été mis à la disposition des hôpitaux via une interface sécurisée et spécifique à chaque hôpital. Le retour rapide d'informations aux hôpitaux permet d'apporter les corrections éventuellement nécessaires de cas ainsi qu'une nouvelle livraison dans le délai normal de livraison et contribue ainsi à l'amélioration de la qualité des données. En outre, la fonction commentaire permet aux hôpitaux de fournir des explications sur les cas signalés. SwissDRG SA cherche régulièrement à avoir des discussions approfondies avec les différents hôpitaux pour parler des problèmes systématiques et pour les sensibiliser à la qualité des données livrées.

La logique de l'examen de plausibilité a été développée dans le cadre de l'élaboration de la version 11.0 de SwissDRG. Le retour d'informations des hôpitaux de l'année précédente et l'expérience tirée du développement de la version 10.0 de SwissDRG ont également été pris en compte.

2.4. Qualité des données du relevé détaillé

De manière générale, pour pouvoir utiliser un relevé détaillé reçu, il faut également disposer d'au moins 1 cas de cet hôpital afin de prendre en compte ce prix dans le calcul. Du côté de SwissDRG SA, les relevés détaillés concernant les médicaments sont vérifiés dès la livraison afin de s'assurer que les informations détaillées correspondantes sont également disponibles pour tous les cas livrés avec des médicaments et vice versa. Malheureusement, cela n'est pas possible pour les implants, car ceux-ci ne peuvent être affectés spécifiquement à des codes CHOP. On note également que certaines prestations ne sont proposées que par très peu d'hôpitaux. Les procédures requièrent un calcul complexe des coûts à l'hôpital, et il est difficile pour de nombreux hôpitaux de fournir ce travail dans la qualité souhaitée.

Dans le cas des médicaments, il faut également mentionner que bon nombre des rémunérations supplémentaires correspondent au prix de la LS et que de nombreux hôpitaux affichent également ce prix. Ceux-ci sont maintenant aussi explicitement indiqués dans le document sur le détail des rémunérations supplémentaires. De plus, en raison de l'adaptation continue de la LS, un prix qui était valable lors du relevé au printemps n'est plus nécessairement actuel lorsque les rémunérations supplémentaires sont actualisées en été/automne ou lorsqu'une nouvelle comparaison avec la LS est réalisée au mois de janvier suivant. Un autre point est que les différents hôpitaux continuent de fournir des prix qui correspondent manifestement au prix de la LS sans TVA. SwissDRG SA le signale aux hôpitaux, mais ces prix ne peuvent pas être utilisés par la suite. Il en va de même lorsque le prix du comprimé ou du flacon individuel est saisi au lieu du prix de la boîte. Dans le cadre du retour immédiat sur le relevé détaillé, les hôpitaux sont informés des prix trop élevés (par rapport à la LS), ainsi que des prix ostensiblement bas, ou encore lorsqu'ils ont fourni un prix ostensiblement différent pour une même boîte l'année précédente. Les hôpitaux ont la possibilité de faire des commentaires à ce sujet. Dans le présent perfectionnement, les hôpitaux sont contactés en cas d'anomalies dans les différents domaines et sensibilisés aux points correspondants, afin d'obtenir une meilleure saisie dans le prochain relevé détaillé.

Dans le cadre de la livraison des données, les hôpitaux sont informés des divergences décrites ci-dessus. En outre, la saisie des rémunérations supplémentaires et le relevé détaillé sont également des sujets abordés dans le cadre des visites d'hôpitaux. En 2020, 3 visites ont eu lieu. En outre, les hôpitaux reçoivent désormais un retour d'information sur les raisons pour lesquelles chaque cas n'a pas été utilisé, notamment les cas qui n'ont pas pu être utilisés pour l'élaboration des rémunérations supplémentaires.

3. Développement du Grouper

3.1. Aperçu des axes de développement de la version 11.0

Concernant les axes de développement, on notera en particulier le perfectionnement de la formule PCCL pour lequel la mise en œuvre d'un nouveau logiciel de développement a été nécessaire. De plus, la représentation des cas très coûteux a été améliorée. Les cas déficitaires ont à nouveau 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 pour la représentation. Il en résulte de meilleures possibilités de représentation en particulier pour les patients en traitement intensif à long terme, les opérations en plusieurs temps ainsi que les cas avec réadaptation précoce ou traitements sous vide.

Comme auparavant, le perfectionnement dans le domaine de la médecine pédiatrique faisait partie des axes principaux. L'accent a également été mis sur une meilleure représentation des cas très complexes de paraplégie. Le traitement complexe de médecine palliative a été à nouveau soumis à un examen approfondi dans le cadre de sa classification actuelle dans la structure tarifaire SwissDRG.

3.1.1. Logiciel de développement

La version V11.0 a été élaborée à l'aide d'un logiciel de développement interne qui remplace la solution précédente adoptée pratiquement sans changement par l'InEK il y a de nombreuses années. Ce logiciel est un outil autonome hautement intégré grâce auquel il n'est désormais plus nécessaire d'utiliser plusieurs outils distincts, ce qui permet d'augmenter la cadence de simulation. Cette évolution en interne permet une adaptation plus souple du logiciel aux exigences liées au développement du système. Par exemple, le langage du Grouper peut être modifié de manière à permettre une formulation plus simple et plus compréhensible des règles de regroupement de même que leur extension.

Le perfectionnement de la formule PCCL a permis d'une part d'ouvrir la voie à des analyses approfondies jusque-là impossibles et, d'autre part, de préparer parfaitement le système pour les développements futurs dans ce domaine également. Un éditeur CCL simplifié facilite l'édition de la matrice CCL.

L'assurance qualité profite elle aussi de ce nouveau système: les domaines de travail sont désormais vérifiés et validés dès la phase de développement. La documentation du processus de développement, elle aussi intégrée, permet en outre d'améliorer la qualité du développement et d'en suivre plus facilement l'évolution.

3.1.2. Perfectionnement du PCCL

Le travail commencé l'année dernière en lien avec la représentation des cas avec complications et comorbidités (CC) en utilisant la matrice CCL et le PCCL a été poursuivi pour la version 11.0. Des simulations et des analyses de scénarios ont permis d'identifier les futures possibilités de représentation de cas complexes et multimorbides. L'adaptation correspondante de la formule PCCL peut être décrite comme suit:

- Modification de la pondération des diagnostics supplémentaires ($\alpha = 0,3$):

En particulier, les cas présentant de nombreux diagnostics supplémentaires pertinents (avec $CCL > 0$) peuvent être ainsi mieux délimités.

- Modification de l'échelle PCCL:

La formule PCCL comprend désormais un déplacement qui entraîne une dépréciation générale de la fourchette de valeurs PCCL utilisée jusqu'à présent. De plus, la fourchette de valeurs PCCL

est désormais complétée par les valeurs 5 et 6. Cette extension crée de nouvelles possibilités de développement en termes de différenciation pour les cas plus complexes dans la fourchette PCCL supérieure.

- Suite linéaire de la formule PCCL:

Une suite linéaire (plutôt que logarithmique) de la fonction dans la fourchette des cas plus complexes (à partir de PCCL=3) garantit que, dans le cas de plusieurs diagnostics supplémentaires, une augmentation de la somme des valeurs CCL pondérées a un effet proportionnel sur le PCCL et n'est pas réduite encore plus par le logarithme comme c'était le cas auparavant.

Les dépendances entre les quatre principaux instruments CC (formule PCCL, matrice CCL, exclusions et splits PCCL dans le Grouper) sont très élevées. Suite au développement de la formule PCCL, les splits PCCL existants ont été vérifiés. Des splits PCCL supplémentaires ont déjà pu être mis en œuvre dans la version V11.0, notamment des splits avec les seuils 5 et 6. La matrice CCL et les exclusions ont fait l'objet d'un travail approfondi qui sera poursuivi lors du développement de la version 12.0.

En résumé, 58 splits PCCL ont été révisés, 36 nouveaux splits PCCL ont été établis et 272 diagnostics réévalués. Alors que dans la version SwissDRG 10.0, 231 nœuds de décision au total dans l'algorithme de regroupement contenaient une condition PCCL, dans la nouvelle version SwissDRG 11.0, 244 nœuds de décision prennent en compte une condition PCCL.

- L'établissement de nouveaux splits PCCL avec la condition PCCL 5 & 6 «CC les plus sévères» a conduit à une meilleure différenciation des cas très complexes. Cette nouveauté a ainsi été mise en œuvre dans les DRG suivants.
 - A04A «*Transplantation de moelle osseuse ou transfusion de cellules souches, allogène, âge < 18 ans ou avec traitement complexe d'agents infectieux multirésistants à partir de 14 jours de traitement ou traitement complexe de soins intensifs > 360 points ou avec CC les plus sévères*»
 - A07B «*Ventilation artificielle > 499 heures avec procédure opératoire complexe ou traumatisme multiple ou traitement sous vide complexe ou âge < 16 ans ou traitement complexe de soins intensifs > 1764/2484 points avec CC les plus sévères*»
 - A11A «*Ventilation artificielle > 249 h avec situations complexes, ou ventil. artif. > 95 h avec situations hautement complexes particulières, ou âge < 16 ans ou avec CC les plus sévères, ou situations très coûteuses, ou proc. opér. coûteuses avec âge < 16 ans*»
 - A11B «*Ventilation artificielle > 249 h avec situations complexes, ou ventilation artificielle > 95 h avec situations complexes particulières ou brûlures les plus graves, âge > 15 ans ou avec CC sévères*»
 - A15A «*Transplantation de moelle osseuse ou transfusion de cellules souches, autologue, âge < 18 ans ou avec traitement complexe de soins intensifs > 360 points ou intervention multiple ou avec CC les plus sévères*»
 - A17A «*Transplantation rénale avec défaillance postopératoire du greffon rénal ou âge < 18 ans ou transplantation ABO-incompatible ou avec CC les plus sévères*»
 - A36A «*Traitement complexe de soins intensifs > 980/1104 points pour maladies et troubles particuliers, ou procédure opératoire complexe, ou plus de 8 séances d'irradiation, ou avec CC les plus sévères*»
 - A90A «*Traitement complexe en U-IMC > 1176/1104 points ou procédure opératoire complexe ou plus de 8 séances d'irradiation ou réadaptation précoce à partir de 14 jours de traitement pour maladies particulières ou avec CC les plus sévères*»
 - A93A «*Radiothérapie, plus de 8 séances d'irradiation avec procédure opératoire complexe ou traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 184 points ou avec CC les plus sévères*»

- A94B «*Traitement complexe en cas de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants à partir de 14 jours de traitement ou âge < 16 ans ou traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196/119 points ou diagnostics particuliers ou avec CC les plus sévères*»
 - A95B «*Réadaptation gériatrique aiguë, à partir de 14 jours de traitement ou traitement neurologique complexe d'accident vasculaire cérébral aigu ou avec CC les plus sévères, avec procédure opératoire particulière ou traitement complexe de soins intensifs > 184 points*»
 - A95C «*Réadaptation gériatrique aiguë, à partir de 14 jours de traitement ou traitement neurologique complexe d'accident vasculaire cérébral aigu ou avec CC les plus sévères, avec limitation sévère des fonctions motrices ou intervention particulière*»
 - A95D «*Réadaptation gériatrique aiguë, à partir de 14 jours de traitement ou traitement neurologique complexe d'accident vasculaire cérébral aigu ou avec CC les plus sévères*»
 - H63A «*Affections du foie sauf néoformation maligne, cirrhose hépatique et hépatites non infectieuses particulières ou séjour d'évaluation avant transplantation hépatique avec CC extrêmement sévères ou procédure de complication, et diagnostic complexe ou CC les plus sévères, plus d'un jour d'hospitalisation*»
 - I08A «*Autres interventions sur l'articulation de la hanche et le fémur, CC extrêmement sévères avec intervention multiple ou procédure complexe, ou diagnostic complexe, ou CC les plus sévères ou âge < 12 ans*»
- L'établissement supplémentaire des conditions de split PCCL 3 & 4 a été mis en œuvre dans les DRG suivants.
- A97A «*Traitement complexe de médecine palliative, à partir de 7 jours de traitement avec procédure complexe ou traitement complexe de médecine palliative, à partir de 21 jours de traitement avec situations complexes*»
 - A97B «*Traitement complexe de médecine palliative, à partir de 7 jours de traitement avec procédure complexe ou de complication et traitement complexe de médecine palliative, à partir de 14 jours de traitement ou traitement complexe à partir de 21 jours avec intervention opératoire ou traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196/184 points*»
 - B69A «*Accident ischémique transitoire (AIT) et occlusion de vaisseaux extracrâniens, avec traitement neurologique complexe d'accident vasculaire cérébral aigu > 72 heures ou traitement neurologique complexe avec CC extrêmement sévères*»
 - B69C «*Accident ischémique transitoire (AIT) et occlusion de vaisseaux extracrâniens, avec autre traitement neurologique complexe d'accident vasculaire cérébral aigu ou acte diagnostique neurologique complexe ou CC extrêmement sévères*»
 - D09A «*Tonsillectomie pour néoformation maligne avec CC sévères ou diverses interventions sur l'oreille, le nez, la bouche et la gorge avec CC sévères*»
 - D66A «*Autres maladies de l'oreille, du nez, de la bouche et la gorge avec CC sévères, plus d'un jour d'hospitalisation*»
 - E75A «*Autres maladies des organes respiratoires, âge < 18 ans ou avec CC extrêmement sévères, plus d'un jour d'hospitalisation*»
 - F31D «*Autres interventions cardiothoraciques avec CC extrêmement sévères*»
 - F51A «*Implantation endovasculaire d'endoprothèse (stent) aortique complexe ou implantation d'endoprothèse (stent) particulière ou diagnostic particulier, et insertion d'au moins 3 stents ou CC extrêmement sévères*»
 - G04A «*Petites interventions sur l'intestin grêle et le côlon avec CC extrêmement sévères*»

- G13A «Autres interventions sur l'intestin ou entérostomie avec CC extrêmement sévères ou diagnostic particulier ou procédure particulière»
 - G17A «Autre résection rectale sans intervention particulière avec CC sévères»
 - G21A «Intervention pour adhérences avec CC extrêmement sévères»
 - G67C «Diverses maladies des organes digestifs ou hémorragie gastro-intestinale ou ulcère duodéal avec CC sévères ou trouble de la coagulation»
 - G71A «Autres affections moyennement sévères des organes digestifs, avec CC sévères et plus d'un jour d'hospitalisation»
 - H62A «Affections du pancréas sauf néoformation maligne avec CC extrêmement sévères et plus d'un jour d'hospitalisation, ou CC sévères avec diagnostic particulier»
 - H64B «Affections de la vésicule biliaire et des voies biliaires avec CC sévères»
 - I43A «Implantation d'une endoprothèse du genou avec CC extrêmement sévères ou remplacement particulier de prothèse»
 - I61A «Maladies et troubles du tissu musculosquelettique et conjonctif avec CC extrêmement sévères ou chimiothérapie complexe, âge < 16 ans et un jour d'hospitalisation»
 - I87A «Maladies et troubles du tissu musculosquelettique et conjonctif avec CC extrêmement sévères ou ventilation > 24 heures ou traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196 points ou certaines combinaisons de traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 184 points»
 - K09A «Autres procédures pour maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques, avec CC extrêmement sévères ou diagnostic supplémentaire particulier ou procédure opératoire complexe ou irradiation avec CC sévères ou âge < 10 ans»
 - K62A «Diverses maladies métaboliques lors de para/tétraplégie ou état après transplantation ou avec CC sévères ou âge < 6 ans, plus d'un jour d'hospitalisation»
 - S61 de base «Affections lors de VIH avec CC extrêmement sévères»
 - V02A «Dépendance, intoxication, troubles multiples du comportement avec démence ou délire et trouble psychique dû à des troubles de la fonction cérébrale ou CC extrêmement sévères, plus d'un jour d'hospitalisation»
- En raison du changement en lien avec la formule pour certains cas avec PCCL 1- 4, les splits PCCL existants ont été examinés. Un ajustement des conditions de split de PCCL 4 à 3 a été effectué dans les DRG suivants.
- B04B «Interventions sur les vaisseaux extracrâniens, fermeture de communication interauriculaire ou stimulateur cardiaque avec CC sévères ou lors d'un infarctus cérébral»
 - B64A «Délire avec CC sévères et plus d'un jour d'hospitalisation»
 - D09 de base «Tonsillectomie pour néoformation maligne ou diverses interventions sur l'oreille, le nez, la bouche et la gorge avec CC sévères»
 - D60A «Néoformations malignes à l'oreille, au nez, à la bouche et dans la gorge, plus d'un jour d'hospitalisation, avec CC sévères»
 - D62A «Épistaxis ou otite moyenne ou infections des voies respiratoires supérieures et âge > 2 ans et âge < 12 ans ou procédures de complication ou diagnostic particulier, plus d'un jour d'hospitalisation»
 - D67A «Maladies des dents et de la cavité buccale sans extraction ni réparation dentaires, pour état après transplantation ou CC sévères et plus d'un jour d'hospitalisation»
 - E64B «Insuffisance respiratoire ou embolie pulmonaire avec CC sévères, plus d'un jour d'hospitalisation»
 - E73A «Épanchement pleural avec CC sévères, plus d'un jour d'hospitalisation»

- E75A «Autres maladies des organes respiratoires, âge < 18 ans ou avec CC extrêmement sévères, plus d'un jour d'hospitalisation»
- E75B «Autres maladies des organes respiratoires avec CC sévères, âge > 17 ans, plus d'un jour d'hospitalisation»
- F41A «Actes diagnostiques cardiologiques invasifs pour infarctus du myocarde aigu avec CC sévères»
- F60A «Infarctus du myocarde aigu sans actes diagnostiques cardiologiques invasifs avec CC sévères»
- F67A «Hypertension avec CC sévères»
- F69A «Valvulopathies avec CC sévères»
- F70A «Arythmie sévère et arrêt cardio-circulatoire, avec CC sévères»
- F75A «Autres maladies du système circulatoire avec traitement complexe en U-IMC > 184 points ou traitement complexe lors d'une amputation à partir de 14 jours de traitement ou âge < 18 ans avec CC sévères»
- G12A «Autres procédures opératoires sur les organes digestifs avec procédure opératoire complexe et CC sévères ou réadaptation gériatrique aiguë à partir de 21 jours de traitement ou CC extrêmement sévères»
- G18A «Interventions sur l'intestin grêle et le côlon ou autre intervention sur l'estomac, l'œsophage et le duodénum sans radiothérapie, avec intervention hautement complexe ou diagnostic ou procédure de complication ou CC sévères»
- G29A «Autre radiothérapie pour les maladies et troubles des organes digestifs avec CC sévères, plus d'un jour d'hospitalisation»
- G64A «Maladie intestinale inflammatoire avec CC sévères et plus d'un jour d'hospitalisation»
- H41A «CPRE avec CC sévères ou thérapie photodynamique»
- I69A «Maladies des os et arthropathies avec CC sévères et plus d'un jour d'hospitalisation»
- I73A «Suivi thérapeutique d'affections du tissu conjonctif, avec CC sévères ou adaptation prothétique, plus d'un jour d'hospitalisation»
- I75A «Blessures graves des membres avec CC sévères, plus d'un jour d'hospitalisation»
- I76A «Autres affections du tissu conjonctif avec CC sévères, plus d'un jour d'hospitalisation»
- J08 de base «Autre transplantation de peau ou débridement avec diagnostic complexe ou avec intervention supplémentaire au niveau de la tête et de la gorge ou CC sévères»
- J08A «Autre transplantation de peau ou débridement avec diagnostic complexe ou avec intervention supplémentaire au niveau de la tête et de la gorge, avec CC sévères»
- K64B «Endocrinopathies, âge > 15 ans avec diagnostic complexe ou CC sévères ou radio-iododiagnostic complexe ou procédure particulière, plus d'un jour d'hospitalisation»
- L60A «Insuffisance rénale, plus d'un jour d'hospitalisation, avec dialyse, défaillance rénale aiguë et CC sévères ou avec dialyse et défaillance rénale aiguë ou CC sévères, âge < 16 ans»
- L60B «Insuffisance rénale, plus d'un jour d'hospitalisation, avec dialyse et défaillance rénale aiguë ou CC sévères, âge > 15 ans»
- L60C «Insuffisance rénale, plus d'un jour d'hospitalisation, avec dialyse ou CC sévères»
- L63A «Infections des organes urinaires avec CC sévères ou limitation sévère des fonctions motrices, et pyonéphrose ou âge < 6 ans, plus d'un jour d'hospitalisation»
- L63B «Infections des organes urinaires avec CC sévères ou limitation sévère des fonctions motrices, âge > 5 ans, plus d'un jour d'hospitalisation»

- M01 de base «Grandes interventions sur les organes du bassin chez l'homme ou intervention particulière sur les organes du bassin chez l'homme avec CC sévères»
- N05A «Ovariectomies et interventions complexes sur les trompes utérines sauf lors de néoformation maligne, avec CC sévères»
- N60A «Néoformation maligne des organes génitaux féminins, âge < 16 ans ou CC extrêmement sévères, plus d'un jour d'hospitalisation»
- T61A «Infections postopératoires et post-traumatiques avec procédure de complication ou diagnostic de complication ou CC sévères, plus d'un jour d'hospitalisation»
- T62A «Fièvre d'étiologie inconnue avec CC sévères, plus d'un jour d'hospitalisation»
- X60A «Blessures et réactions allergiques avec CC sévères, plus d'un jour d'hospitalisation»

3.1.3. Paraplégie

Un groupe de cas nécessitant beaucoup de ressources a pu être identifié dans le système SwissDRG pour la paraplégie. Alors que les cas avec premiers soins suite à une lésion de la moelle épinière sont représentés de manière adéquate dans la structure tarifaire SwissDRG, le perfectionnement actuel s'est concentré sur la représentation de cas de paraplégie en lien avec un traitement complexe de patients paraplégiques. Pour plus d'informations, notamment sur les autres restructurations, voir paragraphe 3.2.2 «Paraplégie»

3.2. Révision de la classification DRG

3.2.1. Cas très coûteux

Médecine intensive

- Une analyse intensive a montré une sous-rémunération pour les cas pédiatriques de soins intensifs avec un nombre très élevé de points de traitement complexe de soins intensifs ou de traitement complexe en unité de soins intermédiaires dans la MDC 15.
- Les cas pédiatriques avec > 9800 points de traitement complexe de soins intensifs ou de traitement complexe en unité de soins intermédiaires ont été déplacés vers la pré-MDC dans le DRG de base A06 «Ventilation artificielle > 999 heures ou > 499 heures et situations très coûteuses ou situations complexes particulières ou traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 4410/4600 points ou traitement complexe de soins intensifs particulier avec points de traitement complexe en unité de soins intermédiaires».
- On remarque également dans les données de 2019 des cas très coûteux avec un nombre très élevé de points de traitement complexe de soins intensifs dans le DRG de base A11.
- Les cas avec traitement complexe de soins intensifs > 1470/1656 points sont revalorisés dans le DRG de base A11 «Ventilation artificielle > 249 h, ou ventilation artificielle > 95 h ou traitement complexe de soins intensifs > 196/552 points avec situations particulières ou situations très coûteuses ou brûlures graves», sans autres conditions ces cas rejoignent ainsi les DRG A11A et A11C.

Traitement sous vide

- Les analyses individuelles de cas coûteux avec utilisation multiple de traitement sous vide ont montré qu'ils n'atteignent pas la condition pour la fonction «Traitement sous vide». Ils ne présentent que peu ou pas d'interventions chirurgicales.
- Le code CHOP 54.25 «*Lavage péritonéal*» a été inclus comme procédure opératoire et est maintenant représenté dans la fonction «*Traitement sous vide*» et «*Opérations particulières en quatre temps*». Cela a permis d'obtenir une rémunération adaptée aux coûts.

3.2.2. Paraplégie

La difficulté de représentation de cas avec un traitement complexe de patients paraplégiques réside dans la très grande hétérogénéité de ces cas. Selon la hauteur et l'étendue de la lésion de la moelle épinière, il en résulte une perte de fonction pouvant aller jusqu'à la paralysie complète des bras et des muscles respiratoires, des muscles du tronc et des jambes, ainsi qu'une perte des fonctions végétatives. Les patients ont besoin de soins très coûteux et d'une réadaptation intensive, souvent en lien avec des traitements/opérations de médecine somatique aiguë (par exemple, plasties par lambeaux, implantation de neurostimulateurs, traitements des infections). Ainsi, il est extrêmement difficile de distinguer les cas aigus des cas de réadaptation.

Après la première phase d'une paraplégie, les séjours hospitaliers peuvent se répéter, par exemple pour des opérations supplémentaires ou en cas de maladies aiguës nécessitant une nouvelle réadaptation ultérieure.

Un traitement de réadaptation des patients paraplégiques doit le plus souvent être effectué dans une approche interdisciplinaire (physiothérapie, ergothérapie, thérapie physique, prise en charge psychologique, orthophonie, travail social, etc.) afin d'atteindre à nouveau la plus grande autonomie individuelle possible et une bonne qualité de vie pour les patients.

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

L'hétérogénéité de ce groupe de cas décrite ici peut être représentée de manière optimale dans le système SwissDRG en utilisant différents codes CHOP opératoires et non opératoires (le cas échéant aussi en combinaison avec des diagnostics particuliers). Un nouveau DRG de base A46 «*Traitement complexe du patient paraplégique*» a été créé pour ce faire dans la pré-MDC. Parmi les critères de split séparateurs de coûts, on trouve en particulier le traitement de soins infirmiers complexes, les séjours en soins intensifs, les interventions chirurgicales complexes et particulières, la ventilation invasive en unité de soins intensifs ou en dehors et d'autres procédures de complication.

En résumé, une représentation de ce sous-domaine hautement spécialisé de la réadaptation dans le système SwissDRG sert à la rémunération différenciée et adaptée aux coûts de ces cas hétérogènes et représente de manière adéquate le parcours clinique avec des traitements médicaux aigus répétés. Il n'est pas nécessaire de recourir à des définitions complexes pour différencier les cas aigus des cas de réadaptation avec plusieurs splits de cas.

3.2.3. Restructurations inter-MDC – pré-MDC

Traitement complexe de médecine palliative

Une fois encore, des analyses approfondies ont été réalisées pour les cas de médecine palliative sur la base des données de 2019.

Une dissolution du DRG de base A97 dans le pré-MDC et une affectation de ces cas aux MDC correspondantes en fonction des diagnostics principaux n'ont pas donné de résultat positif à l'échelle de tout le système. En outre, un examen approfondi a été réalisé pour déterminer si une différenciation des

cas de médecine palliative sur la base de la caractéristique «procédure opératoire» ou «traitement médical» en deux DRG de base différents et des critères de split correspondants permettent d'atteindre une meilleure représentation des cas. Ici aussi, les analyses ont montré une baisse de la qualité de représentation pour l'ensemble du système.

- Au sein du DRG de base existant A97, il a finalement été possible d'identifier des cas de figure individuels qui présentaient des faiblesses dans la représentation.
- Les cas «à partir de 28 jours de traitement» associés à un «PCCL > 3» ou à un «traitement de soins infirmiers complexes à partir de 51 points» ont été revalorisés dans le DRG A97B.
- En revanche, les cas avec «traitement de soins infirmiers complexes à partir de 51 points» ou un traitement complexe de médecine palliative «à partir de 28 jours de traitement» et «procédures opératoires complexes» présentent une consommation plus élevée de ressources et ont été revalorisés dans le DRG A97A.
- De plus, les cas avec un traitement complexe de médecine palliative à partir de 28 jours de traitement ont pu être revalorisés en passant du DRG A97D au DRG A97C.

Transplantation cardiaque/VAD

- Les analyses ont montré que les cas de transplantation cardiaque et d'implantation préalable d'un VAD (*Ventricular Assist Device*) sont sous-rémunérés.
- Ces cas sont revalorisés dans le DRG A05A «*Transplantation cardiaque ou pulmonaire ou séparation de jumeaux siamois avec ventilation artificielle > 179 heures ou transplantation rénale, âge < 18 ans, ou procédure particulière avec ventilation artificielle > 95 heures ou < 500 heures ou traitement complexe de soins intensifs > 196/552 points*» en lien avec les heures de ventilation artificielle ou les points de traitement complexe de soins intensifs particulier.

3.2.4. Autres restructurations indépendantes des MDC

Transplantation

- La demande de révision des cas avec évaluation en vue d'une transplantation cardiaque ou d'une transplantation cœur-poumons a été examinée.
- Les analyses ont fait apparaître que l'évaluation complète et la réévaluation en vue de la transplantation cœur-poumons sont représentées de manière adéquate.
- Les cas avec une réévaluation en vue d'une transplantation hépatique ont été revalorisés dans le DRG H61A et le DRG de base H63.
- L'évaluation complète en vue de la transplantation du pancréas a pu être revalorisée dans le DRG K60A.
- Les cas avec une évaluation complète ou une réévaluation en vue d'une transplantation cardiaque ont été établis dans les DRG F49B et F69B.

Traitement de la douleur aiguë

- Lors de la procédure de demande, il nous a été demandé une nouvelle fois de contrôler la représentation des cas avec un «*traitement complexe de douleur aiguë*» dans toutes les «*fonctions*» ainsi que dans le DRG de base.
- L'analyse des données a montré une rémunération adéquate du «*traitement complexe des douleurs aiguës, de > 48 heures à 6 jours de traitement*».

- Le code CHOP 93.A3.32 «*Traitement complexe des douleurs aiguës, d'au moins 7 à 13 jours de traitement*» s'est révélé sous-rémunéré et a pu être intégré dans la fonction «*Procédures de complication*».
- En outre, l'inclusion de la fonction «*procédures de complication*» comme critère de split dans les DRG I06A et E05A garantit une rémunération adéquate des cas.

Septicémie

- En raison des nouvelles règles de codage de la septicémie selon les critères du score SOFA depuis 2019, les données de l'année ont été examinées et ont montré une forte augmentation des cas avec un DP Septicémie, avec en particulier le diagnostic de septicémie A41.9 «*Septicémie, sans précision*» coder en DP ou DS. Cela a conduit à une distorsion des données de coût et de prestation de cas de sepsis sévère très coûteux et des cas de sepsis léger moins coûteux.
- En conséquence, le code CIM A41.9 «*Septicémie, sans précision*» a été dévalorisé.
- SwissDRG AG a initié une révision des règles de codage pour la septicémie dans un groupe de travail avec l'OFS.

Thrombolyse sélective

- La demande de revalorisation appropriée et adaptée aux coûts du traitement thrombolytique à assistance échographique bilatérale du code CHOP 39.75.16 «*Intervention vasculaire transluminale percutanée, autres vaisseaux, thrombolyse sélective, assistance échographique*» a fait l'objet d'une analyse inter-MDC. Un nombre important de cas étaient présents surtout dans les MDC 04 et 05.
- Aucun coût supplémentaire n'a pu être démontré dans les données de 2019 pour les interventions bilatérales.
- Les cas avec thrombolyse sélective ont été revalorisés dans la MDC 04/le DRG E02A «*Autres procédures opératoires sur l'appareil respiratoire avec procédure particulière ou âge < 16 ans*».
- De plus, ces cas ont pu être également revalorisés dans le DRG F59D «*Interventions vasculaires complexes ou moyennement complexes avec intervention endovasculaire particulière ou thrombolyse sélective*» dans la MDC 05.

Radiothérapie peropératoire

- L'analyse des données a montré que des cas avec radiothérapie peropératoire (IORT) code CHOP 92.29.24 «*Brachythérapie par implantation peropératoire de sources radioactives amovibles dans plusieurs plans, haut débit de dose*» ne sont pas suffisamment représentés dans le système SwissDRG. Ces cas se sont avérés très complexes et ont nécessité une prise en charge par une équipe de traitement multidisciplinaire.
- Les cas avec le code CHOP 92.27.40 «*Implantation ou insertion peropératoires d'élément radioactif (brachythérapie par des sources scellées de radionucléides)*»; 92.29.24 «*Brachythérapie par implantation peropératoire de sources radioactives amovibles dans plusieurs plans, haut débit de dose*» ont été revalorisés dans les MDC suivantes:
- MDC 06/G37Z «*Intervention multiviscérale pour maladies et troubles des organes digestifs ou traitement complexe de soins intensifs > 196/360 points ou traitement intraopératoire particulier*».
- MDC 09/J06A «*Mastectomie bilatérale avec implantation de prothèse ou chirurgie plastique pour néoformation maligne ou traitement intraopératoire particulier*».

- MDC 13/N33Z «Interventions en plusieurs temps ou procédures de complication ou traitement sous vide avec intervention opératoire particulière pour maladies et troubles des organes génitaux féminins».
- MDC 17/R01B «Interventions opératoires pour néoformations hématologiques et solides et plus d'un jour d'hospitalisation avec procédure complexe ou de complication ou CC extrêmement sévères, avec procédure particulière ou âge < 18 ans».

Pacemaker gastrique pour la gastroparésie

- Dans le cadre de la procédure de demande 2020, une rémunération supplémentaire a été demandée pour l'implantation d'un pacemaker gastrique.
- Jusqu'à présent, ces cas étaient rémunérés au sein de la MDC 06 dans le DRG G12C «Autres procédures opératoires sur les organes digestifs».
- À présent, les cas avec le code CHOP 44.99.80 «Implantation et remplacement de pacemaker gastrique (y c. sondes)» se retrouvent désormais dans le DRG B21C «Implantation d'un autre neurostimulateur ou d'électrodes intracrâniennes» dans la MDC 01.
- L'implémentation d'une rémunération supplémentaire ne s'est pas avérée pertinente dans les données 2019; avec le regroupement, les cas sont rémunérés de manière adéquate.

3.2.5. Maladies et troubles du système nerveux MDC 01

- La révision complexe de la MDC 01 commencée lors du développement de la version 10.0 a été poursuivie. Certains tableaux n'étaient toujours pas structurés de manière pertinente sur le plan médical et il y avait beaucoup de recouvrements entre différents tableaux.
- En revanche, beaucoup de tableaux ont été complètement nettoyés dans un premier temps, tout particulièrement les tableaux dans les DRG de base B17 «Interventions sur les nerfs périphériques et les nerfs cérébraux ou intervention complexe sur la peau ou ablation d'implants» et B20 «Craniotomie ou grande opération de la colonne vertébrale». Cela a permis de réduire fortement la quantité de codes dans différents tableaux et de supprimer certains tableaux. En conséquence, il y a eu également des déplacements de cas qui ont nécessité d'autres restructurations.
- Des splits ont été simplifiés dans le DRG de base B17. La division du DRG B17A n'a pas pu être maintenue en raison du faible nombre de cas, c'est pourquoi les anciens DRG B17A et DRG B17B ont été fusionnés pour créer un nouveau DRG B17A «Interventions sur les nerfs périphériques et les nerfs crâniens avec intervention complexe».
- Dans les DRG de base B09 «Autres interventions sur le crâne», un nouveau split «traitement de soins infirmiers complexes/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 119 points» ou «traitement de soins infirmiers complexes > 30 points» a pu être créé pour un nouveau DRG B09A.
- Dans le DRG de base B21 «Implantation d'un neurostimulateur», de nouveaux cas ont été ajoutés dans lesquels seules des électrodes intracrâniennes étaient implantées, ce qui a nécessité d'ajuster le split du DRG B21A.

La somme de ces restructurations a amélioré la qualité du système et assure une plus grande homogénéité médicale au sein des DRG.

- Deux demandes ont mis en évidence la sous-rémunération de différents groupes de cas avec «PCCL > 3» dans le DRG de base B69 «Accident ischémique transitoire (AIT) et occlusion de vaisseaux extracrâniens». Nos analyses ont confirmé cette constatation.

- Les cas avec «*traitement neurologique complexe*» et «*PCCL > 3*» sont revalorisés dans B69A. En outre, tous les cas uniquement avec «*PCCL > 3*» ont été inclus dans B69C.
- Les analyses montrent que les codes CHOP 03.93.10 -.99 «*Implantation ou remplacement d'électrode(s) de neurostimulateur épidural/sous-dural/rachidien*» ne sont pas représentés de manière adéquate.
 - En incluant ces codes dans le déplacement «*Implantation d'un neurostimulateur*» dans le pré-MDC, ces cas se retrouvent regroupés dans la MDC 01.
 - Ces cas y sont regroupés dans le DRG de base B21 «*Implantation d'un neurostimulateur*», où ils sont représentés de manière appropriée.
- Une demande portait sur la revalorisation des cas avec traitement neurologique complexe lors d'accident vasculaire cérébral.
 - Après l'analyse, les cas avec traitement neurologique complexe d'au moins 24 heures du DRG B87B «*Maladies et troubles du système nerveux avec traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 119 à 184 points*» ont été revalorisés dans le DRG B87A «*Maladies et troubles du système nerveux avec traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196/184 points ou traitement neurologique complexe de 24h minimum*».
- Une demande de la procédure de 2020 portait également sur une revalorisation de cas avec PCCL = 2 et avec PCCL = 4 au sein du DRG de base B73 «*Méningite virale, plus d'un jour d'hospitalisation*». Selon le demandeur, les cas avec un PCCL 3 ne présentaient pas de déficits.
- La revalorisation de deux valeurs de PCCL différentes ne semblait pas pertinente du point de vue de SwissDRG SA. En outre, il n'y avait pas de corrélation suffisante entre la valeur de PCCL et l'augmentation des coûts.
- Une autre analyse a montré une sous-rémunération de cas avec «*âge < 2 ans*» dans le DRG B73Z.
 - Un split avec la condition «*âge < 2 ans*» a été ajouté dans le DRG de base, ce qui a amélioré la qualité du système.
- Une autre demande portait sur la revalorisation de cas avec au moins 14 jours de traitement complexe de l'épilepsie au sein du DRG B76A «*Crises convulsives et traitement complexe pour épilepsie, à partir de 7 jours de traitement ou traitement complexe de soins intensifs > 119 points ou traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196/119 points, plus d'un jour d'hospitalisation*». Une revalorisation séparée des deux groupes de cas avec 14-20 jours de traitement et au moins 21 jours de traitement a été proposée dans une demande.
- Nos analyses ont confirmé la sous-rémunération. Cependant, en raison du nombre insuffisant de cas, les groupes de cas n'ont pas pu être revalorisés séparément.
 - Grâce aux codes CHOP 99.B3.18 «*Traitement complexe d'épilepsie difficile à traiter, d'au moins 14 à 20 jours de traitement*» et 99.B3.1A «*..., 21 jours de traitement et plus*», il y a désormais un split dans le DRG B76A. Ainsi, les cas avec le code CHOP 99.B3.18 sont revalorisés et garantissent une rémunération adéquate.
- Les cas dans le DRG de base B76 avec un nombre élevé d'heures de «*diagnostic intensif non invasif par vidéo-EEG*» affichaient une sous-rémunération.
 - Une revalorisation de ces cas semblait nécessaire et les codes CHOP 89.19.14 «*Diagnostic intensif non invasif par vidéo-EEG, durée d'enregistrement de 72 à moins de 120 heures*» et 89.19.15 «*...de 120 heures et plus*» sont ainsi regroupés dans le nouveau DRG B76C.

- D'autres analyses ont également montré une sous-rémunération des cas dans le DRG B86Z à un jour d'hospitalisation «*Maladies et troubles du système nerveux, un jour d'hospitalisation*».
- À cela s'ajoutait une sous-rémunération de cas avec le diagnostic principal «*néoformation maligne*».
- Un split a été introduit dans le DRG de base B86 au moyen des diagnostics principaux G40*, G41* et néoformation maligne. En conséquence, ces diagnostics principaux ont été revalorisés au sein de B86.

- Dans la base des données, une quantité insuffisante de cas apparaissait dans le DRG B84Z «*Myélopathies vasculaires*».
- En raison de l'inclusion du code CIM «*G95.10 Hémorragie rachidienne non traumatique*» ou «*G95.18 Autres myélopathies vasculaires*» dans le DRG de base B81, ces cas sont désormais regroupés dans le DRG de base B81B «*Myélopathies vasculaires ou autres affections du système nerveux avec diagnostic complexe ou acte diagnostique neurologique complexe, plus d'un jour d'hospitalisation, âge > 15 ans*» dans la version 11.0.
- Le DRG B84Z a été supprimé.

- Dans les DRG B72A et B72B, la base des données contenait également un très faible nombre de cas. L'analyse a montré par ailleurs que les conditions de split ne peuvent plus être considérées comme séparatrices de coûts.
- Les DRG B72A et B72B ont été fusionnés en B72A «*Infection du système nerveux sauf méningite virale, âge < 16 ans ou acte diagnostique neurologique complexe ou CC extrêmement sévères, plus d'un jour d'hospitalisation*».

- La revalorisation de cas avec l'utilisation de microcathéters a été demandée. D'après le demandeur, la rémunération de ces cas ne couvrirait pas les coûts et les coûts élevés des implants et du matériel médical ne seraient pas entièrement couverts.
- Les analyses basées sur les données n'ont toutefois pu que partiellement confirmer ce constat. Seuls les cas impliquant l'utilisation d'au moins 3 microcathéters étaient concernés. Pour cette raison, ce groupe de cas est maintenant représenté au sein du DRG de base B20 dans le DRG B20B, où une rémunération adaptée aux coûts est assurée.

3.2.6. Maladies et troubles de l'œil MDC 02

- Une analyse de la MDC 02 a montré des recouvrements dans la partition opératoire dans les DRG de base.
- Selon la répartition, cela a provoqué d'importants déplacements de cas.
- Pour obtenir un ajustement de tous les DRG de base dans la partition chirurgicale de la MDC 02, nous avons utilisé la division anatomique analogue à la structure du catalogue CHOP.
- De manière générale, une région anatomique spécifique de l'œil a été attribuée à chaque DRG de base individuel et la base est nettoyée de tous les autres codes. L'étape suivante a consisté à rechercher des séparateurs de coûts appropriés permettant une répartition supplémentaire selon le nombre de cas.
- Le DRG de base C15 «*Autres interventions sur la rétine*» a été intégré dans le DRG de base C03 «*Interventions sur la rétine, la choroïde, le vitré, la chambre postérieure de l'œil avec intervention sur le cristallin*» puis supprimé.
- Tous les codes CHOP du groupe de cas 14* «*Opérations de rétine, choroïde, vitré, chambre postérieure de l'œil*» mènent à présent au DRG de base 03.
- Création d'un nouveau DRG C29Z «*Interventions en plusieurs temps ou bilatérales particulières sur la cornée ou iris artificiel, ou néoformation maligne avec procédure particulière*» au

début de la MDC 02. Ce DRG permet de représenter de manière optimale des procédures très complexes et coûteuses.

- Le nouveau DRG de base C04 «Interventions sur la cornée» comprend tous les codes du groupe de codes 11* «Opérations de la cornée» ainsi que 11.6* «Greffe de cornée». Les cas plus coûteux avec une «greffe de cornée» sont regroupés dans le nouveau DRG C29Z.
- Le DRG de base C02 a été restructuré, désormais seuls les codes CHOP du groupe de codes 16* «Opérations de l'orbite et du globe oculaire» mènent encore à ce DRG de base, ce qui donne lieu à un nouveau DRG de base C02 «Interventions sur l'orbite et le globe oculaire».
- En raison de la restructuration du DRG de base C02, la radiothérapie pour néoformation maligne a dû être supprimée puis ajoutée dans le nouveau DRG de base C29 «Interventions en plusieurs temps ou bilatérales particulières sur la cornée ou iris artificiel, ou néoformation maligne avec procédure particulière».
- Dans le cadre de la révision générale de la partition opératoire du MDC 02, tous les codes du groupe de codes 12* «Opérations de l'iris, du corps ciliaire, de la sclère et de la chambre antérieure» se retrouvent maintenant dans le nouveau DRG de base C06 «Interventions sur l'iris, le corps ciliaire, la sclère et la chambre antérieure». En l'absence de séparateurs de coûts pour le DRG C06C, l'ancien DRG C06B a été fusionné avec le DRG C06C pour former un nouveau C06B. Cela a nécessité de nouveaux critères de split pour C06A.
- Tous les codes du groupe de codes 15* «Opérations des muscles extraoculaires» se retrouvent dans le nouveau DRG de base C10 «Interventions sur les muscles oculaires». Le split par âge pour le DRG C10A «Interventions sur les muscles oculaires, âge < 12 ans» n'était à présent plus séparateur de coûts et a été supprimé. Cela a conduit à une fusion des DRG C06A et C06B aboutissant au DRG C06Z «Interventions sur les muscles oculaires».
- Tous les codes du groupe de codes 09* «Opérations du système lacrymal» conduisent désormais au DRG de base C13. Afin d'obtenir une représentation adéquate dans ce DRG, le critère de split pour le DRG C13A a été étendu pour inclure les «interventions en plusieurs temps».
- En résumé, on peut dire que la partition chirurgicale de la MDC 02 est maintenant beaucoup plus claire et également plus compréhensible grâce à ces restructurations. Les tableaux désormais sans recoupement des différents DRG de base permettent une affectation précise des cas tout en améliorant la qualité du système.

3.2.7. Maladies et troubles de l'oreille, du nez, de la bouche et de la gorge MDC 03

- Une demande a été faite pour vérifier un split par PCCL dans D09Z «Tonsillectomie pour néoformation maligne ou diverses interventions sur l'oreille, le nez, la bouche et la gorge avec CC extrêmement sévères».
- En raison de la nouvelle formule PCCL, deux restructurations se sont avérées pertinentes:
- Ajustement du DRG de base D09, le critère de split «diverses interventions sur l'oreille, le nez, la bouche et la gorge avec CC extrêmement sévère» a été ajusté en passant de PCCL > 3 à PCCL > 2.
- Un split par PCCL du code D09Z en D09A et D09B avec PCCL > 2 permet une rémunération adaptée aux coûts pour tous les cas.
- Une autre demande portait sur la revalorisation des cas avec laryngectomie totale ou radicale (30.3X.10-11 ou 30.4X.11) ou parotidectomie totale (26.32.20) du D24C «Plasties de la peau complexes et grandes interventions au niveau de la tête et de la gorge».
- Sur la base des données de coûts, les codes suivants ont pu être inclus dans le split pour les DRGs D24A et D24B:
 - 30.3X.10 -19 «Laryngectomie complète (sans/avec reconstruction)»

- 30.4x.10 -.29 «Laryngectomie radicale avec pharyngectomie (et résection thyroïdienne, sans/avec reconstruction)»
- 26.32.10 -.20 «Parotidectomie totale avec conservation ou reconstruction du nerf facial»

3.2.8. Maladies et troubles des organes respiratoires MDC 04

- Des high-outliers coûteux ont été identifiés dans le DRG E33Z «Procédures opératoires complexes en plusieurs temps». Il a été démontré que ces cas sont souvent associés à un séjour en USI ou U-IMC.
 - Grâce à un nouveau split du code E33Z avec «traitement complexe de soins intensifs ou en U-IMC à partir de 185 points», ces cas se retrouvent désormais dans le DRG E33A où ils sont rémunérés de manière adéquate.
- Selon une demande, les cas avec un mésothéliome pleural sont beaucoup plus coûteux que d'autres cas dans le DRG de base E05 «Autres grandes interventions sur le thorax ou circulation extracorporelle».
- L'examen de ces cas a montré qu'ils génèrent effectivement une forte consommation de ressources.
 - Les cas avec le diagnostic «C45.0 Mésothéliome de la plèvre» en lien avec une intervention chirurgicale codée 34.51.13 à -.15 «Pleurectomie radicale et décortication du poumon et de la paroi thoracique....., chirurgicale ouverte» ou 34.59.20 «Autre excision de la plèvre, pleurectomie chirurgicale ouverte» ont pu être revalorisés de manière adéquate dans le DRG de base E33 «Procédures opératoires complexes en plusieurs temps ou pleurectomie pour mésothéliome pleural malin».
- Un nombre hétérogène de cas a été identifié lors du contrôle des données dans les DRG du DRG de base E65 «Maladies chroniques obstructives des voies respiratoires, plus d'un jour d'hospitalisation».
 - Les critères de split ont été révisés sur la base des données de coûts. Les cas avec une «bronchoscopie rigide» sont désormais regroupés dans le DRG E65C et les enfants dont l'«âge < 16 ans» dans le DRG E65D.
- Un groupe hétérogène de cas a été identifié au sein de DRG de base E71 «Néoplasmes des organes respiratoires, plus d'un jour d'hospitalisation».
- Les codes CHOP pour la chimiothérapie 99.25.52 «Chimiothérapie modérément complexe et intensive» et 99.25.53 «Chimiothérapie hautement complexe et intensive» ont pu être identifiés comme des séparateurs de coûts.
 - L'intégration de ces cas dans le DRG E71A «Néoplasmes des organes respiratoires avec CC extrêmement sévères ou bronchoscopie rigide, avec chimiothérapie moyennement ou hautement complexe, plus d'un jour d'hospitalisation» a permis d'obtenir une revalorisation de ces cas.

3.2.9. Maladies et troubles de l'appareil circulatoire MDC 05

- Il a été demandé de vérifier une potentielle revalorisation de cas avec l'utilisation de ballonnets libérant des substances médicamenteuses dans le DRG de base F59 «Interventions vasculaires complexes ou moyennement complexes». Une autre demande portait également sur la revalorisation de cas avec des ballonnets libérant des substances médicamenteuses dans le DRG de base F24 «Angioplastie coronaire percutanée (ACTP)».

- Des analyses approfondies n'ont pas montré de sous-rémunération systématique de cas dans le DRG de base F59 où des ballonnets libérant des substances médicamenteuses ont été utilisés. Par conséquent, aucune revalorisation n'a été mise en œuvre dans ce DRG de base.
- D'autres analyses dans toute la MDC 05 ont cependant montré la présence de caractéristiques d'un séparateur de coûts dans le DRG de base F13 «*Amputation lors de maladies cardio-vasculaires aux membres supérieurs et aux orteils ou diverses interventions pour diabète sucré avec complications*» et dans le DRG de base F24 «*Angioplastie coronaire percutanée (ACTP)*».
 - Pour cette raison, les cas incluant l'utilisation d'au moins 3 ballonnets libérant des substances médicamenteuses au sein du DRG de base F13 ont été désormais inclus dans le split pour les deux DRG F13A et F13B plus valorisés. Dans le DRG de base F24, les mêmes procédures ont été incluses dans le split pour les DRG F24C et F24D.
 - La définition d'un certain nombre minimal de ballonnets a pu être obtenue par une répartition correspondante selon le nombre dans la structure des codes CHOP correspondants 00.4C.11-00.4C.14 «*Insertion de xx ballonnet(s) libérant des substances médicamenteuses*».
- Un demandeur a signalé la sous-rémunération de cas avec le code CHOP 00.66.30 «*Angioplastie coronaire transluminale percutanée [PTCA] par l'athérectomie rotative*» dans le DRG de base F24 «*Angioplastie coronaire percutanée (PTCA)*» et a proposé l'inclusion de cette procédure dans le split pour le DRG F24A.
 - Nos analyses ont pu confirmer cette constatation, la revalorisation proposée a donc été mise en œuvre dans le DRG F24A.
- En raison de la consommation élevée de ressources par rapport à un traitement purement chirurgical ou purement endovasculaire, une revalorisation du traitement hybride dans le DRG de base F59 «*Interventions vasculaires complexes ou moyennement complexes*» a été demandée.
 - Nos analyses ont en effet montré des coûts supplémentaires pour ces cas et ont confirmé que le code CHOP 00.99.80 «*Traitement hybride*» est un séparateur de coûts adapté. Par conséquent, les cas avec le code CHOP 00.99.80 «*Traitement hybride*» sont maintenant regroupés dans le DRG F59C. Cette revalorisation au sein du DRG de base F59 conduit à une rémunération adéquate.
- À l'initiative d'un demandeur, l'inclusion d'un nouveau split par PCCL a été examinée pour le DRG F61B «*Endocardite*».
 - Cet examen a révélé des coûts supplémentaires pour les cas présentant un diagnostic supplémentaire extrêmement grave. Un split du code F61B avec «*PCCL > 3*» a montré une amélioration de la qualité du système et a donc été mis en œuvre.
- Un demandeur a identifié la sous-rémunération de certains groupes de cas au sein du DRG F86Z «*Maladies et troubles de l'appareil circulatoire, un jour d'hospitalisation*».
 - Après des analyses détaillées, nous avons pu confirmer qu'une revalorisation des cas «*traitement complexe en unité de soins intermédiaires/traitement complexe de soins intensifs adultes > à 119 points*» améliore la qualité du système. Pour cette raison, le DRG de base F86 est maintenant divisé en deux nouveaux DRG, F86A et F86B, à l'aide de ces critères.
- Dans la procédure de demande de 2020, une revalorisation des cas avec intervention combinée a été demandée, par exemple «*fermeture de l'oreillette gauche*» avec une intervention simultanée sur la valve cardiaque.
 - Des cas de la procédure du tableau F98-9 «*Fermetures de communication interauriculaire ou de l'oreillette gauche*» sont revalorisés dans le DRG F98B «*Intervention valvulaire cardiaque*».

endovasculaire avec implantation d'un stimulateur cardiaque/greffe ou fermeture de communication interauriculaire ou de l'oreillette gauche ou âge < 16 ans».

- Des recoupements identifiés dans les DRG de base F31 «Autres interventions cardio-vasculaires avec cœur-poumon artificiel» et F35 «Autres interventions cardiothoraciques ou réparations de la paroi thoracique ou circulation extracorporelle» nous ont conduits à une réorganisation et ainsi à une simplification de ces logiques.
- Les DRG de base F31 et F35 ont été fusionnés. Tous les tableaux des deux DRG ont été ici représentés seuls, sans autres conditions. Cela signifie que les cas portant un code de ces tableaux se retrouvent sans condition supplémentaire dans ces DRG.
- Seuls les splits complémentaires ont été légèrement révisés.
 - Un nouveau split «Procédures opératoires complexes en plusieurs temps» a été ajouté dans F31A.
 - Les splits de F31B et F31C correspondent aux F31A et F31B précédents.
 - Les F31B et F31D sont définis en particulier par «PCCL > 3».
 - F31E et F31F correspondent aux anciens F35A et F31B.
- Dans ce cadre, les DRG de base F35 ainsi que F33 «Grandes interventions vasculaires réparatrices sans cœur-poumon artificiel, avec intervention plusieurs étages ou intervention sur l'aorte ou réopération» et F34 «Autres grandes interventions vasculaires réparatrices sans cœur-poumon artificiel» ont pu être supprimés, car il y avait là aussi des recoupements.
- Les analyses ont montré que les cas avec les codes CHOP 00.47 et 00.48 «Insertion de 3 stents vasculaires ou plus» dans le DRG de base F51 «Implantation endovasculaire d'endoprothèse (stent) aortique» ne sont pas représentés de manière adaptée aux coûts.
- Une représentation adaptée aux coûts a pu être obtenue en formant un nouveau DRG F51A «Implantation endovasculaire d'endoprothèse (stent) aortique complexe ou implantation d'endoprothèse (stent) particulière ou diagnostic particulier, et insertion d'au moins 3 stents ou CC extrêmement sévères».
- Une demande portait sur la vérification de la représentation de cas avec une insuffisance totale (*combinaison d'insuffisance cardiaque droite et gauche*) dans tous les DRG de cardiologie.
- La combinaison des codes CIM:
 - I50.01 «Insuffisance ventriculaire droite» et I50.13 «Insuffisance ventriculaire gauche: avec symptôme en cas d'effort léger (NYHA III)» et
 - I50.13 «Insuffisance ventriculaire gauche: avec symptôme en cas d'effort léger (NYHA III)» ou
 - I50.14 «Insuffisance ventriculaire gauche: avec symptôme au repos (NYHA IV)»a été supprimée en tant que critère de split dans les DRG de base F03, F06, F21 et F24.
- Dans ces DRG de base, les cas avec une «Insuffisance totale; NYHA III et IV» ont pu être revalorisés.
- Les analyses effectuées dans la MDC 05 ont montré que certains DRG avaient un faible nombre de cas ou que les conditions de split n'étaient plus séparatrices de coûts.
- Les DRG suivants ont donc été fusionnés:
 - F39A et B → F39A «Ligature et stripping de veines avec intervention bilatérale particulière»
 - F49C et D → F49C «Actes diagnostiques cardiologiques invasifs sauf pour infarctus du myocarde aigu avec intervention complexe ou avec diagnostic de complication ou avec âge > 13 ans»

- F50A et B → F50A «Mesures ablatives pour tachyarythmie avec ablation particulière, âge < 16 ans»
- F68A et B → F68Z «Maladie cardiaque de naissance»

3.2.10. Maladies et troubles des organes digestifs MDC 06

- Une demande portait sur une sous-rémunération en cas d'utilisation supplémentaire de ressources lors du codage d'une adhésiolyse. Le code CHOP 54.52 «Lyse d'adhérences péritonéales, par chirurgie ouverte» est cité dans l'exemple. Des situations particulières ont été regroupées avec ce code dans le DRG G04Z et sans ce code dans le DRG G12B, plus valorisé.
 - L'examen a montré qu'il existe des recoupements de tableaux entre les DRG, lesquels nécessitent une restructuration plus élaborée.
 - Au total, les tableaux ont été révisés et ajustés dans quatre DRG.
 - Le DRG de base G21 représente désormais tous les cas avec des adhésiolyse. Un split avec «CC extrêmement sévères» conduit au DRG G21A, la condition «âge < 16 ans» au DRG G21B.
 - Le nombre de cas dans le DRG de base G04 «Petites interventions sur l'intestin grêle et le côlon» a été révisé.
 - D'autres procédures complexes sont regroupées dans le DRG de base G13 «Autres interventions sur l'intestin ou entérostomie». La révision des critères de split au sein du DRG de base conduit à une représentation homogène et adaptée sur le plan médical.
 - L'ancien DRG G07Z «Petites interventions sur l'intestin grêle et le côlon» a été supprimé.
 - Au sein de ces DRG de base, la révision conduit à une représentation des groupes de cas adaptée aux coûts et les recoupements de tableaux ont pu être éliminés sur la base des données.
- Les cas avec un code CHOP 99.25.21 «Chimiothérapie intrapéritonéale hyperthermique [HIPEC]» se sont avérés sous-rémunérés dans tous les DRG lors des analyses.
 - En intégrant cette procédure peropératoire dans le DRG G37Z «Intervention multiviscérale pour maladies et troubles des organes digestifs ou traitement complexe de soins intensifs > 196/360 points ou traitement intraopératoire particulier», les cas sont rémunérés de manière adaptée aux coûts.
- Les cas avec un traitement sous vide dans le DRG G09A «Interventions pour hernies avec CC extrêmement sévères, plus d'un jour d'hospitalisation» se sont avérés problématiques. Ils étaient sous-rémunérés dans le DRG G09A.
 - Cette sous-rémunération a pu être éliminée en intégrant le DRG G09A dans la logique du DRG de base G38 «Procédures de complication ou réadaptation gériatrique aiguë à partir de 14 jours de traitement, ou traitement sous vide, avec intervention opératoire particulière pour maladies et troubles des organes digestifs».
- Deux demandes nous sont parvenues concernant des cas déficitaires dans le DRG G22B «Appendicectomie pour péritonite ou CC extrêmement grave», avec notamment une attention particulière pour les cas pédiatriques.
 - Les analyses ont démontré qu'il y a bien une utilisation supplémentaire de ressources pour les enfants présentant les diagnostics suivants:
 - K35.2 «Appendicite aiguë avec péritonite généralisée»
 - K35.31 «Appendicite aiguë avec péritonite localisée avec perforation ou rupture»
 - K35.32 «Appendicite aiguë avec abcès péritonéal»
 - Ces diagnostics ont été revalorisés en lien avec «âge < 16 ans» dans le DRG G22B.

- Les analyses ont indiqué une sous-rémunération de cas avec des maladies d'hémophilie dans le DRG de base G67.
 - Grâce à l'intégration du critère de split d'un diagnostic CIM pour les «maladies d'hémophilie» dans le DRG G67C «Diverses maladies des organes digestifs ou hémorragie gastro-intestinale ou ulcère duodénal, plus d'un jour d'hospitalisation», ces cas sont à présent rémunérés de manière adéquate.

- Le DRG de base G48 «Coloscopie avec CC sévères ou intervention à complications ou âge < 16 ans, avec diagnostic de complication» présente une hétérogénéité de coûts.
 - Une représentation adaptée a pu être obtenue grâce à une affectation des cas basée sur les données et à la création de nouveaux critères de split pour les DRG G48A et G48B.

- Un demandeur nous a indiqué qu'une hernie sur orifice de trocart comme complication potentielle après une intervention bariatrique dans un délai de 18 jours ne conduit pas à un regroupement de cas, bien que la même maladie sous-jacente «Obésité» soit codée en diagnostic principal.
 - Les interventions bariatriques sont transférées de la MDC 10 vers la MDC 06, mais les codes CHOP 53.51.xx «Opération de hernie incisionnelle» pour le traitement d'une hernie sur orifice de trocart ne sont pas transférés. Les cas sont regroupés dans le DRG 901D.
 - En incluant les codes CHOP dans le déplacement pour la MDC 06, ces cas sont correctement regroupés et une fusion des cas peut éventuellement être réalisée.

- Les cas avec une «implantation minimale invasive d'un système anti-reflux» ont présenté une sous-rémunération dans le DRG de base G19 «Autres interventions sur l'estomac, l'œsophage et le duodénum» en raison de coûts élevés du matériel pour la sonde.
 - Le code CHOP 42.99.38 «Implantation d'une sonde de système anti-reflux pour soutenir la fonction du sphincter œsophagien, laparoscopique» a été revalorisé dans le split pour le DRG G19A.

- Les analyses effectuées dans la MDC 06 ont montré que certains DRG avaient un faible nombre de cas ou que les conditions de split n'étaient plus séparatrices de coûts.
 - Les DRG suivants ont donc été fusionnés:
 - G12A et B → G12A «Autres procédures opératoires sur les organes digestifs avec procédure opératoire complexe et CC sévères ou réadaptation gériatrique aiguë à partir de 21 jours de traitement ou CC extrêmement sévères»
 - G48A et B → G48A «Coloscopie avec CC sévères ou intervention à complications ou âge < 16 ans avec diagnostic particulier ou procédure de complication ou état après transplantation d'organe»

3.2.11. Maladies et troubles du système hépatobiliaire et du pancréas MDC 07

- Les cas pédiatriques avec des anastomoses dans la zone de la vésicule biliaire et du foie ne sont pas rémunérés de manière appropriée dans la version 10.0.
 - Les codes CHOP 51.31; 51.32; 51.34; 51.36 et 51.37 «Anastomose entre la vésicule biliaire et les voies hépatiques/intestin/estomac» ont été inclus dans le DRG de base H01 «Interventions sur le pancréas et le foie et opérations de shunt portosystémiques avec grande intervention ou radiothérapie ou traitement complexe de soins intensifs > 196/360 points ou âge < 12 ans» en lien avec la condition «âge < 12 ans».

- Une demande de vérification du nombre de cas dans le DRG de base H64 «*Affections de la vésicule biliaire et des voies biliaires*» a été transmise en raison de l'hétérogénéité des coûts dans ses données.
 - Sur la base des données, un nouveau split a pu être ajouté au code H64A.
 - Les conditions de split pour le nouveau H64A sont «*âge < 16 ans*» ou «*procédures de complication*». Un nouveau DRG H64C a également pu être établi.

- Dans la procédure de demande, nous avons été informés d'un remboursement inférieur en cas de coûts supplémentaires lors du codage des codes CHOP 39.79.35 «*Embolisation sélective par liquides embolisants, vaisseaux viscéraux*» et 39.79.65 «*Embolisation sélective par particules, vaisseaux viscéraux*».
 - Avec ces codes, les cas sont regroupés dans le DRG H06Z, mais sans les codes dans le DRG H87A mieux rémunéré.
 - Les cas très coûteux présentent cependant des points particuliers de séjour en soins intensifs ou en U-IMC.
 - En conséquence, un nouveau DRG H37 «*Maladies et troubles du système hépatobiliaire et du pancréas avec traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196/184 points*» a été introduit au début de la MDC 07, sachant que les cas avec une procédure opératoire sont regroupés dans le DRG H37A.

- Une demande a été transmise concernant le DRG H62B «*Affections du pancréas sauf néoformation maligne*» et notamment l'examen de la représentation des cas avec un code CIM K85.00/-10/-20/-80 «*Pancréatite... sans indication de complication d'organe*».
 - Des cas avec «*CC sévères*» en lien avec les diagnostics CIM K85.xx «*Pancréatite avec indication d'une complication d'organe*» ont été admis dans le DRG H62A et ainsi revalorisés.

- Les analyses effectuées dans la MDC 07 ont montré que certains DRG avaient un faible nombre de cas ou que les conditions de split n'étaient plus séparatrices de coûts.
 - Les DRG suivants ont donc été fusionnés:
 - H87A et B → H87Z «*Maladies et troubles du système hépatobiliaire et du pancréas avec traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 119 points ou traitement complexe du foie, à partir de 7 jours de traitement*»

3.2.12. Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique MDC 08

- Dans le catalogue CHOP 2019, les codes CHOP pour les interventions sur la colonne vertébrale ont fait l'objet d'une révision complète et d'une reclassification. Avec la livraison des données de 2019, SwissDRG SA s'est vu pour la première fois en mesure de vérifier cette nouvelle représentation sur la base des données de coûts.
- Des analyses intensives de données ont montré une image très hétérogène de ces cas. Le nouveau codage était encore difficile à mettre en œuvre pour de nombreux hôpitaux et les coûts relevés ne correspondaient souvent pas au cas présenté.
- En raison de la situation incertaine des données, il a été décidé de renoncer à une révision complète des DRG de la colonne vertébrale pour le perfectionnement de la structure tarifaire version 11.0 sur la base des données 2019.
 - Les premiers travaux préparatoires ont été effectués pour ce qui est du nettoyage des recouvrements de tableaux et de l'adaptation des données dans les tableaux.
 - Les DRG de base de la colonne vertébrale I06; I09; I10 ont été subdivisés par ordre décroissant selon la complexité des interventions.

- DRG de base I06 «*Interventions complexes sur la colonne vertébrale avec remplacement de corps vertébraux à partir de 2 implants ou CC extrêmement sévères ou para/tétraplégie ou VEPTR ou traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196/184 points*»
- DRG de base I09 «*Fusion de corps vertébraux ou remplacement de corps vertébraux à partir de 2 implants*»
- DRG de base I10 «*Autres interventions sur la colonne vertébrale ou halotraction*»

- Les contrôles dans le DRG de base I31 ont montré que les cas avec une intervention complexe réalisée à des jours différents sur le coude et l'avant-bras ne sont pas représentés de manière appropriée dans le DRG I31B.
 - La condition d'une «*...intervention en plusieurs temps...*» a pu être incluse dans le split pour le DRG I31A et conduit maintenant à une représentation appropriée de ces cas.
 - Dans le DRG de base I12, il y avait des cas avec une intervention pour «*Infections des os et des articulations*» ainsi qu'un court séjour dans une unité de soins intensifs/soins intermédiaires qui présentaient une consommation élevée de ressources et sont sous-rémunérés.
 - Les codes CHOP correspondants pour «*traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires 120-184 points*» pour les adultes ont été inclus dans le split pour le DRG I12A.
 - En outre, des nettoyages complets des tableaux ont eu lieu dans le DRG de base I12 en supprimant les interventions moins spécifiques pour les infections des os et des articulations.

- Le DRG de base I13 «*Interventions sur l'humérus, le tibia, le péroné et la cheville*» était hétérogène au niveau du nombre de cas.
 - Les redondances ont été supprimées dans le cadre des nettoyages de tableaux.
 - Le critère de split «*Intervention de complication*» pour les DRG I13D et I13C s'est avéré ne plus être un séparateur de coûts et a été supprimé. Le DRG I13E a ainsi pu être supprimé.
 - Les cas avec les procédures 79.36.10 à -.14 «*Réduction ouverte de fracture simple/fracture multifragmentaire du tibia proximal avec fixation interne ...*» sont maintenant regroupés dans le DRG I13A en lien avec d'autres critères et sont donc revalorisés.

- Un demandeur a attiré notre attention sur le fait que les procédures avec les codes CHOP 83.73.15 «*Rattachement de tendon, région inguinale ...*» et 83.74.15 «*Rattachement de muscle, région inguinale ...*» représentent des procédures aux coûts similaires, mais les regroupent dans des DRG différents.
 - En revalorisant les cas avec un code CHOP du groupe de codes 83.74.13 à -.16 «*Rattachement de muscle, ...*» dans le DRG I27C, les groupes de cas sont maintenant identiques et représentés de manière adéquate.

- Un demandeur a décrit une représentation des implants et instruments tridimensionnels (3D) spécifiques aux patients, codes CHOP 00.9A.61 à -.63, qui ne couvre pas les coûts et a demandé un nouvel examen systématique dans tous les DRG.
 - Dans la version 10.0, les codes CHOP étaient de bons séparateurs de coûts dans divers DRG et ont été inclus comme critère de split. Un réexamen a montré que les procédures sont également appropriées comme critères de split pour les DRG I13D avec les données 2019. En revanche, ils ne représentaient plus un séparateur de coûts pour le DRG I43A et ont été supprimés.

- Une autre demande a été déposée pour que soit examinée l'homogénéité des cas dans le DRG I87Z «*Maladies et troubles du tissu musculosquelettique et conjonctif, avec traitement*»

complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196/184 points».

- Les analyses ont montré une plus grande quantité de cas sous-rémunérés. Le DRG I87Z a été divisé en DRG I87A et B avec les conditions «*Ventilation artificielle > 24 heures*» ou «*PCCL > 3*» ou «*traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires enfants > 196 points*» ou «*certaines combinaisons de traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 184 points*».
- Une analyse dans le MDC 08 a montré que le DRG I77Z «*Blessures moyennement graves des membres supérieurs ou inférieurs, plus d'un jour d'hospitalisation*» et le DRG de base I78Z «*Blessures bénignes à modérées des membres supérieurs ou inférieurs, plus d'un jour d'hospitalisation*» ne présentent presque plus aucune différence de coûts.
 - Les DRG I77Z et I78Z ont été fusionnés pour former le DRG de base I77 «*Blessures légères à moyennement graves des membres, plus d'un jour d'hospitalisation*».
 - Un split du code I77B avec les conditions «*âge < 16 ans*» ou un diagnostic «*para-/tétraplegie*» regroupe les cas plus coûteux dans le DRG I77A. Une représentation homogène sur le plan médical et économique a ainsi pu être obtenue.
- Les analyses ont révélé plusieurs cas sous-rémunérés dans le DRG de base I61 «*Maladies et troubles du tissu musculosquelettique et conjonctif, un jour d'hospitalisation*».
 - Ici aussi, comme pour le DRG de base E71, les codes CHOP pour la chimiothérapie 99.25.52 «*Chimiothérapie modérément complexe et intensive*» et 99.25.53 «*Chimiothérapie hautement complexe et intensive*» ont pu être identifiés comme des séparateurs de coûts.
 - L'intégration de ces procédures dans le DRG I61A «*Maladies et troubles du tissu musculosquelettique et conjonctif avec CC extrêmement sévères ou chimiothérapie complexe, âge < 16 ans et un jour d'hospitalisation*» a permis d'obtenir une revalorisation de ces cas.
- Les analyses effectuées dans la MDC 08 ont montré que certains DRG avaient un faible nombre de cas ou que les conditions de split n'étaient plus séparatrices de coûts.
 - Les DRG suivants ont donc été fusionnés:
 - I03A et B → I03Z «*Révision ou remplacement de l'articulation de la hanche avec diagnostic de complication ou arthrodeèse ou âge < 16 ans ou interventions bilatérales ou plusieurs grandes interventions sur les articulations des membres inférieurs avec intervention complexe*»
 - I04A et B → I04A «*Révision ou remplacement de l'articulation du genou avec diagnostic de complication ou arthrodeèse et remplacement particulier de prothèse*»
 - I64A et B → I64A «*Ostéomyélite, âge < 16 ans et plus d'un jour d'hospitalisation*»

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

- Un examen des plasties par lambeaux dans la MDC 09 a indiqué une représentation incohérente pour les réparations mammaires par plastie TRAM.
 - Toutes les plasties par lambeaux en plusieurs temps ont été valorisées dans le nouveau DRG J33Z «*Procédure opératoire complexe en plusieurs temps ou procédure opératoire avec traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196/360 points*».
- Selon une demande, les plasties par lambeaux myocutanés avec anastomose sont des opérations très coûteuses et ne sont pas représentées de manière appropriée et adaptée aux coûts.

- Un contrôle du code CHOP 85.89.23 «*Plastie de lambeau musculo-cutané de gracilis*» a été demandé.
- Le code CHOP a été inclus dans le tableau des procédures globales MDC «*Transplantation de tissu avec anastomose microvasculaire*».
 - Intégration du tableau dans la condition de split pour le DRG J01A «*Transplantation de tissu avec anastomose microvasculaire lors d'affections malignes de la peau, du tissu sous-cutané et de la glande mammaire avec procédure bilatérale ou intervention complexe*» et ainsi revalorisation de ces cas.
- Les analyses effectuées dans la MDC 09 ont montré que certains DRG avaient un faible nombre de cas ou que les conditions de split n'étaient plus séparatrices de coûts.
 - Les DRG suivants ont donc été fusionnés:
 - J22A et B → J22Z «*Autre transplantation de peau ou débridement sans intervention complexe, sans diagnostic complexe*»
 - J67A et B → J67Z «*Affections de la glande mammaire sauf lors de néoformation maligne ou affections de la peau bénignes à modérées, plus d'un jour d'hospitalisation*»
 - J87A et B → J87Z «*Maladies et troubles de la peau, du tissu sous-cutané et de la glande mammaire avec traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196/119 points*»
 - Dans les DRG de base J22 et J67, des cas peu nombreux ou des critères de split ne permettant plus de séparer les coûts ont pu être identifiés.
 - Les DRG J67A et J67B ont été fusionnés pour créer le DRG J67Z «*Affections de la glande mammaire sauf lors de néoformation maligne ou affections de la peau bénignes à modérées, plus d'un jour d'hospitalisation*».

3.2.14. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques MDC 10

- La MDC 10 affichait un remboursement inférieur pour des prestations fournies supérieures lorsque, dans des cas avec néoformation maligne de la glande thyroïde, une «*thyroïdectomie complète (totale) avec/sans parathyroïdectomie*» avec le code CHOP 06.4X.10 ; -.11 est effectuée et qu'une «*excision radicale des ganglions lymphatiques cervicaux*» est réalisée en même temps.
- Inclusion des codes CHOP 06.4X.10 et -.11 en combinaison avec les codes CHOP 40.41.xx «*Excision radicale des ganglions lymphatiques cervicaux*» dans le DRG K06A. Le remboursement inférieur pour des prestations fournies supérieures est ainsi éliminé et les cas sont représentés de manière adaptée aux coûts.
- Deux demandes portaient sur le DRG de base K62 «*Diverses maladies métaboliques, plus d'un jour d'hospitalisation*». Un split par PCCL ainsi que le contrôle de cas de figure particuliers sur la base des diagnostics de la CIM ont été demandés.
- Pour le DRG K62A, outre une valeur PCCL > 2, des cas avec un «*âge < 6 ans*» se sont également avérés être des séparateurs de coûts. En revanche, la condition «*diagnostics de complication*» n'a plus montré de consommation accrue de ressources et a été retirée du split pour le DRG K62A.
- Les analyses de données ont montré des coûts hétérogènes dans le DRG de base K09 «*Autres procédures pour maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques*».
- Les conditions de split pour le DRG K09A ont été révisées. Les cas avec un code CIM «*Diabète sucré avec complications*» ou «*procédure opératoire complexe*» ou un «*PCCL > 2*» en lien avec

une «pose ou remplacement chirurgical d'un système de thérapie par pression négative avec anesthésie régionale ou générale, ...» sont désormais regroupés dans le DRG K09A.

- Les analyses effectuées dans la MDC 10 ont montré que certains DRG avaient un faible nombre de cas ou que les conditions de split n'étaient plus séparatrices de coûts.
- Les DRG suivants ont donc été fusionnés:
 - K64A et B → K64A «Endocrinopathies, âge < 16 ans ou procédure particulière, plus d'un jour d'hospitalisation»

3.2.15. Maladies et troubles des organes urinaires MDC 11

- Selon un demandeur, les cas avec une création d'appendicovésicostomie (stomie selon Mitrofanoff), code CHOP 57.23.11, ne sont pas représentés de manière adéquate dans la MDC 11.
- Le contrôle de ces cas a confirmé la sous-rémunération. L'intégration de la procédure dans le DRG L03Z «Interventions sur les reins, les uretères et grandes interventions sur la vessie pour néoformation, âge < 19 ans ou avec CC extrêmement sévères ou sauf en cas de néoformation, avec CC extrêmement sévères ou intervention combinée» permet de représenter ces cas conformément à leur consommation de ressources.

- Une autre demande portait sur le contrôle de l'homogénéité dans le DRG L13B «Interventions sur les reins, les uretères et grandes interventions sur la vessie pour néoformation ou interventions complexes avec lithotripsie extracorporelle par ondes de choc (LECO)».
- Dans la version 11.0, les cas avec une néphrectomie/néphro-urétérectomie, code CHOP 55.51.-, et une excision radicale ou régionale des ganglions lymphatiques, code CHOP 40.5- / 40.3X.2- sont désormais intégrés dans le split pour le DRG L13A «Interventions sur les reins, les uretères et grandes interventions sur la vessie pour néoformation ou interventions complexes avec lithotripsie extracorporelle par ondes de choc (LECO) et CC sévères ou néphro-urétérectomie avec excision de ganglions lymphatiques».
- Les cas avec une néphrectomie/néphro-urétérectomie ou une excision radicale ou régionale des ganglions lymphatiques sont regroupés dans le DRG L13B «Interventions sur les reins, les uretères et grandes interventions sur la vessie pour néoformation ou interventions complexes avec lithotripsie extracorporelle par ondes de choc (LECO) et néphro-urétérectomie ou excision radicale de ganglions lymphatiques».

- Une demande de la CHOP auprès de l'OFS a montré que les codes CHOP 57.91 «Sphinctérotomie de la vessie» et 58.5x.10/ -.20 «Libération de sténose urétrale,...» incluant la section du sphincter urétral, représentent la même intervention. Ces interventions sont cependant regroupées dans différents DRG.
- Les interventions ont été mises sur un même niveau.
- Le code CHOP 57.91 a été retiré du DRG de base L06 «Petites interventions sur la vessie» et conduit maintenant aussi au DRG de base L17 «Autres interventions sur l'urètre ou la vessie».

- Un remboursement inférieur pour des prestations fournies supérieures nous a été signalé dans la MDC 11. Les cas avec un code CIM D59.3 «Syndrome hémolytique urémique» sont regroupés dans le DRG L72Z. En lien avec une intervention chirurgicale, par exemple un code CHOP 54.93 «Création d'une fistule cutanéopéritonéale», les cas sont regroupés dans le DRG L02Z, moins bien valorisé.
- En raison de l'exclusion du DRG L72Z dans la logique du DRG L02Z, les cas concernés sont désormais également regroupés dans le L72Z et y sont rémunérés conformément aux coûts engagés.

- Un autre remboursement inférieur pour des prestations fournies supérieures a été identifié dans les infections des voies urinaires avec le code CHOP 57.0X.99 «Drainage transurétral de la vessie, autre».
- Les cas concernés sont regroupés avec ce code dans le DRG L17A et sans ce code dans le DRG L63B, plus valorisé.
- Les conditions de split dans le DRG de base L63 «*Infections des organes urinaires, plus d'un jour d'hospitalisation*» ont été révisées. Les cas avec une «*pyonéphrose*» présentaient une consommation élevée de ressources; ils ont été revalorisés dans le DRG L63A.
- Les conditions de split «âge < 12 ans» ou «cathéter/drainage» mènent désormais au DRG L63C. De plus, les DRG L63E et L63F ont pu être supprimés.
- En raison de la révision des tableaux au sein du DRG de base L63, le remboursement inférieur pour des prestations fournies supérieures a pu être corrigé de manière appropriée.

- Un demandeur a signalé que, dans le DRG L70B «*Maladies et troubles des organes urinaires, un jour d'hospitalisation, âge > 15 ans ou insuffisance rénale*», les cas avec la procédure portant le code CHOP 59.8X.10 «*Cathétérisme de l'uretère, insertion transurétrale*» sont déficitaires.
- Un split du DRG L70B existant en L70B et L70C avec la condition «*Cathétérisme de l'uretère*» a conduit à une représentation adéquate.

3.2.16. Organes génitaux masculins MDC 12

- Pour le MDC 12, nous avons reçu une demande de contrôle du remboursement inférieur pour des prestations fournies supérieures dans le codage d'interventions particulières telles que la circoncision ou les interventions sur les testicules. Avec ces codes, les cas du DRG M06Z «*Autres procédures opératoires sur les organes génitaux masculins*» se regroupent dans les DRG moins valorisés M05Z ou M06Z.
- Le problème a été résolu en ajustant l'ordre de consultation des DRG en fonction des coûts sur la base des données de 2019.

- Les DRG de base M02 «*Résection transurétrale de la prostate*» et M11 «*Destruction au laser de la prostate*» se sont avérés être des DRG à faible nombre de cas.
- La fusion des DRG de base M02 et M11 s'est révélée pertinente tant sur le plan médical que sur le plan des coûts. De nouveaux DRG ont été formés:
 - M11A «*Destruction au laser de la prostate ou résection transurétrale de la prostate avec CC extrêmement sévères*»
 - M11B «*Destruction au laser de la prostate*»
 - M11C «*Résection transurétrale de la prostate*»
- Le DRG de base M02 a été supprimé.

- Les analyses effectuées dans la MDC 11 ont montré que certains DRG avaient un faible nombre de cas ou que les conditions de split n'étaient plus séparatrices de coûts.
- Les DRG suivants ont donc été fusionnés:
 - M01A et B → M01Z «*Grandes interventions sur les organes du bassin chez l'homme ou intervention particulière sur les organes du bassin chez l'homme avec CC sévères*»
 - M04A et B → M04A «*Interventions sur le testicule, âge < 3 ans*»

3.2.17. Organes génitaux féminins MDC 13

- Une sous-rémunération a été identifiée pour le traitement d'enfants lors du contrôle du DRG de base N13 «Grandes interventions sur le vagin, le col de l'utérus et la vulve».
- Inclusion de la condition «âge < 16 ans» pour le DRG N13A «Grandes interventions sur le vagin, le col de l'utérus et la vulve avec diagnostic particulier ou âge < 16 ans».
- Une demande de contrôle de la représentation de cas avec un diagnostic N81.6 «Rectocèle» et l'intervention 48.75.21 «Rectopexie abdominale, par laparoscopie» dans le DRG de base N06 «Interventions réparatrices complexes sur les organes génitaux féminins» a été transmise. La même intervention pour un «prolapsus rectal» conduit au DRG G18B plus valorisé dans la MDC 06.
- Les cas dans la MDC 13 présentaient une sous-rémunération lors du contrôle des données.
- En revalorisant le groupe de codes 48.75.– «Rectopexie abdominale,... » dans le DRG N06A, ces cas seront désormais rémunérés de manière adaptée aux coûts, comme les cas du DRG G18B.

3.2.18. Grossesse, naissance et suites de couches MDC 14

- Selon un demandeur, la rémunération des cas d'accouchement avec un travail prolongé est insuffisante dans le DRG de base O60 «Accouchement par voie basse».
- Les analyses de données n'ont pas montré de sous-rémunération systématique de ces cas dans le DRG de base O60 sur la base des données nationales suisses. Cependant, un groupe de cas dans le DRG de base O02 «Accouchement par voie basse avec intervention coûteuse ou procédure particulière avec diagnostic particulier» se distinguait par une consommation élevée de ressources.
- Les codes CIM O63.0, O63.1 ou O63.2 «Travail prolongé» ont été intégrés dans le split pour le DRG O02A et ainsi revalorisés.

3.2.19. Nouveau-nés MDC 15

- Le contrôle de la MDC 15 a montré une représentation non adéquate des cas coûteux avec «âge gestationnel < 35 semaines» dans le DRG P66C «Nouveau-né, poids à l'admission 2000 - 2499 g avec autre problème».
- Un nouveau groupement de ces cas dans le DRG 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» a permis d'obtenir une représentation adéquate.

3.2.20. Affections du sang, des organes hématopoïétiques et du système immunitaire MDC 16

- Les analyses effectuées dans la MDC 16 ont montré que certains DRG avaient un faible nombre de cas ou que les conditions de split n'étaient plus séparatrices de coûts.
- Les DRG suivants ont donc été fusionnés:
 - Q60B et C → Q60B «Affections du système réticulo-endothélial, du système immunitaire et troubles de la coagulation, plus d'un jour d'hospitalisation»

3.2.21. Néoplasmes hématologiques et solides MDC 17

- Des cas coûteux ont été identifiés dans le DRG de base R01 «Interventions opératoires pour néoplasmes hématologiques et solides et plus d'un jour d'hospitalisation».
- Tous les cas avec un court séjour aux soins intensifs/U-IMC sont désormais revalorisés dans le DRG R01A «Interventions opératoires pour néoplasmes hématologiques et solides et plus d'un jour d'hospitalisation avec procédure complexe ou de complication et CC extrêmement sévères, ou intervention particulière ou traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 119 points».

3.2.22. VIH MDC 18A

- Depuis des années, la MDC 18A présente régulièrement des problèmes de nombre de cas dans les différents DRG.
- Une révision complète des conditions était nécessaire, et les DRG S63A et S63B ont été fusionnés pour former le code S63Z «Infection lors de maladie due au VIH».
- Un nouveau DRG S61Z «Affections lors de VIH avec CC extrêmement sévères» a été créé.
- Le DRG S65Z a été supprimé.

3.2.23. Maladies infectieuses et parasitaires MDC 18B

- La procédure de demande de 2020 a mis en avant le fait que les cas pédiatriques avec des soins intermédiaires 393-588 points et une procédure opératoire complexe sont regroupés dans le DRG A90A, tandis que ceux avec des soins intensifs 393-588 points et une procédure opératoire complexe sont regroupés dans le DRG T36B, moins valorisé.
- Les conditions de split pour le DRG T36A ont été contrôlées et révisées. La condition «HMV > 95 heures» a été supprimée. Ainsi, les cas avec des points de traitement complexe de soins intensifs et une procédure opératoire complexe sont regroupés dans le DRG le mieux valorisé et la situation présentée a pu être rectifiée.

3.2.24. 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 dans les composantes des coûts à hauteur de 113 501 228,30 CHF au total a été entrepris pour 22 685 cas issus des données de calcul.

3.2.25. Nouvelles rémunérations supplémentaires

Les rémunérations supplémentaires CHOP suivantes ont été établies:

- Durée de traitement avec un système d'assistance cardio-vasculaire, avec pompe, sans fonction d'échange gazeux:
 - intravasculaire (y compris intracardiaque)
 - extracorporel, univentriculaire
 - extracorporel, biventriculaire
 - intracorporel, univentriculaire et biventriculaire
- Radiothérapie par ciblage de récepteurs avec l'analogue de la somatostatine TATE (octréotate) conjugué au DOTA

Les rémunérations supplémentaires pour les coils sont désormais représentées comme suit:

- Insertion de coils, intracrâniens et extracrâniens (tête, cou), spinaux
- Insertion de coils extra-longs, intracrâniens et extracrâniens (tête, cou), spinaux
- Insertion de plugs vasculaires, intracrâniens et extracrâniens (tête, cou), spinaux
- Insertion de coils, périphériques
- Insertion de coils extra-longs, périphériques
- Insertion de plugs vasculaires et de filtres (parapluie), périphériques

Les médicaments suivants ont été nouvellement établis en tant que rémunération supplémentaire:

- Iloprost (en inhalation ou par voie intraveineuse)
- Tréprostinil
- Foscarnet
- Inotuzumab
- Atézolizumab
- Ruxolitinib
- Thiotépa
- Sofosbuvir, velpatasvir et voxilaprévir
- Glécaprévir et pibrentasvir
- Palbociclib
- Vénétoclax
- Élotuzumab
- Ocrelizumab
- Carmustine
- Voretigène néparvovec
- Onasemnogène abéparvovec

Les rémunérations supplémentaires des médicaments suivants ont été supprimées:

- Ombitasvir, paritaprévir et ritonavir

Dans la rémunération supplémentaire suivante, une nouvelle voie d'administration a pu être établie:

- Terlipressine (par inhalation)

Les classes posologiques ont été étendues vers le haut pour 23 rémunérations supplémentaires:

- Anidulafungine
- Tocilizumab (voie intraveineuse)
- Bortézomib
- Rituximab (voie intraveineuse)
- Rituximab (voie sous-cutanée)
- Posaconazole
- Immunoglobuline antilymphocytaire (cheval)
- Lénalidomide
- Immunoglobuline anti-thymocytes (lapin)
- Terlipressine
- Pertuzumab
- Palivizumab
- Décitabine
- Védolizumab
- Pomalidomide
- Carfilzomib
- Défibrotide

- Isavuconazole (voie orale)
- Asparaginase
- Tramétinib
- Abiratérone
- Sofosbuvir et velpatasvir
- Midostaurine

Une extension vers le bas des classes posologiques a été entreprise pour 6 rémunérations supplémentaires:

- Trastuzumab emtansine
- Dabrafénib
- Macitentan
- Riociguat
- Romiplostim
- Tramétinib

Les classes posologiques ont été déplacées pour 2 rémunérations supplémentaires:

- Abatacept (voie intraveineuse)
- Dabrafénib

Des classes posologiques pédiatriques ont été créées pour la rémunération supplémentaire suivante:

- Immunoglobuline anti-thymocytes (lapin)

Les classes posologiques adultes et pédiatriques ont désormais été adaptées pour la rémunération supplémentaire suivante:

- Bortézomib

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

- Cétuximab

Différentes classes posologiques pédiatriques ont été supprimées dans la rémunération supplémentaire suivante:

- Bortézomib

3.3. Aperçu de la procédure de demande 2020

Dans le cadre de la procédure de demande, 188 demandes ont été déposées au total en 2020 pour le perfectionnement du système de forfait par cas SwissDRG. Parmi elles, 111 ont été appliquées, soit un taux de mise en œuvre de 59%.

3.4. Conclusion

Avec la version SwissDRG 11.0, 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 vastes restructurations pour une meilleure représentation des cas très coûteux et des cas avec un long séjour en soins intensifs ou en soins intermédiaires aboutissent à une qualité de représentation considérablement améliorée des cas de traitement spécialisés et hautement spécialisés. Soulignons ici le perfectionnement de la formule PCCL et la possibilité qu'il apporte d'étendre la matrice CCL à un

«PCCL 5 ou 6», ce qui contribue considérablement à l'amélioration de la qualité de représentation des cas présentant des diagnostics supplémentaires graves. Notons également la prise en compte, pour la première fois, des cas de paraplégie comme caractéristique de regroupement dans la structure tarifaire de SwissDRG. De nouvelles 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. Les mesures énumérées aux points 2.3 «Examen de la plausibilité des cas» et 2.4 «Qualité des données du relevé détaillé» ont déjà permis d'améliorer sensiblement la qualité des données. Ces mesures seront poursuivies afin de soutenir les hôpitaux dans le calcul des coûts et la saisie des prestations. En outre, SwissDRG SA estime que, dans le cadre du développement du catalogue CHOP, il serait pertinent de veiller en particulier à ce que:

- le contenu des nouveaux codes de procédure soit compréhensible de la même manière pour tous les utilisateurs et en laissant le moins de place possible à d'éventuelles interprétations;
- les codes soient bien délimités entre eux, c'est-à-dire veiller à une formulation précise des codes CHOP;
- une représentation trop différenciée des différentes prestations soit remise en question de manière critique;
- les codes CHOP disponibles soient régulièrement contrôlés et adaptés si nécessaire.

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.

4. Méthode de calcul

La méthode de calcul détaillée est disponible dans le document «Méthode de calcul». La méthode de calcul de la version 11.0, comparée à la méthode de calcul de la version 10.0, demeure inchangée.

4.1. Détermination des cost-weights

Pour la version SwissDRG 11.0, 1059 DRG ont été calculés dans le résultat sur la base des données suisses.

Pour 19 DRG, les données de l'année précédente ont également été utilisées en raison d'un nombre trop faible de cas. Pour 7 autres DRG, des cas issus de trois années de données (2019/2018/2017) 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 le groupe de cas par diagnostic concerné.

4.2. Calcul de la valeur de référence

Le nombre de cas de la collecte des données SwissDRG (la collecte 2020 des données 2019 comprend 92,4% 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 11.0 corresponde à la somme des cost-weights effectifs de ces cas avec la version 10.0:

$$\text{Casemix}_{\text{Version 11.0}}^{\text{Données 2019}} = \text{Casemix}_{\text{Version 10.0}}^{\text{Données 2019}}$$

La valeur de référence pour la version SwissDRG 11.0 s'élève à 10 275 CHF. Pour la version 10.0, une valeur de référence de 10 320 CHF a été déterminée.

4.3. Calcul des suppléments et réductions

Les suppléments et réductions pour la version 11.0 sont calculés selon la même méthode que pour la version 10.0.

499 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 11.0, il en résulte 189 DRG implicites d'un jour d'hospitalisation, contre 197 DRG implicites d'un jour d'hospitalisation pour la version 10.0.

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 11.0.

Base des données

Les données globales de la statistique médicale de l'Office fédéral de la statistique contenaient les données de 182 hôpitaux de médecine somatique aiguë contre 176 l'année précédente. Sur la même période, l'échantillon des hôpitaux du réseau de SwissDRG est passé de 131 à 141 hôpitaux suisses de soins aigus.

Tableau 1: Nombre d'hôpitaux

	Version 11.0 Données 2019	Version 10.0 Données 2018
Hôpitaux du réseau	141	131
Données globales	182	176

Au total, 1 182 252 cas pertinents pour le système SwissDRG ont été fournis par les hôpitaux du réseau, ce qui correspond à tout juste 92,4% des cas suisses de médecine somatique aiguë.

Tableau 2: Nombre de cas livrés

		Version 11.0 Données 2019	Version 10.0 Données 2018
Hôpitaux du réseau	<i>Livrés</i>	1 190 448	1 176 405
	<i>Domaine d'application SwissDRG</i>	1 182 252	1 172 590
Données globales	<i>Livrés</i>	1 279 234	1 339 647
	<i>Domaine d'application SwissDRG</i>	1 278 953	1 278 241

Pour la version 11.0, 24 933 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 10.0, 23 875 cas privés ou semi-privés avaient été exclus.

Durant la phase de contrôle de la plausibilité, 85 553 cas (7,4% de la base de données avant contrôle de la plausibilité) ont été identifiés comme non plausibles. 6 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 11.0. Ainsi, 90,0% 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 11.0 a été réalisé sur 1 071 040 cas de l'année 2019 plus 846 cas de l'année 2018 et 154 cas de l'année 2017.

Tableau 3: Érosion des données

Total des données	Relevé SwissDRG	
1 279 234	1 190 448	Cas livrés
↓	↓	- Psychiatrie / Réadaptation - Cas ambulatoires - Sortie en dehors de la période du relevé
1 278 953	1 182 252	Cas dans le domaine d'application (y compris maisons de naissances)
	↓	- Cas privés non utilisables - Cas sans coûts complets
	1 156 593	Base de données avant plausibilisation
	↓	- Plausibilisation des cas (incl. suppression totale de 6 hôpitaux)
	1 071 040	Cas plausibles 2019 (données de calcul)
		+ 846 cas provenant des données 2018 + 154 cas provenant des données 2017

} Développement du système

Nombre de DRG

Tableau 4: Nombre de DRG et rémunérations supplémentaires

	Version 11.0 Données 2019	Version 10.0 Données 2018
Nombre total de DRG	1063	1068
DRG facturables	1059	1064
DRG pour maisons de naissance	8	8
DRG non évalués, annexe 1	0	0
Rémunérations supplémentaires évaluées, annexe 2	156	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 10.0 et 11.0, 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 2018 sur les données 2019.

Tableau 5: Coefficient R^2 des données de calcul 2019 et 2018 (y compr. CUI)

	Version 11.0 Données 2019	Version 10.0 Données 2018	Delta
Tous les cas	0,757	0,733	3,2%
Inliers	0,854	0,847	0,9%

Le tableau 6 montre la même analyse, sur la base des données 2019, aussi bien pour la version 11.0 que la version 10.0. Par conséquent, le tableau 6 montre le seul effet du perfectionnement du Grouper sur le R^2 . La quantité d'inliers est ici délimitée selon la version 11.0 et la même quantité est utilisée

également pour les évaluations selon la version 10.0. Cette même méthode a déjà été utilisée dans les évaluations précédentes pour maintenir la comparabilité entre les versions.

Tableau 6: Coefficient R^2 - effet du perfectionnement du Groupier (données de calcul 2019, y compr. CUI)

	Version 11.0 Données 2019	Version 10.0 Données 2019	Delta
Tous les cas	0,757	0,720	5,1%
Inliers (selon 11.0)	0,854	0,817	4,5%

Remarque:

Le R^2 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.