



Présentation du système au Conseil d'administration SwissDRG SA

SwissDRG - Version 12.0 / 2023

28 avril 2022

Chronologie de développement de la structure tarifaire





SwissDRG – Version 12.0 / 2023

1. **Base de données**
2. Développement du Groupier
3. Méthode de calcul
4. Résultats

Nombre d'hôpitaux

| Année de données | 2019 | 2018 | 2017 |
|--------------------|------|------|------|
| Hôpitaux de réseau | 141 | 131 | 117 |
| Tous les hôpitaux | 182 | 176 | 177 |

- Suppression totale de 6 hôpitaux, dont 3 sans livraison en 2018
- Utilisation des données de 135 hôpitaux pour le développement du système (127 l'année précédente)

Cas livrés

| Années de données | 2019 | 2018 | 2017 |
|---------------------|-------------------------|-------------------|------------------|
| Structure tarifaire | SwissDRG V11.0/V12.0 | SwissDRG V10.0 | SwissDRG V9.0 |
| Données HR | 1'182'252 | 1'172'590 | 1'139'777 |
| Total des données | 1'278'953 | 1'278'241 | 1'275'168 |
| Échantillon | 92.44 % | 91.73 % | 89.38 % |

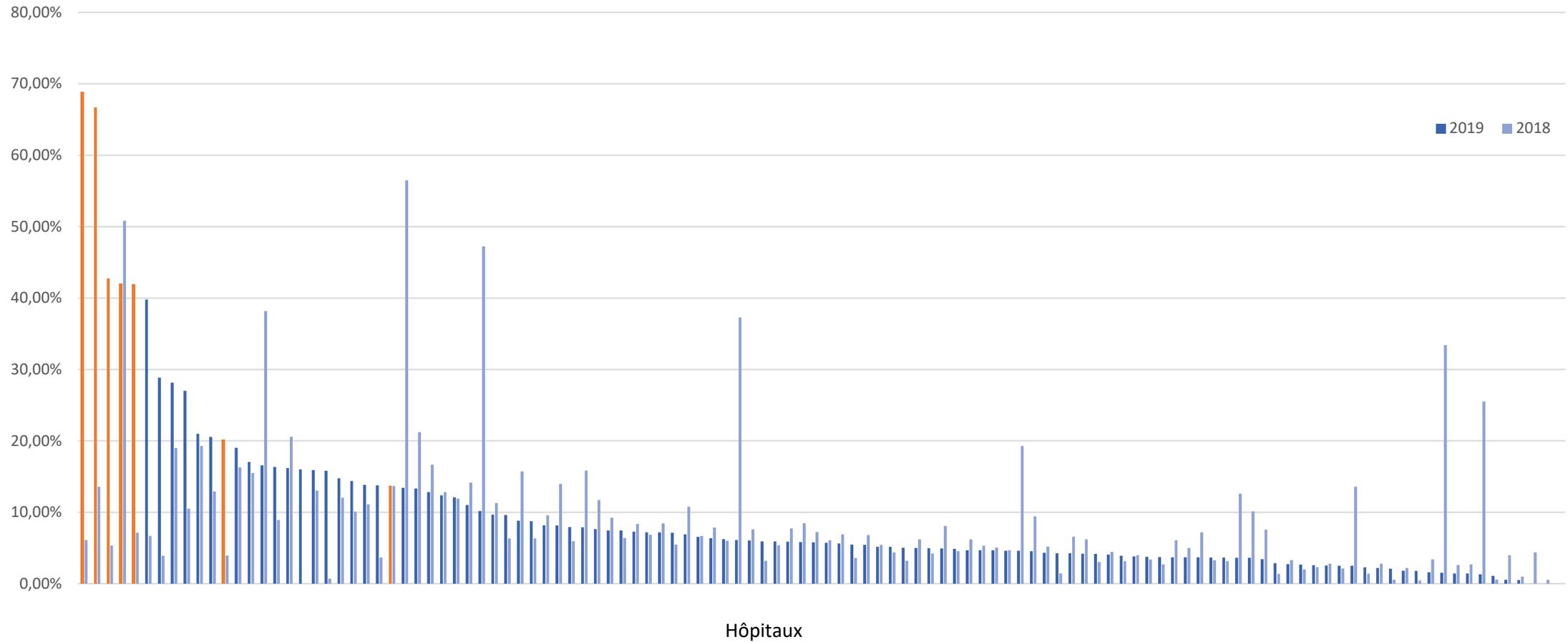
Aperçu de l'érosion des données

| Total des données | Relevé SwissDRG | |
|-------------------|-----------------|--|
| 1'279'234 | 1'190'448 | Cas livrés |
| ↓ | ↓ | <ul style="list-style-type: none"> - 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 naissance) |
| | ↓ | <ul style="list-style-type: none"> - Cas privés non utilisables - Cas sans coûts complets |
| | 1'156'681 | Base de données avant plausibilisation |
| | ↓ | - Plausibilisation des cas (incl. suppression totale de 6 hôpitaux) |
| | 1'070'953 | Cas plausibles 2019 (données de calcul) |
| | | <ul style="list-style-type: none"> + 940 cas provenant des données 2018 + 122 cas provenant des données 2017 |

} Développement du système

Pourcentage de cas non plausibles par année

Pourcentage de cas non plausibles par hôpital



Base de données: 2018/2019 données du domaine d'application SwissDRG

Contenu de livraison (nombre d'hôpitaux) médicaments / implants / procédés onéreux

| | V12.0 | | | V11.0 | V10.0 |
|---|------------|------------------------------------|----------------------------------|-------|-------|
| Année de données | 2020 | 2020 Hôpitaux universitaires | 2020 Hôpitaux pour enfants | 2019 | 2018 |
| Médicaments onéreux dans la statistique médicale | | | | | |
| | 105 | 5 | 3 | 94 | 99 |
| Relevé détaillé, indications des coûts... | | | | | |
| ... médicaments onéreux | 65 | 5 | 2 | 61 | 62 |
| ... implants onéreux | 47 | 5 | 2 | 48 | 51 |
| - dont cœurs artificiels inclus | 4 | 3 | 1 | 5 | 5 |
| ... procédés onéreux / produits sanguins | 40 | 5 | 2 | 40 | 37 |

Coûts d'utilisation des immobilisations

- Utilisation des données de 135 hôpitaux pour le développement du système
- Base pour évaluation des coûts d'utilisation des immobilisations:

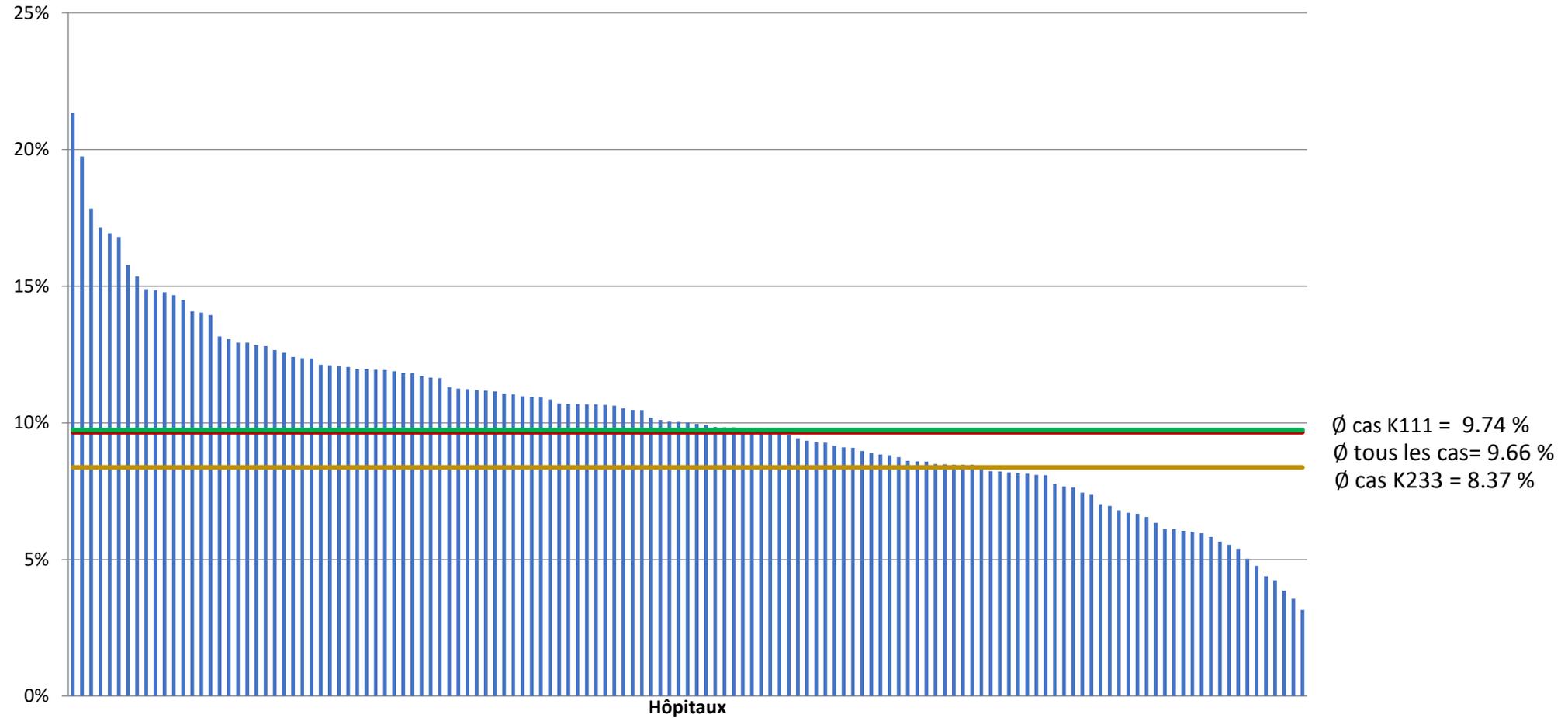
| | |
|--|-----|
| Méthode de comptabilité analytique REKOLE® | 133 |
| Autres méthodes de comptabilité analytique | 2 |

Pourcentage des coûts d'utilisation des immobilisations

| | Pourcentage moyen des CUI par rapport aux coûts totaux |
|---|---|
| Tous les cas | 9.66 % |
| Hôpitaux universitaires (K111) | 9.74 % |
| Hôpitaux pour enfants indépendants (K233) | 8.37 % |

Base de données: 2019, données de calcul

Pourcentage des coûts d'utilisation des immobilisations



Base de données: 2019, données de calcul

SwissDRG structure tarifaire 12.0 / 2023

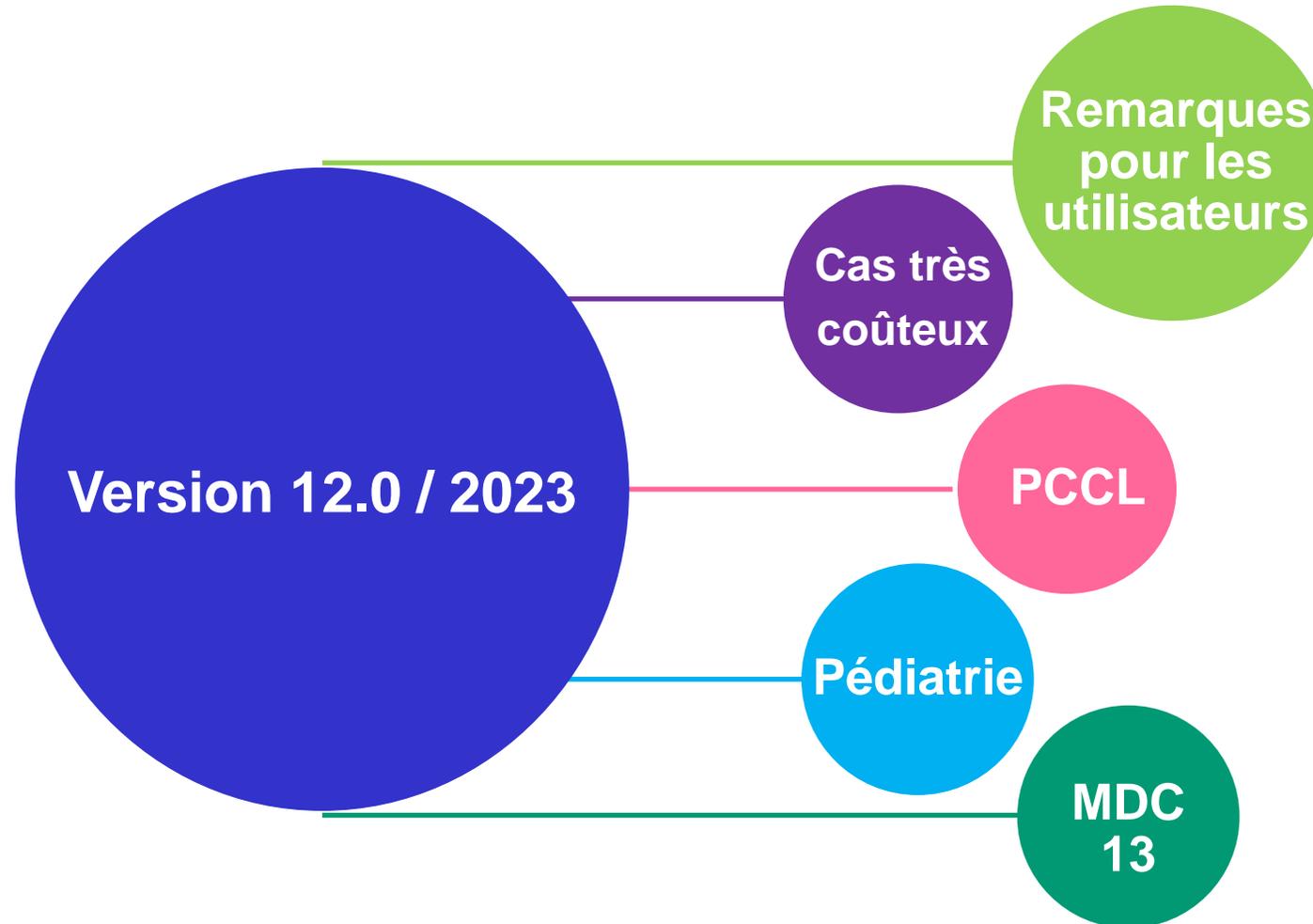
- Développement de la structure tarifaire SwissDRG version 12.0 sur les données 2019
- Utilisation du relevé détaillé 2020 pour le développement des rémunérations supplémentaires
- Pas de nouvel examen des demandes qui ont déjà été soumises pour SwissDRG version 11.0
- Pas de traitement des demandes relatives aux prestations enregistrables pour la première fois avec les données 2020



SwissDRG – Version 12.0 / 2023

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

Axes de développement



Transformations globales des MDC

Soins intensifs et soins intermédiaires

Demande:

- Extension de la logique «*step down*» / «*step up*» pour les points de traitement complexe de SI et de traitement complexe en U-IMC en combinaison pour les MDC 01, 04, 06 et 21A

Démarche:

- Analyse globale des MDC
- Identification de cas présentant un faible nombre de points de traitement complexe de SI comme de traitement complexe en U-IMC
- 4 MDC concernées

Transformations globales des MDC

Soins intensifs et soins intermédiaires

Transformation:

- DRG B36B: TC de SI > 196/360 points et TC en U-IMC nouveau-nés/enfants/adultes > 196/828 points
- DRG de base E90: TC de SI > 196/119 points et TC en U-IMC nouveau-nés/enfants/adultes > 196/119 points
- DRG de base G37: TC de SI >184 points et TC en U-IMC adultes > 184 points
- DRG P02A: TC de SI nouveau-nés/enfants > 392 points et TC en U-IMC nouveau-nés/enfants > 588 points

Transformations globales des MDC

Isolement / IAIM

Demande:

- Examen dans toutes les MDC de tous les types d'isolement avec le code CHOP 99.84.- «*Isolement*»
- Inclusion d'autres types d'isolement dans le groupe de codes CHOP 99.84.- «*Isolement*» dans le DRG de base E77 «*Autres infections et inflammations des organes respiratoires*»

Analyses:

- Autres types d'isolement non adapté en tant que séparateurs de coûts
- Certains cas avec germes multirésistants en partie sous-rémunérés

Transformations globales des MDC

Isolement / IAIM

Transformation I:

- Inclusion des codes CHOP 93.59.51 «*Traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants, d'au moins 7 à 13 jours de traitement*» dans le DRG T60C «*Septicémie avec procédure de complications ou état après transplantation d'organe ou....* »
- Inclusion des codes CHOP 93.59.52 - 53 «*Traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants, d'au moins 14 jours de traitement*» dans le DRG T60A
- Codes CIM U80 - U85 «*Agents infectieux résistants aux antibiotiques ou aux thérapies chimiques précisés*» revalorisés dans la matrice CC

Transformations globales des MDC

Isolement / IAIM

Transformation II:

- Nouveau DRG A07B «*Ventilation artificielle > 499 heures avec procédure opératoire complexe ou traumatisme multiple ou traitement sous vide complexe, avec CC les plus sévères*» avec PCCL > 5
- Nouveau DRG T36A «*Maladies infectieuses et parasitaires avec traitement complexe de soins intensifs > 980/1104 points ou procédure opératoire complexe, et CC les plus sévères*» avec PCCL > 5
- Nouveau DRG T64A «*Autres maladies infectieuses et parasitaires avec CC extrêmement sévères, plus d'un jour d'hospitalisation*» avec PCCL > 3
- Élargissement de la logique pour les DRG A15A; E36C; F36A et W36Z avec PCCL > 5

Transformations globales des MDC

Fonction globale

Analyse:

- Tableau avec les codes OP «*Débridement, selon la localisation*» dans la fonction globale «*Traitement sous vide*» incomplet

Transformation:

- Inclusion d'autres codes CHOP 77.67.20 «*Débridement, tibia*»; 77.67.21 «*Débridement, péroné*»
 - mais les cas avec le code CHOP 77.66.20 «*Débridement, rotule*» avec une consommation de ressources nettement plus basse
- pas d'inclusion

Transformations globales des MDC

Fonction globale

Analyse:

- Certaines interventions de chirurgie viscérale non comprises dans le tableau «*procédures opératoires complexes*»
- Examen de la pertinence

Transformation:

- Inclusion d'autres codes CHOP
 - 44.31.1- «*Bypass gastrique proximal,...*»
 - 44.31.4- «*Bypass gastrique par anastomose de Roux-en-Y,...*»
 - 45.97.1- «*Création d'une anastomose basse sur l'intestin grêle,....*»

→ Représentation adéquate

Transformations globales des MDC

Un jour d'hospitalisation

Demande:

- Les DRG avec un jour d'hospitalisation présentent parfois des coûts non homogènes sur l'ensemble des MDC
- Adaptation de la logique des DRG, établissement d'autres splits

Analyses:

- Rien n'indique une sous-rémunération systématique
- Nombre de cas parfois trop limité pour un split
- Coûts dans les hôpitaux très hétérogènes
- Seules des faiblesses ponctuelles au niveau de la représentation sont identifiables

Transformations globales des MDC

Un jour d'hospitalisation

Transformation:

- Split du DRG de base G86 avec DP «*Abcès périanal*» dans le DRG G86A «*Maladies et troubles des organes digestifs et diagnostic de complication, un jour d'hospitalisation*»
- Split du DRG de base N86 avec DP «*Maladie inflammatoire du vagin et de la vulve*» dans le DRG N86A «*Maladies et troubles des organes génitaux féminins et diagnostic de complication, un jour d'hospitalisation*»
- Split du DRG de base T86 avec DP «*Septicémie*» dans le DRG T86A «*Maladies infectieuses et parasitaires avec septicémie et transfert, un jour d'hospitalisation*»
- Split du DRG de base Z86 avec DS «*État après transplantation d'organe*» dans le DRG Z86A «*Facteurs influant sur l'état de santé, et autre recours aux services de santé et état après transplantation d'organe, un jour d'hospitalisation*»

Pré-MDC

Transplantation hépatique

Demands:

- Différenciation des organes de donneurs selon DCD (donation after circulatory death) ou DBD (donation after brain death) au sein du DRG de base A01
- Les dons DCD sont en soi des organes marginaux, et donc plus coûteux

Analyse:

- Cas non identifiables – pas de code CIM/CHOP pour la différenciation

Transformation:

- Mais des cas nécessitant une dialyse avec une consommation plus élevée de ressources

→ Élargissement de la condition de split dans le DRG A01A «ou dialyse»

Pré-MDC

Transplantation rénale

Demands:

- Examen du DRG de base DRG A17 - Revalorisation de cas avec une *«reprise retardée du fonctionnement de la greffe»*

Transformation:

- Nouveau tableau dans le split pour le DRG A17A avec les codes CIM
 - T86.10 *«Détérioration fonctionnelle aiguë d'une greffe de rein»*
 - T86.11 *«Détérioration fonctionnelle chronique d'une greffe de rein»*
 - T86.12 *«Reprise retardée de la fonction de la greffe»*

→ rémunération adéquate de ces cas

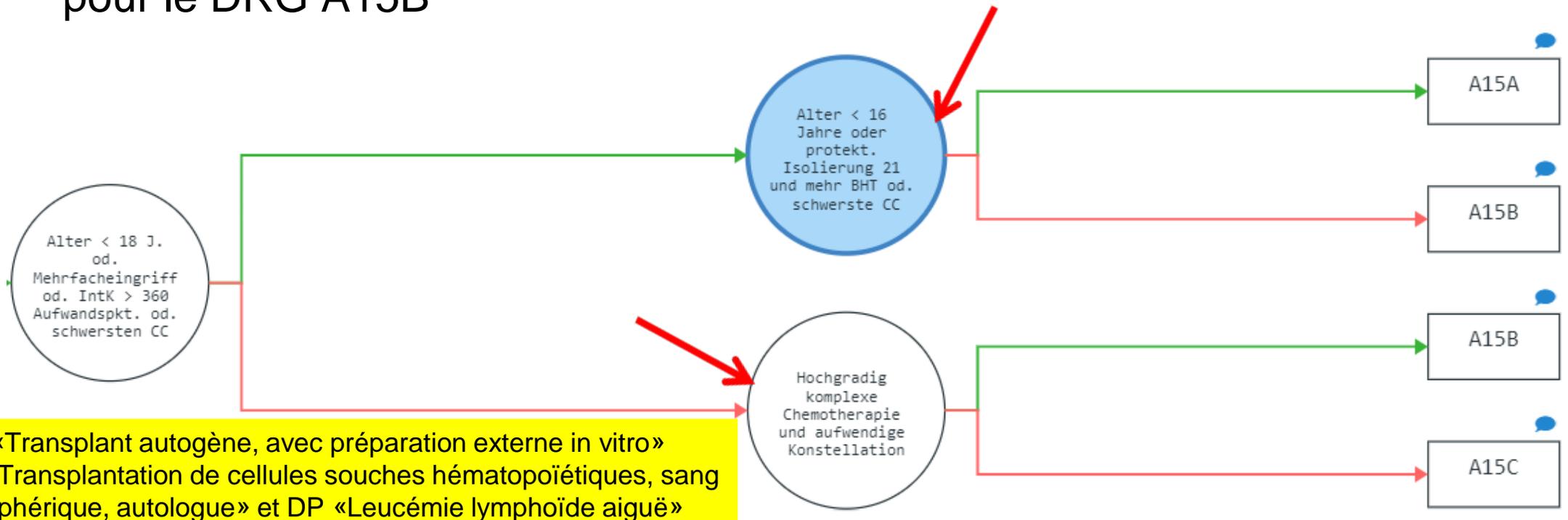
Pré-MDC

Transplantation de moelle osseuse/cellules souches, autologue

Remarque:

- Nouveau split dans le DRG de base A15
- Élargissement de la condition de split pour le DRG A15B

Âge < 16 ans,
PCCL > 5,
Isolement protecteur en chambre spéciale, à partir de
21 jours de traitement

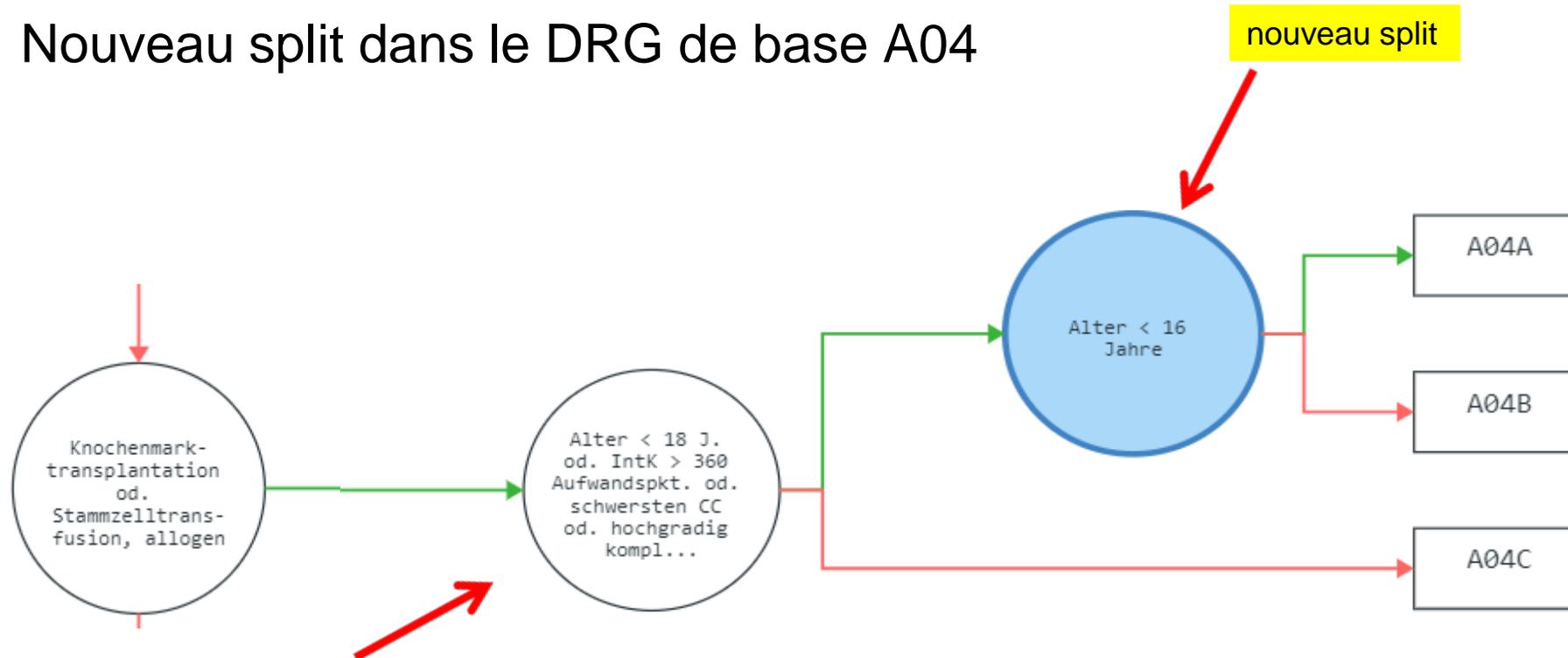


Pré-MDC

Transplantation de moelle osseuse/cellules souches, allogène

Remarque:

- Contrôle de la condition de split pour le DRG A04B
- Nouveau split dans le DRG de base A04



suppression: traitement complexe d'agents infectieux multirésistants à partir de 14 jours de traitement
nouveau: chimiothérapie hautement complexe avec situation coûteuse

Pré-MDC

Radiothérapie

Problème:

- La condition de split du DRG selon les rémunérations supplémentaires corrigées n'est plus un séparateur de coûts

Transformation:

- DRG A93C et B fusionnés → A93B «*Radiothérapie, plus de 19 séances d'irradiation ou CC extrêmement sévères*»
- Inclusion du critère de split «*PCCL > 3*» dans A93B
- DRG A93D supprimé

Pré-MDC

Traitement complexe de médecine palliative

Demande:

- Les cas avec traitement complexe de médecin palliative à partir de 7 jours de traitement ne sont pas représentés de manière adéquate dans le DRG de base A97

Transformation:

- Logique «*Procédure opératoire complexe/procédure de complication*» en lien avec un traitement complexe de médecine palliative réduite à «*à partir de 7 jours de traitement*» OU «*ADRG A93*» pour DRG A97B

→ Représentation adéquate

→ Parallèlement, revalorisation des cas avec plus de 8 séances d'irradiation

Pré-MDC

Traitement complexe de médecine palliative

Demande:

- Les cas avec «*Traitement complexe de médecine palliative*» et «*Traitement de la douleur*» sont sous-rémunérés dans le DRG de base A97

Analyse:

- Les cas avec «*traitement multimodal de la douleur*» ne présentent pas de sous-rémunération
- Les cas avec «*traitement complexe des douleurs aiguës, 14 jours de traitement et plus*» ne sont pas représentés de manière adéquate

Transformation:

- Revalorisation de ces cas dans le DRG A97A

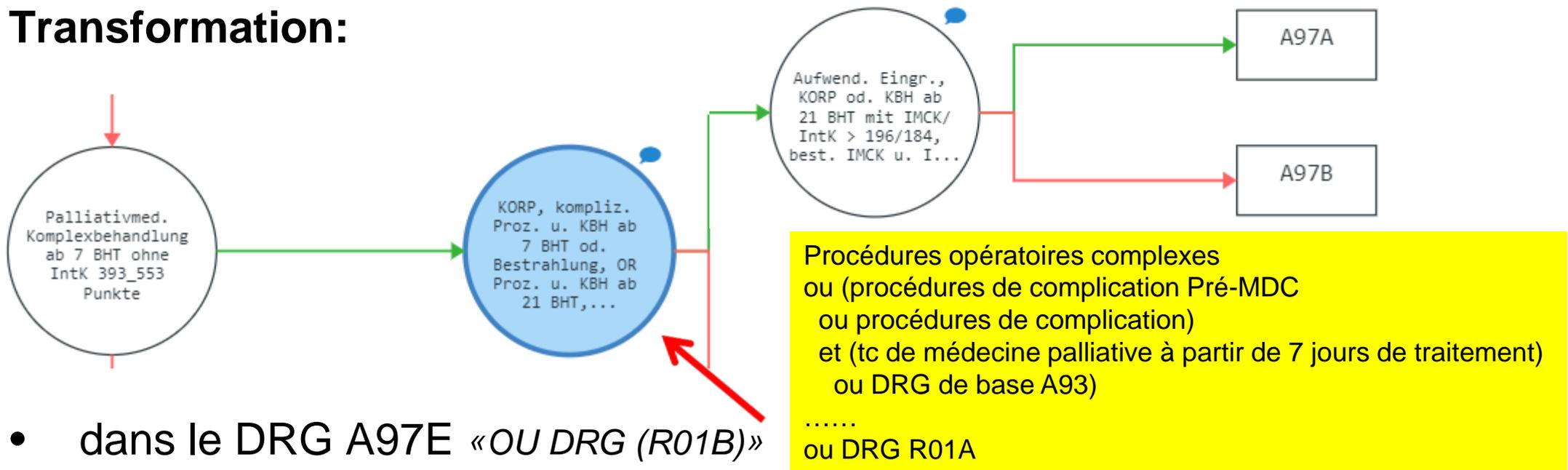
Pré-MDC

Traitement complexe de médecine palliative

Demande:

- Les cas avec intervention chirurgicale de la MDC 17 ne sont pas représentés de manière adéquate

Transformation:



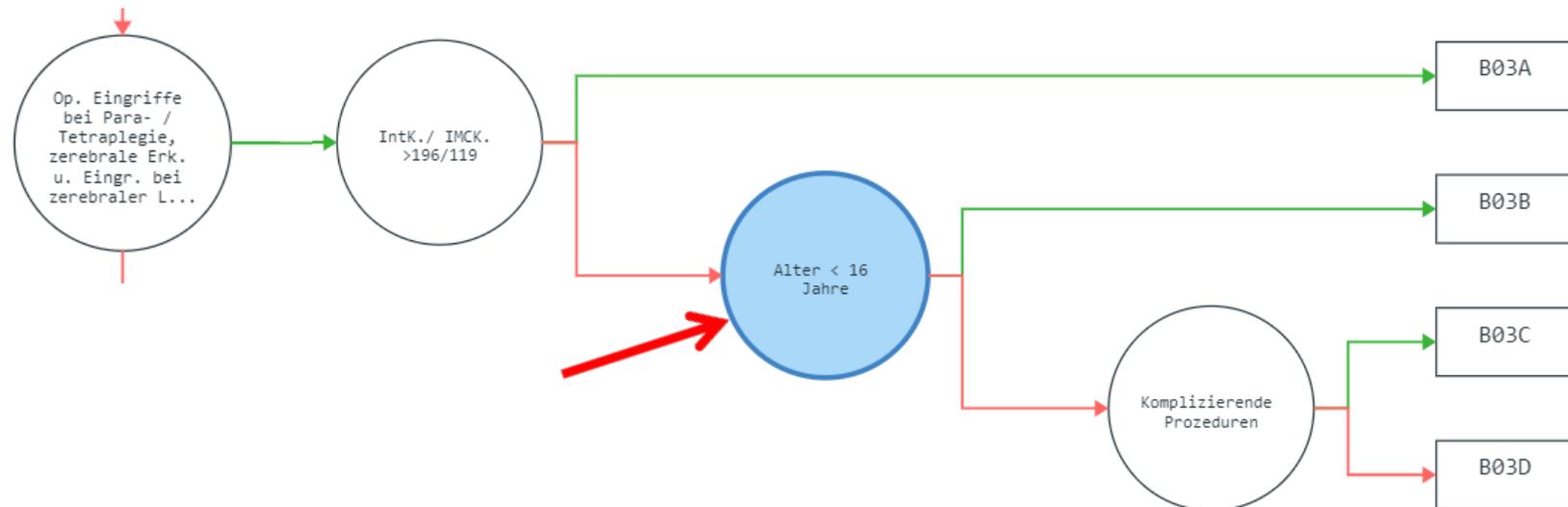
Systeme nerveux MDC 01

Split pédiatrique

Problème:

- La condition de split dans le DRG B03A «*Interventions opératoires pour para/tétraplégie, affection cérébrale et interventions pour paralysie cérébrale, dystrophie musculaire, neuropathie ou interventions sur la colonne vertébrale et la moelle osseuse, et traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196/119 points, ou âge < 16 ans*» n'est plus adéquate

Transformation:



Systeme nerveux MDC 01

Interventions intra- et extracrâniennes

Demande:

- Sous-rémunération de cas avec interventions endovasculaires sur des vaisseaux intra- et extracrâniens

Transformation:

- Inclusion de la condition «*Interventions vasculaires intracrâniennes*» et «*Interventions vasculaires extracrâniennes*» dans le DRG de base B01 «*Procédures opératoires complexes en plusieurs temps pour maladies et troubles du système nerveux ...*» et le DRG B01A
- Ajout dans le tableau «*Interventions vasculaires intracrâniennes*» avec les codes CHOP 39.72.1- «*Embolisation sélective de vaisseaux intracrâniens*»
- Fusion des DRG B20D et B20E → DRG B20D «*Interventions intracrâniennes particulières ou complexes ...*»

Systeme nerveux MDC 01

Chirurgie de la moelle osseuse

Demande:

- Sous-rémunération de cas avec le code CIM G95.0 «*Syringomyélie et syringobulbie*» et le code CHOP 03.6 «*Libération d'adhérences de moelle épinière et de racine nerveuse*» dans le DRG de base B03 «*Interventions opératoires pour para/tétraplégie, affection cérébrale et interventions pour paralysie cérébrale, dystrophie musculaire, neuropathie, ou interventions sur la colonne vertébrale et la moelle osseuse*»

Transformation:

- Inclusion du code CHOP 03.6 «*Libération d'adhérences de moelle épinière et de racine nerveuse*» dans le tableau pour le DRG B03C

→ Représentation adéquate de ces cas

Systeme nerveux MDC 01

Apoplexie

Problème:

- Les cas avec «*Thrombolyse et 1 jour d'hospitalisation*» dans le DRG B70F «*Apoplexie, plus d'un jour d'hospitalisation ou thrombolyse...* » sont nettement sur-rémunérés

Transformation:

- Les cas avec le code CHOP 99.10.16 «*Perfusion quotidienne de substance thrombolytique, jusqu'à 2 jours de traitement*» et «*Un jour d'hospitalisation*» sont regroupés désormais dans le DRG B70J «*Apoplexie avec traitement neurologique complexe d'accident vasculaire cérébral aigu > 23 heures à < 48 heures ou thrombolyse, un jour d'hospitalisation*»



Systeme nerveux MDC 01

Apoplexie

Demande:

- Inclusion du code CHOP 93.89.1J «*Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce, jusqu'à 6 jours de traitement*» dans le DRG B70A «*Apoplexie avec traitement neurologique complexe d'accident vasculaire cérébral aigu > 72 heures,*»

Analyses:

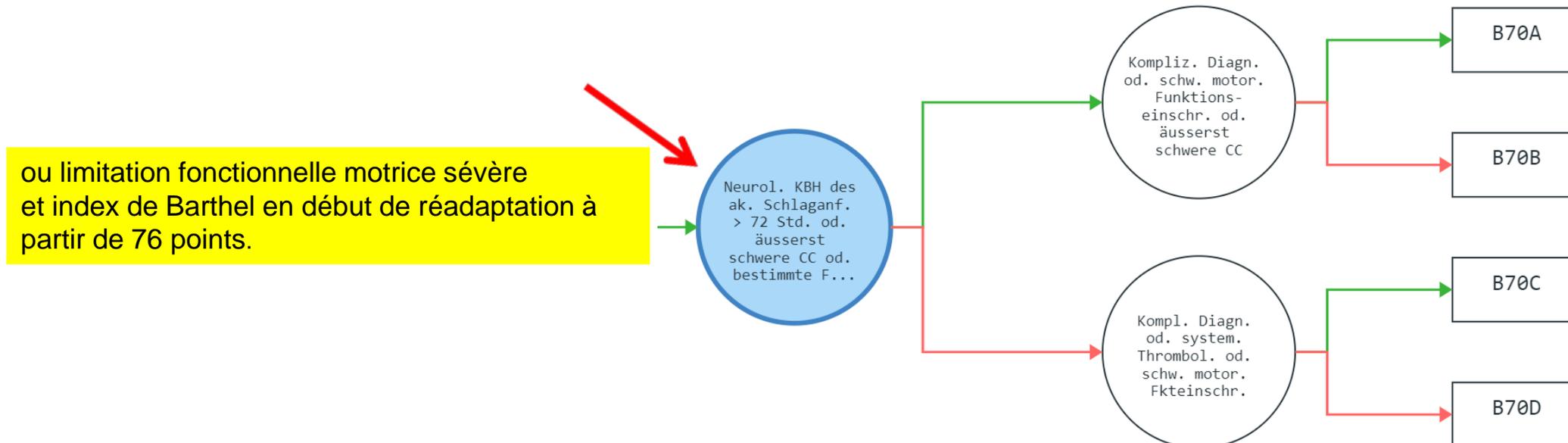
- Le code CHOP n'est pas un séparateur de coûts
- Cependant, les cas avec le code CIM U50.4- / U50.5- «*Limitation fonctionnelle motrice sévère ou très sévère*» associé aux codes CIM U52.2 / U52.3 «*Index de Barthel en début de réadaptation: à partir de -76 points*» sont sous-rémunérés dans le DRG B70C

Systeme nerveux MDC 01

Apoplexie

Transformation:

- Inclusion des codes CIM U50.4- / U50.5- «*Limitation fonctionnelle motrice sévère ou très sévère*» comme DS et des codes CIM U52.2 / U52.3 «*Index de Barthel en début de réadaptation à partir de -76 points*» dans la condition de split pour le DRG B70A «*Apoplexie avec traitement neurologique complexe...*»



Systeme nerveux MDC 01

Épilepsie

Demande:

- Les codes CIM non spécifiques concernant l'«*Épilepsie*» dans le DRG de base DRG B81 «*Myélopathies vasculaires ou autres affections du système nerveux, plus d'un jour d'hospitalisation*» ne sont pas représentés correctement

Transformation:

- Les codes CIM:

- G40.09 «*Épilepsie idiopathique (partielle) localisée (focale) ...*»
- G40.9 «*Épilepsie, sans précision*»
- G41.9 «*État de mal épileptique, sans précision*»

ont été intégrés dans le DRG de base B76 «*Crises convulsives ou vidéo-EEG ou tc pour épilepsie...*»

- Suppression des codes du DRG de base B81

Systeme nerveux MDC 01

Nerfs périphériques

Demande:

- Spasticités de la main, par ex. après une lésion du neurone moteur supérieur ou de blessures cervicales de la moelle épinière et le code 99.B6.2- «TC de la main, selon le nombre de jours de traitement» généralement sous-rémunérés
- Propres DRG avec condition de split selon les jours de traitement

Transformation:

- Pas de sous-rémunération systématique identifiable
- Peu de cas
- Cas dans le DRG de base B71 «Affections des nerfs cérébraux et des nerfs périphériques,...» avec une consommation élevée de ressources
- Inclusion de la condition «TCsur la main à partir de 7 jours de traitement» dans le DRG B71B

Systeme nerveux MDC 01

Démence

Demande:

- Sous-rémunération de cas avec le code CIM F03 «*Démence, sans précision*» et F01.9 «*Démence vasculaire, sans précision*»
- Examen du split au sein du DRG de base B81 «*Myélopathies vasculaires ou autres affections du système nerveux, plus d'un jour d'hospitalisation*»

Transformation:

- Split PCCL >3 dans le DRG B81B «*Myélopathies vasculaires ou autres affections du système nerveux avec diagnostic complexe ou acte diagnostique neurologique complexe ou CC extrêmement sévères, plus d'un jour d'hospitalisation, âge > 15 ans*»
- Pour les cas avec les codes CIM F03 et F01.9, aucune utilisation supplémentaire de ressources n'est identifiable

Systeme nerveux MDC 01

Tuberculose

Remarque:

- Affections tuberculeuses du systeme nerveux representees dans le tableau DP de la MDC 04 «*Organes respiratoires*»

Transformation:

- Deplacement des diagnostics
 - A17.0 «*Meningite tuberculeuse*»
 - A17.1 «*Tuberculome meningé*»
 - A17.8 «*Autres formes de tuberculose du systeme nerveux*»
 - A17.9 «*Tuberculose du systeme nerveux, sans précision*»
- Inclusion dans la MDC 01 dans le DRG de base B72 «*Infections du systeme nerveux sauf meningite virale*»

O.R.L. MDC 03

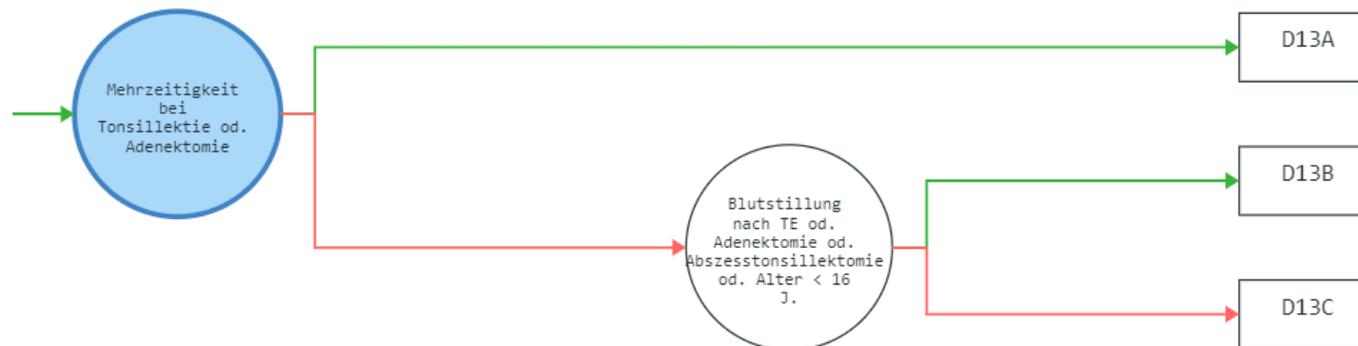
Tonsillectomie et adénectomie

Demande:

- Examen de l'intervention en plusieurs temps dans le DRG de base D13
«*Tonsillectomie ou adénectomie sauf en cas de néoformation maligne*»

Résultat:

- Des cas présentent des coûts supplémentaires marqués
- Établissement d'un nouveau DRG D13A «*Tonsillectomie ou adénectomie sauf en cas de néoformation maligne avec intervention en plusieurs temps*»



Organes respiratoires MDC 04

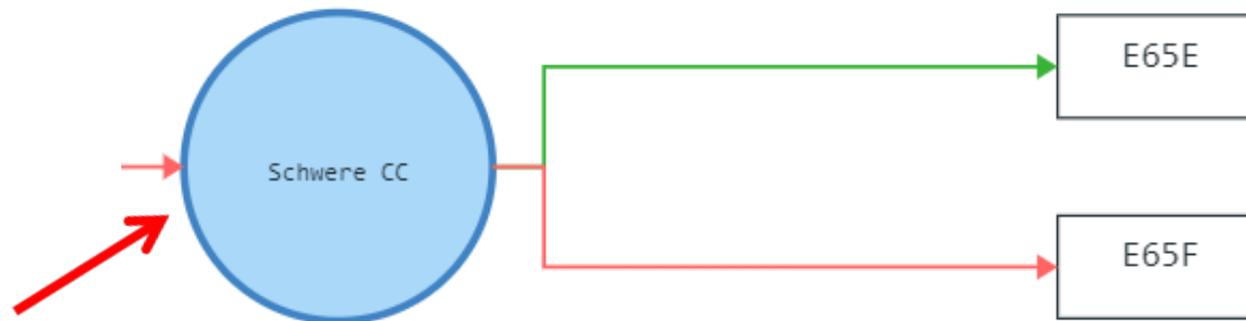
Maladies chroniques obstructives des voies respiratoires

Demande:

- Revalorisation de cas dans le DRG E65C «*Maladies chroniques obstructives des voies respiratoires avec bronchoscopie rigide, plus d'un jour d'hospitalisation*» avec split PCCL dans le DRG E65B

Transformation:

- Pas de séparateur de coûts identifiable dans le DRG E65C
- Mais des cas coûteux dans le DRG E65E – nouveau split



Organes respiratoires MDC 04

Pneumonies

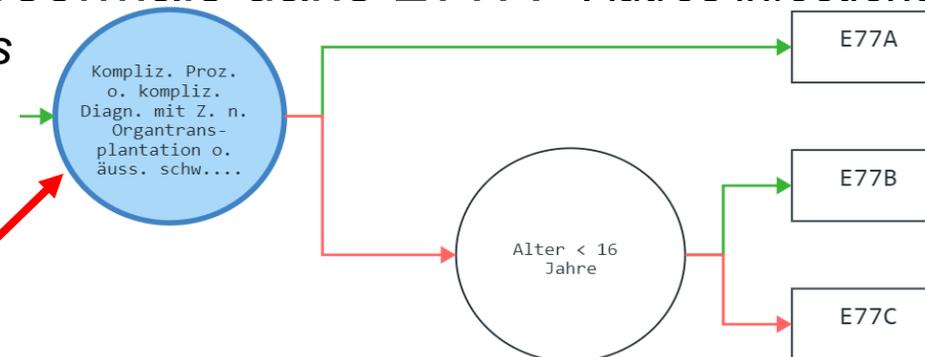
Demande:

- Examen du DRG de base E77 «*Autres infections et inflammations des organes respiratoires ...*» pour une représentation plus adéquate et une revalorisation des différentes pneumonies

Transformation:

- Sous-rémunération de cas d'un degré de sévérité élevé
- Les cas avec «*PCCL > 4*» sont désormais dans E77A «*Autres infections et inflammations des organes respiratoires avec diagnostic de complication... ou CC les plus sévères, plus d'un jour d'hospitalisation*»

ou PCCL > 4



Appareil circulatoire MDC 05

Endartériectomie pulmonaire

Demande:

- Ablation de la partie interne de la paroi vasculaire réalisée sous arrêt circulatoire intraopératoire
- Les cas ne correspondent pas aux coûts effectifs dans les DRG F37A et F36C

Transformation:

- Revalorisation des codes CHOP 39.61.13/14 «*Circulation extracorporelle conventionnelle (CEC) sous forte hypothermie...*» en combinaison avec 38.15.30 «*Endartériectomie de l'artère pulmonaire*» dans le DRG de base F36 ainsi que le DRG F36B «*Maladies et troubles de l'appareil circulatoire avec traitement complexe de soins intensifs > 392/552 pointsou intervention vasculaire complexe avec cœur-poumon artificiel ou endartériectomie pulmonaire*»

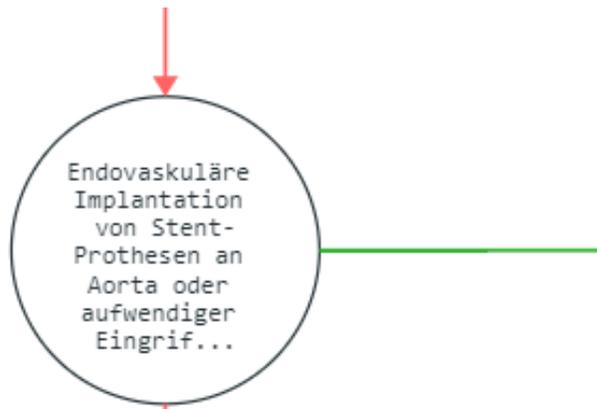
Appareil circulatoire MDC 05

Endoprothèse (stent) aortique endovasculaire

Remarque:

- Certains cas des DRG de base F98 «*Intervention valvulaire cardiaque endovasculaire*» et F51 «*Implantation endovasculaire d'endoprothèse (stent) aortique...* » remplissent les logiques des deux DRG de base
- Consommation de ressources nettement différente

Transformation:



Affectation de ces cas dans le DRG de base F98

Les cas du DRG de base F51 ne doivent pas présenter de codes du DRG F98

Appareil circulatoire MDC 05

Remplacement de valve cardiaque par implantation endovasculaire

Remarque:

- Les cas avec «Retrait d'une prothèse valvulaire **ainsi qu'implantation** d'une prothèse valvulaire» avec accès endovasculaire/transapical ne sont pas représentés comme «Implantation d'une prothèse valvulaire»

Transformation:

- Revalorisation des codes CHOP 35.H2.23/24; 35.H2.33/34; 35.H4.23 et 35.H4.33 dans le tableau du DRG de base F98 «Intervention valvulaire cardiaque endovasculaire»

→ Représentation adéquate

Appareil circulatoire MDC 05

ACTP

Demande:

- Imagerie intravasculaire de vaisseaux coronaires «*IVUS*» et «*OCT*» représentée de manière adéquate dans le DRG F24C
- Cependant, le procédé par «*athérectomie rotative*» n'était jusqu'ici pas pris en compte
- Également consommation plus élevée de ressources

Transformation:

- Mise au même niveau des procédés 37.2A.11 «*IVUS*»; 37.A2.12 «*OCT*» et 00.66.30 «*Angioplastie coronaire transluminale percutanée [PTCA] par l'athérectomie rotative*» au sein du DRG de base F24

Appareil circulatoire MDC 05

Tableau de diagnostics principaux

Remarque:

- Sous-rémunération de cas avec en diagnostic principal les codes CIM S35.- «*Lésion traumatique de vaisseaux sanguins...*» dans la MDC 21B «*Blessures, empoisonnements....* »
- Dans la MDC 17, le diagnostic principal avec le code CIM C79.84 «*Autres tumeurs malignes secondaires du cœur*» n'est pas représenté de manière adéquate

Transformation:

- Déplacement des diagnostics principaux dans la MDC 05 dans le DRG de base F75 «*Autres maladies du système circulatoire, plus d'un jour d'hospitalisation*» de la partition médicale
- Représentation appropriée de ces cas

Organes digestifs MDC 06

Interventions en plusieurs temps

Demande:

- Examen de l'homogénéité dans le DRG G12B «*Autres procédures opératoires sur les organes digestifs*»
- Les cas avec une plus longue durée de séjour, des diagnostics particuliers, des complications ou un traitement coûteux étaient insuffisamment rémunérés

Transformation:

- Inclusion en tant que critère de split «*Procédure opératoire particulière en plusieurs temps*» dans le DRG G12A «*Autres procédures opératoires sur les organes digestifs ou interventions en plusieurs temps*»
- Pas d'autres séparateurs de coûts identifiables

Systeme hépatobiliaire MDC 07

Néoplasmes malins et pancréatite

Problème:

- Les heures de ventilation en lien avec des points de traitement complexe de SI dans le DRG de base H33 «*Procédures opératoires complexes en plusieurs temps ou traitement sous vide complexe ou traitement sous vide avec intervention particulière ou ventilation artificielle > 95 h avec traitement complexe de soins intensifs > 196/360 points*» ne sont plus un séparateur de coûts

Analyse:

- Nombre non homogène de cas dans le DRG H33Z
- Les cas coûteux dans le DRG de base H01 sont sous-rémunérés

Systeme hépatobiliaire MDC 07

Néoforations malignes et pancréatite

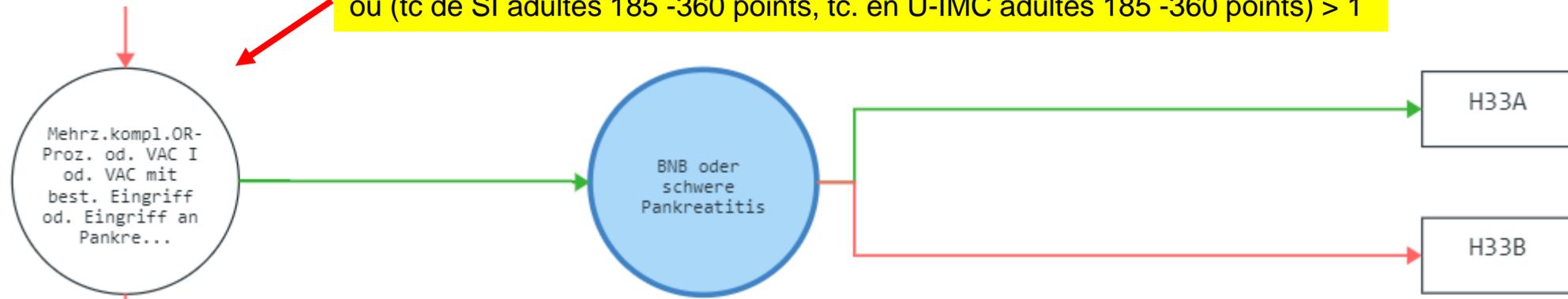
Transformation:

- Suppression de la condition «*Ventilation artificielle > 95 heures*» dans le DRG de base H33
- et ajout de «*ADRG (H01)*» dans la logique en comb. avec les points TC de SI
- Inclusion de la condition «*TC de SI 180-360 points et TC en U-IMC 180-360 points*» dans le DRG de basis
- Split du H33B en DRG H33A et H33B avec le critère de split «*néoformation maligne ou pancréatite sévère*»

ou DRG de base H01

et (tc de SI adultes > 360, tc. de SI nouveau-nés/enfants > 196)

ou (tc de SI adultes 185 -360 points, tc. en U-IMC adultes 185 -360 points) > 1



Systeme hépatobiliaire MDC 07

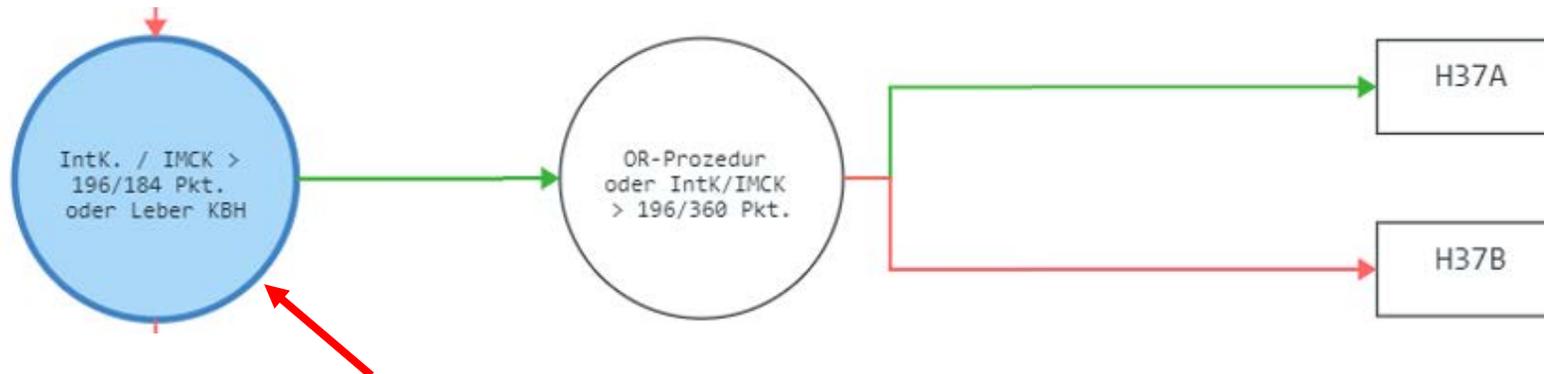
Traitement complexe de cirrhose hépatique

Demande:

- Examen de la représentation des cas avec le code 99.B1.1- «*Traitement complexe du foie, selon le nombre de jours de traitement*»

Transformation:

- Les analyses indiquent une sous-rémunération des cas
- Suppression dans des DRG de base H60 et H87



Systeme locomoteur MDC 08

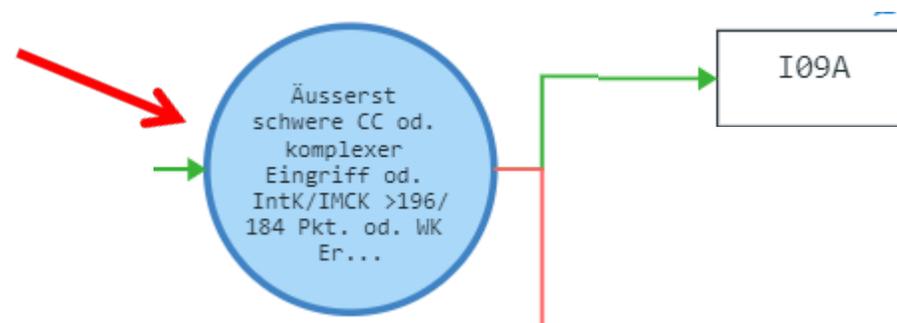
VEPTR / Growing rod

Problème:

- Des cas avec «*Implantation VEPTR (vertical expandable prosthetic titanium rib)*» OU «*.. de systemes evolutifs ou expansifs, colonne vertebrale*» dans le DRG I09B sont sous-rémunérés

Transformation:

- Revalorisation de ces cas du DRG I09B dans le DRG I09A «*Fusion de corps vertebraux avec CC extrêmement sévères ou intervention complexe* »



Systeme locomoteur MDC 08

Prothese modulaire ou à tige longue

Demande:

- Les prothèses spéciales sont nettement sous-rémunérées lors d'affections non oncologiques
- Les DRG de base I04 «*Révision ou remplacement de l'articulation du genou ...*» et I12 «*Infection/inflammation des os et des articulations ...*» sont particulièrement concernés

Transformation:

- Inclusion des codes CHOP 81.A1.12 «*Prothese modulaire*» et 81.A1.13 «*Prothese à tige longue*» dans le nouveau tableau
 - Tableau dans le split pour le DRG I04A; I43B et en lien avec un DP dans I46B
 - Cas représentés de manière adéquate dans le DRG de base I12
- Révision proposée dans la CHOP «*Éléments métalliques individuels*»

Système locomoteur MDC 08

Traitement sous vide

Demande:

- Les cas avec des interventions en plusieurs temps dans le DRG de base I12 «*Infection/inflammation des os et des articulations avec différentes interventions sur l'appareil musculosquelettique et le tissu conjonctif*» sont déficitaires

Transformation:

- Pas d'indication de sous-rémunération en cas d'intervention en plusieurs temps
- Mais des coûts supplémentaires sont identifiables pour les cas avec «*traitement sous vide*» dans le DRG I12C
- Inclusion de la condition de split pour le DRG I12B «*Infection/inflammation des os et des articulations ... ou traitement sous vide*»

Systeme locomoteur MDC 08

Goutte idiopathique

Demande:

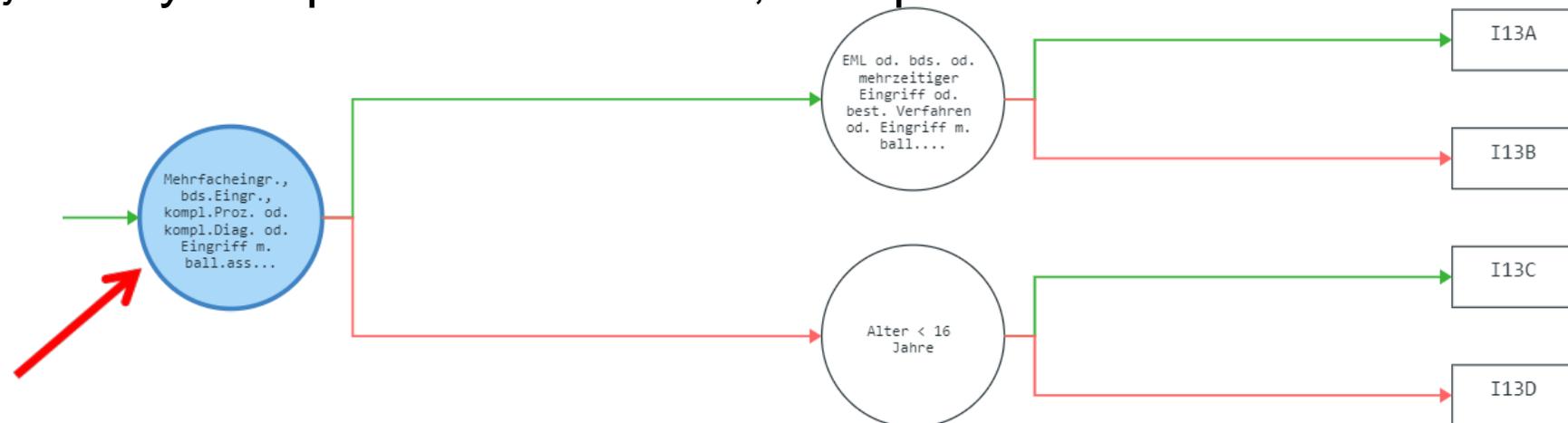
- Révision des tableaux dans le DRG de base DRG I13 «*Interventions sur l'humérus, le tibia, le péroné et la cheville*»
- Le tableau contient uniquement le code pour la goutte non spécifique M10.09 «*Goutte idiopathique, localisations non précisées*»
- Inclusion de codes pour néoformation primaire / secondaire de l'os
- En particulier le code CIM C79.5 «*Tumeur maligne secondaire des os et de la moelle osseuse*» n'est pas assez couvert

Systeme locomoteur MDC 08

Goutte idiopathique

Transformation:

- Inclusion du groupe de codes CIM M10.- «Goutte» dans le DRG de base I13 non adéquate
- Suppression du code M10.09 «Goutte idiopathique, sans précision» dans le tableau pour le DRG I13B
- Nouveau tableau dans le DRG I13B avec les codes CIM «néoformation maligne du tissu conjonctif» y compris le code C79.5, adéquat



Systeme locomoteur MDC 08

CFAO – Implants face / crâne

Demande:

- Les cas avec *«implants, spécifiques au patient, fabriqués en préopératoire par imagerie tridimensionnelle»* sont regroupés dans le DRG I15A *«Opérations sur la boîte crânienne et le crâne facial avec procédé particulier, âge < 16 ans»*
- Cependant, les codes CHOP *«Insertion d'un implant CAD au niveau des os de la boîte crânienne/de la face...»* sont regroupés dans le DRG I15B

Transformation:

- Inclusion des codes CHOP 02.05.11/20/30 *«Insertion d'un implant CAD au niveau des os de la boîte crânienne... »* et 76.92.21/31 *«Insertion d'un implant CAD au niveau des os de la face... »* pour le DRG I15A *«Opérations sur la boîte crânienne et le crâne facial avec procédé particulier, âge < 16 ans»*

Systeme locomoteur MDC 08

Pied creux et pied plat

Demande:

- Tous les DRG du DRG de base I20 sont déficitaires (selon le demandeur)
- Vérification générale et revalorisation du DRG de base I20 «*Interventions sur le pied*»
- Interventions correctives dans diagnostics comme pied plat/pied creux très coûteuses
- Les interventions multiples en un temps sont sous-rémunérées
- Vérification de plus de 40 codes CHOP demandée

Analyses:

- Les données pour toute la Suisse montrent une représentation très hétérogène
- Pas de sous-couverture systématique identifiable
- Code CHOP 84.A1.2- «*Interventions multiples en un temps.....* » codable qu'à partir de 2019

Systeme locomoteur MDC 08

Pied creux et pied plat

Transformation:

- Revalorisation des codes CIM M21.4 / M21.61 / Q66.5 «*Pied plat*» et M21.60 «*Pied creux*»
 - en lien avec certains codes CHOP
 - et le code CHOP 84.A1.22/23/24 «*Interventions multiples en un temps sur 3 rayons metatarsiens et des orteils et plus*»
 - pour le DRG I20A «*Interventions sur le pied avec plusieurs interventions hautement complexes... »*
- Représentation adéquate de ces cas
- Pas d'autre indication de sous-rémunération

Systeme locomoteur MDC 08

Adaptation de tableau

Remarque:

- Dans le DRG I20A, le code CHOP 79.37.40 «*Réduction ouverte de fracture simple d'autres os du tarse et du métatarse, avec fixation interne*» est surestimé

Transformation:

- Suppression du code CHOP du tableau pour le DRG I20A «*Interventions sur le pied avec plusieurs interventions hautement complexes ou*»

→ Représentation adéquate

Systeme locomoteur MDC 08

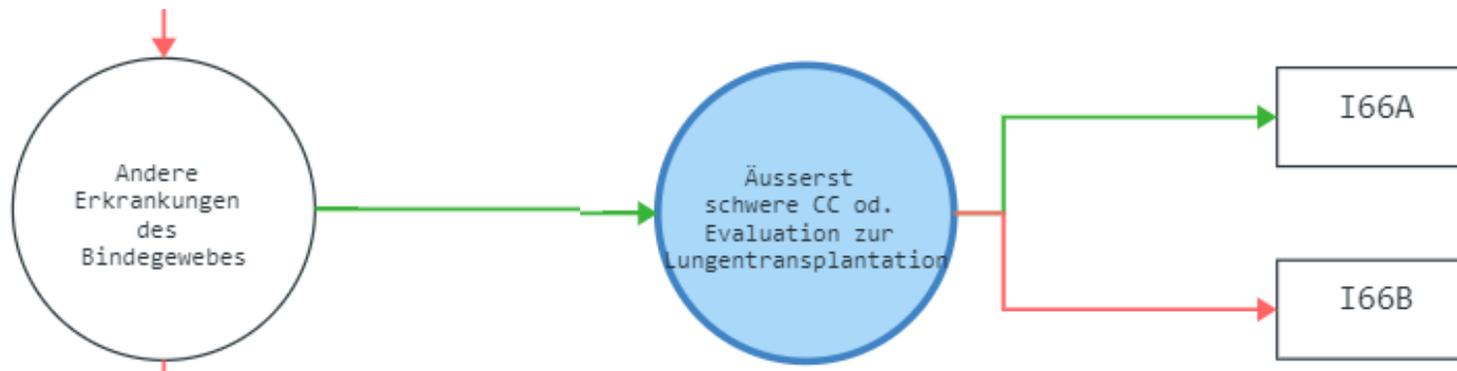
Évaluation en vue d'une transplantation pulmonaire

Demande:

- Sous-rémunération de cas avec une évaluation en vue d'une transplantation pulmonaire et un diagnostic principal en dehors de la MDC 04

Transformation:

- Inclusion de codes CHOP pour les évaluations complètes et ré-évaluations en vue d'une transplantation pulmonaire dans le DRG I66A «*Autres affections du tissu conjonctif avec CC extrêmement sévères ou évaluation en vue d'une transplantation pulmonaire, plus d'un jour d'hospitalisation*»



Organes urinaires MDC 11

Cystotomie (haute)

Demande:

- Les codes CHOP 57.19.2- «*Autre cystotomie, cystotomie (haute)*» dans le DRG L64A sont sous-rémunérés
- Les cas sont regroupés dans la partition médicale

Résultat:

- Les analyses ont confirmé les coûts significatifs des salles d'opération et des anesthésies
- Les codes CHOP semblables aux interventions comparables dans le DRG de base L06 «*Petites interventions sur la vessie*» sont affectés à la partition opératoire

Organes génitaux féminins MDC 13

Interventions réparatrices

Demande:

- Réparation du plancher pelvien intervention extrêmement complexe avec risque élevé de récurrence
- Revalorisation du code CHOP 54.21.20 «*Laparoscopie, voie d'abord pour interventions chirurgicales (thérapeutiques)*»

Analyse:

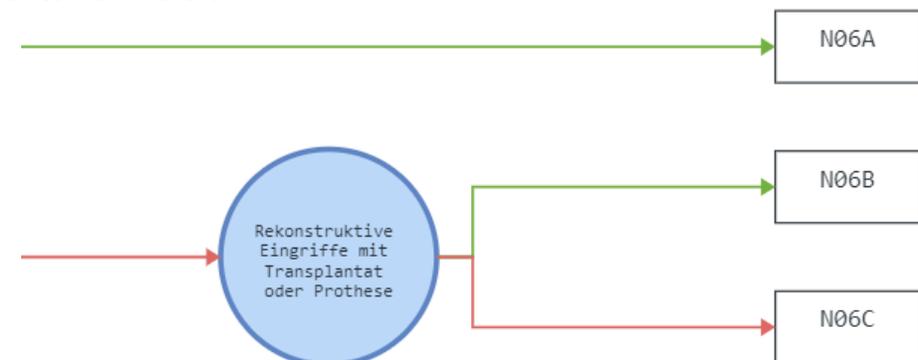
- Les interventions réparatrices avec greffe ou prothèse sont coûteuses
- Différentes voies d'abord sans différence de coûts

Organes génitaux féminins MDC 13

Interventions réparatrices

Transformation:

- Split du DRG N06B avec les codes CHOP:
 - 69.22 «Autre suspension utérine»
 - 70.53 «Réparation de cystocèle et de rectocèle, avec greffon ou prothèse»
 - 70.54 «Réparation de cystocèle, avec greffon ou prothèse»
 - 70.55 «Réparation de rectocèle, avec greffon ou prothèse»
 - 70.63 «Construction vaginale, avec greffon ou prothèse»
 - 70.64 «Reconstruction vaginale, avec greffon ou prothèse»
 - 70.78 «Suspension et fixation du vagin, avec greffon ou prothèse»



Organes génitaux féminins MDC 13

Adhésiolyse

Remarque:

- Les codes pour les adhésiolyse dans les divers DRG sont représentés avec des conditions supplémentaires différentes

Transformation:

- Les codes 54.51/-.52 «*Lyse d'adhérences péritonéales,...*» et 65.89.10/-.11 «*Autre adhésiolyse...*» sont regroupés dans les DRG de base
 - N02 «*Interventions sur l'utérus et le système utéroannexiel ou lymphadénectomie **pour néoformation maligne** des organes génitaux féminins*» et
 - N05 «*Ovariectomies et interventions complexes sur les trompes utérines **sauf lors de néoformation maligne***»

Organes génitaux féminins MDC 13

Excisions de ganglions lymphatiques

Remarque:

- Les excisions de ganglions lymphatiques avec une structure de coûts similaires sont représentées dans plusieurs DRG et avec des conditions supplémentaires différentes

Transformation:

- Excisions de ganglions lymphatiques code CHOP 40.3X.– «*Lymphadénectomie régionale ...*», 40.5- «*Excision radicale ...*» et 40.2- «*Excision simple...*» dans les DRG de base
 - DRG N02B «*Interventions sur l'utérus et le système utéroannexiel ou lymphadénectomie pour néoformation maligne de l'utérus, du col de l'utérus ou de la vulve*»
 - DRG N04B «*Hystérectomie ou autres interventions particulières **sauf en cas de néoformation maligne***»

Organes génitaux féminins MDC 13

Colpectomie

Demande:

- Les cas avec «*colpectomie*» pour néoformation maligne sont sous-rémunérés dans le DRG N06B

Transformation:

- Les codes CHOP 70.4X.20 «*Colpectomie totale*» et 70.4X.30 «*Colpectomie étendue (radicale)*» sont coûteux
- Revalorisation dans le DRG N06A «*Interventions réparatrices complexes sur les organes génitaux féminins, avec CC sévères ou procédure de complication*»

Organes génitaux féminins MDC 13

Excision/destruction de lésion utérine

Remarque:

- Les codes CHOP 68.29.12 «*Excision ou destruction de lésion utérine, par voie vaginale*» et 68.29.15 «*Excision ou destruction de lésion utérine, par hystérocopie*» représentent la même intervention
- Les codes sont regroupés dans différents DRG

Transformation:

- Mise au même niveau des interventions dans le DRG de base N23 «*Autres interventions réparatrices sur les organes génitaux féminins*»

Grossesse, naissance MDC 14

Traitement hospitalier avant l'accouchement

Demande:

- Rémunération insuffisante de cas avec traitement de longue durée **avant** l'accouchement dans le DRG de base O50 «*Traitement hospitalier avant l'accouchement à partir de 7 jours de traitement*»
- Split selon les jours de traitement code CHOP 73.7X.- «*Traitement hospitalier avant l'accouchement durant la même hospitalisation, jours de traitement*» dans le DRG de base O50

Transformation:

- Nouveau DRG O50A avec code CHOP 73.7X.15 «*Traitement hospitalier avant l'accouchement durant la même hospitalisation, 56 jours et plus de traitement*» et intervention particulière

→ les cas coûteux sont désormais représentés de manière adéquate

Grossesse, naissance MDC 14

Réparation du vagin après accouchement

Analyse:

- Procédures particulières en lien avec l'accouchement non représentées dans le DRG de base O02 «*Accouchement par voie basse avec intervention coûteuse ou procédure particulière avec diagnostic particulier*»

Transformation:

- Inclusion des codes CHOP du groupe 70.7- «*Autre réparation du vagin*» et 85.2- «*Excision ou destruction de tissu du sein*» dans le DRG de base O02

→ Suppression d'incitations négatives

Nouveau-nés MDC 15

Hernie diaphragmatique

Remarque:

- Codes CHOP 53.85.11 et 53.85.21 «*Opération de hernie diaphragmatique, par voie thoraco-abdominale, par chirurgie ouverte, sans / avec implantation de membranes et filets*» avec pertinence pour le regroupement différente par rapport au code CHOP 53.71.21 «*Opération de hernie diaphragmatique, par voie abdominale, par chirurgie ouverte, avec implantation de membranes et filets*» dans la MDC 15

Transformation:

- Inclusion des codes dans le DRG de base P02 «*Interventions cardiothoraciques ou vasculaires ou intervention en plusieurs temps chez le nouveau-né*»

Nouveau-nés MDC 15

Interventions en plusieurs temps

Demande:

- Examen de cas complexes dans la MDC 15 en vue d'une meilleure représentation lors de
 - Malformations
 - Nécroses du système digestif / de la paroi abdominale
 - Interventions en plusieurs temps

Analyses:

- Interventions en plusieurs temps avec des coûts élevés
- Cas coûteux avec un nombre plus élevé de points de traitement complexe de SI et/ou de traitement complexe en U-IMC

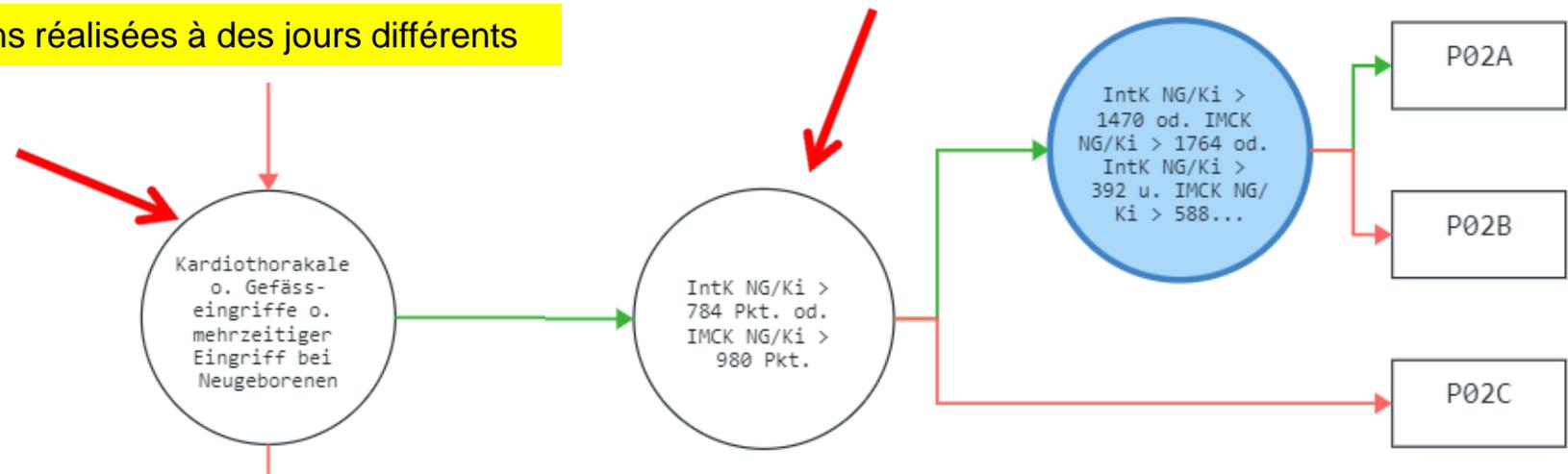
Nouveau-nés MDC 15

Interventions en plusieurs temps

Transformation:

- Nouvelle condition de split «*Interventions en plusieurs temps*» pour le DRG de base P02 «*Interventions cardiothoraciques ou vasculaires ou intervention en plusieurs temps chez le nouveau-né*»
- Les nouvelles conditions de split pour les DRG P02A et P02B avec «*points de traitement complexe de soins intensifs et/ou de traitement complexe en unité de soins intermédiaires*» sont de meilleurs séparateurs de coûts que les heures de ventilation

ou au moins 2 interventions réalisées à des jours différents



Nouveau-nés MDC 15

Diagnostics coûteux

Demande:

- Examen des cas avec le code CHOP
 - 00.95.2- «*Instruction du patient lors de diabète*»
 - 99.A2.1- «*Diagnostic de base de complexe symptomatique peu clair chez l'enfant*»
 - 99.A5.2-/3- «*Diagnostic complexe lors de suspicion de maltraitance*»

Transformation:

- Revalorisation des codes CHOP 99.A3.11-13 «*Diagnostic neuropédiatrique complexe ...*» et 99.A2.11 «*Diagnostic de base de complexe symptomatique peu clair chez l'enfant, avec diagnostic génétique*» ainsi que 99.A5.31 «*Diagnostic complexe lors de suspicion ou preuve de maltraitance ou de négligence à l'âge néonatal, du nourrisson, de l'enfance et de l'adolescence*»
- Les cas sont désormais regroupés dans le DRG de base P05/P66

Sang et système immunitaire MDC 16

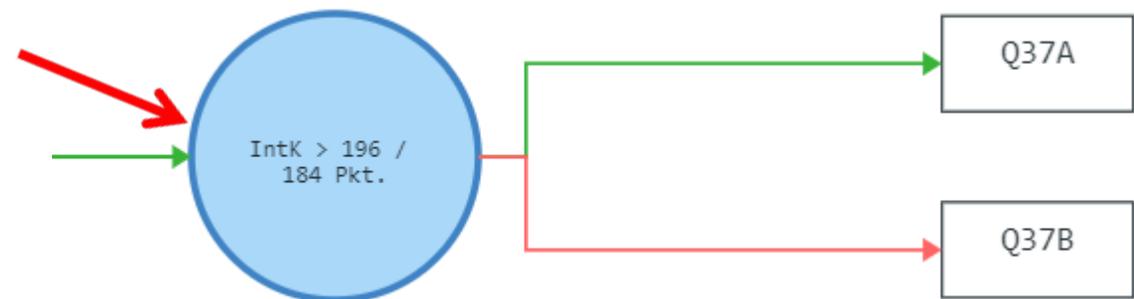
Traitement complexe en unité de soins intermédiaires

Remarque:

- Les cas avec des points de traitement complexe en unité de soins intermédiaires dans le DRG Q37A «*Maladies du sang, des organes hématopoïétiques et du système immunitaire ...*» sont surestimés

Transformation:

- Suppression de la condition de split «*TC en U-IMC > 196/119 points*»
- Les cas sont regroupés de manière adéquate dans le DRG Q37B «*Maladies du sang, des organes hématopoïétiques et du système immunitaire avec tc en U-IMC > 196/119 points*»



Sang et système immunitaire MDC 16

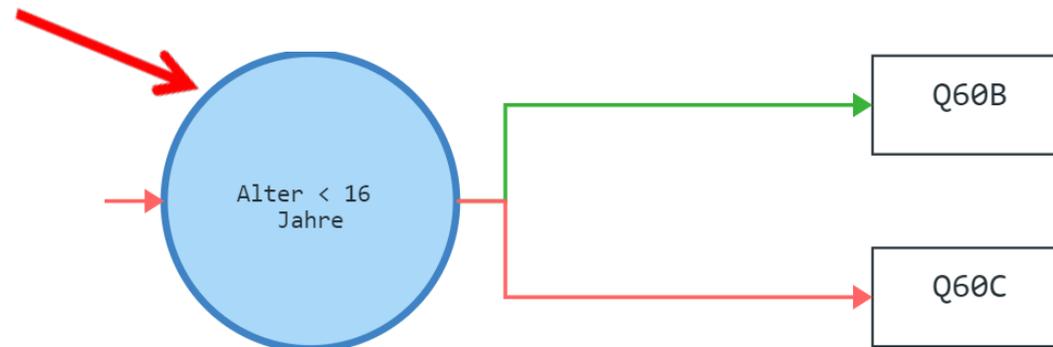
Split pédiatrique

Demande:

- Examen du DRG Q60B «*Affections du système réticulo-endothélial, du système immunitaire et troubles de la coagulation,...* » au moyen de diagnostics supplémentaires particuliers ou du split PCCL

Transformation:

- Split du Q60B «*Affections du système réticulo-endothélial, du système immunitaire et troubles de la coagulation, âge < 16 ans, plus d'un jour d'hospitalisation*»



Néoplasmes MDC 17

Diagnostics coûteux

Analyse:

- Mesures diagnostiques complexes avec consommation de ressources plus élevée
 - Codes CHOP 99.A1.11 à 99.A1.13 «*Diagnostic complexe ...*»
 - Codes CHOP 99.A0.11 et -.12 «*Diagnostic complexe de maladies hématologiques malignes...*»

Transformation:

- Inclusion dans la fonction «*Procédures de complication*»
- Dans le split pour le DRG R65A «*Néoplasmes hématologiques et solides, un jour d'hospitalisation, avec procédure particulière, âge < 18 ans*»

→ Représentation adéquate des diagnostics coûteux

Néoformations MDC 17

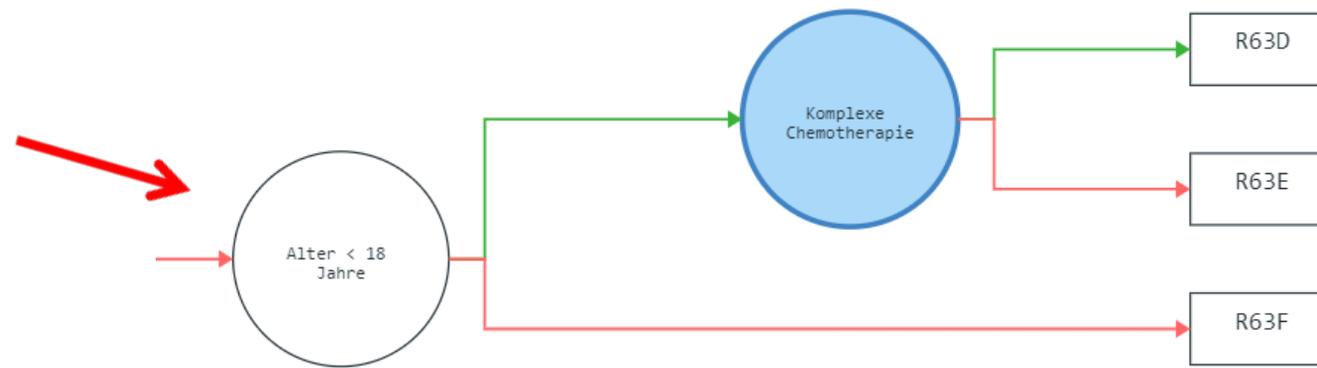
Leucémies aiguës

Demande:

- Examen de l'homogénéité des coûts des cas dans les DRG R63A et R63D

Transformation:

- Nouveau split de R63D avec la condition «*Chimiothérapie complexe*»
- Débouche également sur une meilleure représentation des cas enfants



Néoformations MDC 17

Cathéter Broviac

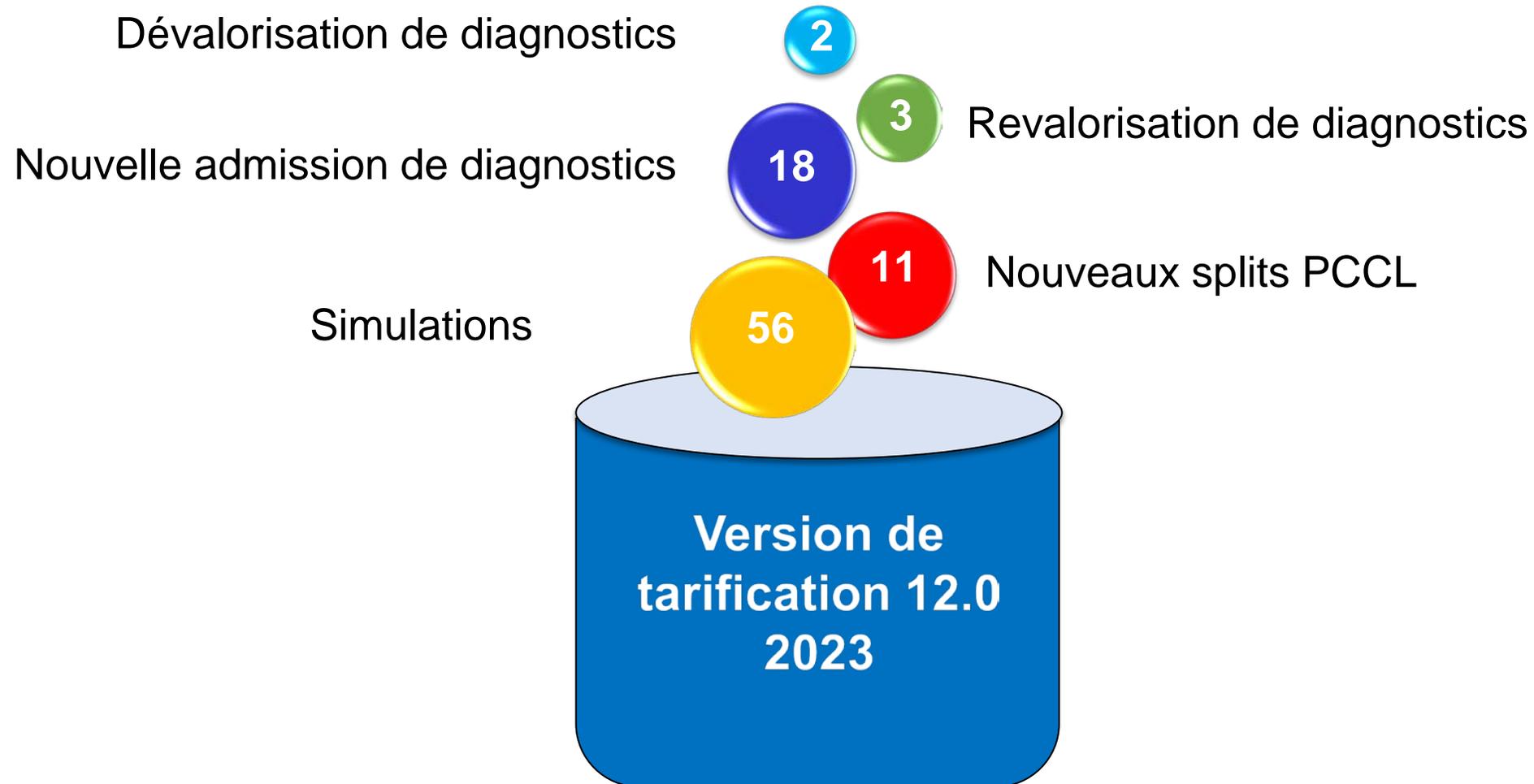
Demande:

- Mettre au même niveau la pose d'un Port-a-Cath 39.9A.11 «*Implantation ou remplacement d'un système de cathéter à demeure totalement implantable*» ou d'un cathéter Broviac 38.93.11 «*Insertion et remplacement d'un système de cathéter veineux à demeure pour utilisation prolongée*» pour le traitement de la leucémie

Transformation:

- Revalorisation du code CHOP 38.93.11 dans
 - la fonction «*Procédures de complication*» (→ R63A)
 - le DRG de base J11 (MDC 09)
 - les DRG R62A et R65B (MDC 17)

Matrice CC



Rémunérations supplémentaires - CHOP

Adaptation des rémunérations supplémentaires (CHOP)

- Nouvelle représentation RS-2022-72.01 «*Implantation d'un système d'assistance cardio-vasculaire, avec pompe, sans fonction d'échange gazeux, intravasculaire (y compris intracardiaque)*»
 - RS-2023-72.02: «*..... ventriculaire gauche, par voie percutanée*» CHOP 37.6A.41
 - RS-2023-72.03: «*.... ventriculaire droit, par voie percutanée*» CHOP 37.6A.42

Rémunérations supplémentaires - CHOP

Préparation des rémunérations supplémentaires (CHOP)

- Différenciation de codes vers le haut dans le catalogue 2020 de la CHOP:
 - Oxygénisation par membrane extracorporelle (ECMO)
 - Durée de traitement par un ballonnet de contre-pulsation intra-aortique (IABP)
 - 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, uni- et biventriculaire
- Ajustement des données en conséquence
- Représentation à partir de PV1.1 dans le catalogue des forfaits par cas

Rémunérations supplémentaires - ATC

Établissement de nouvelles rémunérations supplémentaires

- Daratumumab (voie sous-cutanée)
- Trastuzumab et pertuzumab
- Risdiplam
- Voretigène néparvovec (Luxturna)

Suppression des rémunérations supplémentaires

- Ambrisentan
- Sofosbuvir
- Sofosbuvir et lédipasvir
- Elbasvir et grazoprevir

Rémunérations supplémentaires - ATC

Adaptations des classes de dosage

- Élargissement des classes de dosage vers le haut pour 13 RS
- Élargissement des classes de dosage vers le bas pour 10 RS

Ajout d'un nouveau mode d'administration

- Abatacept (voie intrathécale)
- Trastuzumab (voie intrathécale)
- Plérixafort (voie intraveineuse)
- Asparaginase (voie intramusculaire)

Rémunérations supplémentaires - ATC

Examen des classes de dosage enfants

- Nouvelle classe de dosage enfants pour le ruxolitinib et le tocilizumab
- Posaconazole, voie orale
 - Première classe de dosage désormais jusqu'à 6 ans
 - Deuxième classe de dosage pour les personnes jusqu'à 16 ans
- Caspofungine
 - Une classe de dose enfants supprimée et
 - une modifiée en une classe de dosage enfants pour toutes

Rémunérations supplémentaires - ATC

Représentation du traitement par cellules CAR-T autologues pour

- lymphome à cellules B
- leucémie lymphoïde aiguë
- myélome multiple
- lymphome folliculaire
- lymphome à cellules du manteau

Représentation d'autres médicaments avec des contrats spéciaux

- Onasemnogène abéparvovec (Zolgensma)

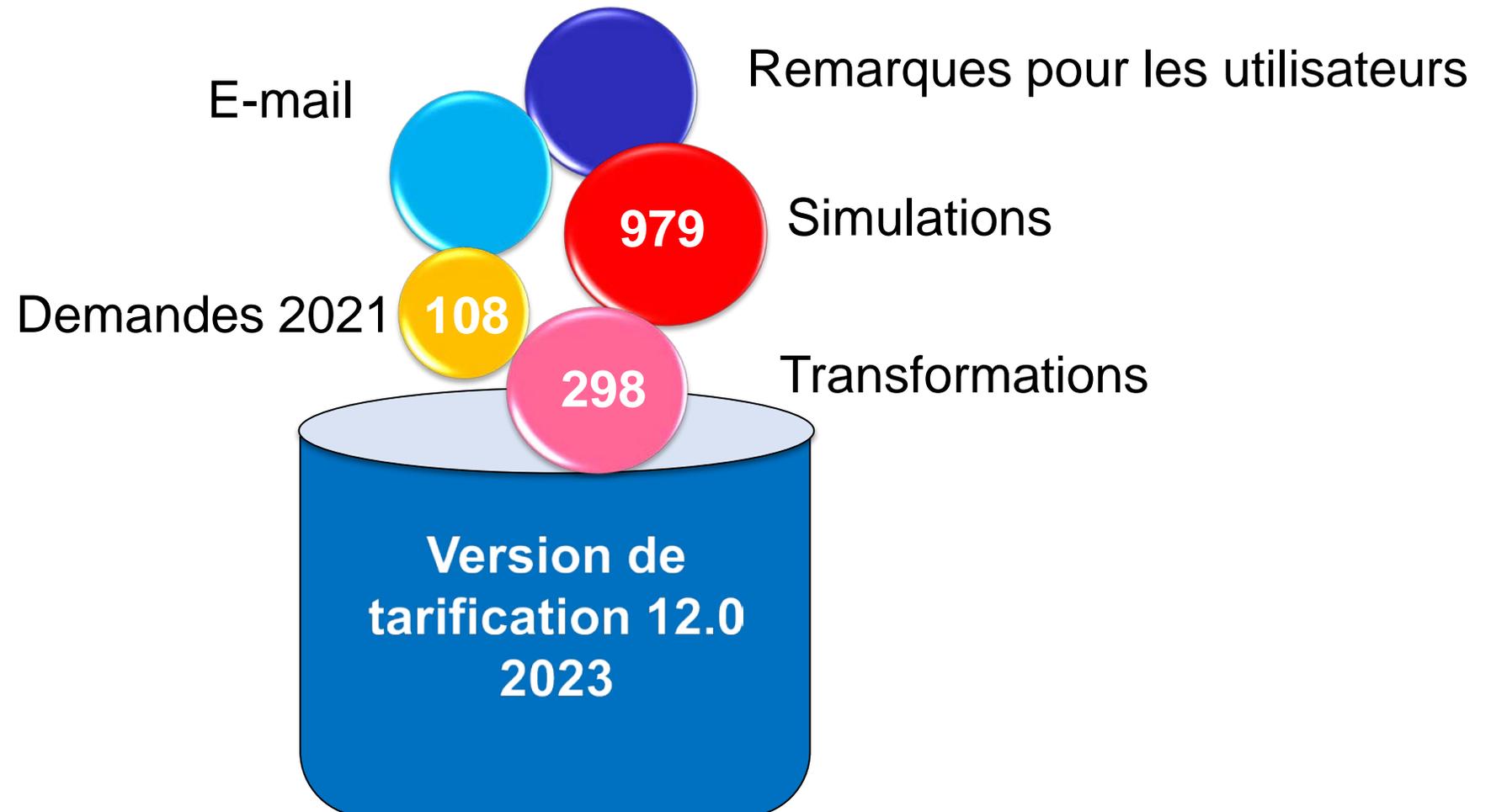
Révision de la classification des DRG

Procédure de demande

| | 2021 | 2020 | 2019 | 2018 |
|-----------|------------|------|------|------|
| Demandes | 108 | 188 | 180 | 222 |
| Réalisées | 47 | 111 | 93 | 144 |
| Taux | 43% | 59% | 52% | 65% |

Révision de la classification des DRG

Simulations



SwissDRG – Version 12.0 / 2023

1. Base de données
2. Développement du Groupier
- 3. Méthode de calcul**
4. Résultats

Analyses pour le calcul de BIS / BSS

Situation initiale

- certains DRGs avec durée de séjour longue présentent une envergure très élevée entre BIS et BSS
- le supplément pour les high outliers intervient relativement tard
- grande zone inlier

Analyses pour le calcul de BIS / BSS

Objectif

- Rémunération adéquate des low- et high outliers
- Examen de la qualité de représentation des cas dépassant la durée moyenne de séjour
- Utilisation de méthodes statistiques plus stables (quartile, médiane) pour déterminer la BIS et la BSS.
- Amélioration de la qualité globale du système

Détermination de la borne supérieure de la durée de séjour

Borne supérieure de la durée de séjour du DRG i:

$$BSS_i = \lfloor \min(mDS_i + 2 * sdDS_i; mDS_i + 17) \rfloor$$

→ Somme de la durée moyenne de séjour et de deux fois l'écart-type, sauf si celui-ci dépasse l'écartement maximal fixé de 17 jours.

→ Dans le catalogue des forfaits par cas est indiqué « premier jour avec supplément » = BSS + 1

mDS_i : Moyenne arithmétique de la durée de séjour des cas dans le DRG i
 $sdDS_i$: Écart-type de la durée de séjour des cas dans le DRG i

Détermination de la borne inférieure de la durée de séjour

Borne inférieure de la durée de séjour du DRG i :

$$BIS_i = \left\lfloor \max\left(2; \frac{mDS_i}{3}\right) \right\rfloor$$

→ Un tiers de la durée moyenne de séjour, mais au moins deux jours

→ Dans le catalogue des forfaits par cas est indiqué « premier jour avec réduction » = $BIS - 1$

mDS_i : Moyenne arithmétique de la durée de séjour des cas dans le DRG i

$sdDS_i$: Écart-type de la durée de séjour des cas dans le DRG i

Idée pour un calcul alternatif de la BIS / BSS

- Calcul basé sur les quartiles de la BIS et de la BSS d'un DRG i

$$BIS_i = q_{1,i} - IQR_i * \frac{a_u}{1 + b_u * c_u^{-IQR_i}}$$

$$BSS_i = med_i + IQR_i * \frac{a_o}{1 + b_o * c_o^{-IQR_i}}$$

où $b_u, b_o, c_u, c_o \in (0,1)$

IQR_i : Écart interquartile des durées de séjour des cas dans le DRG i

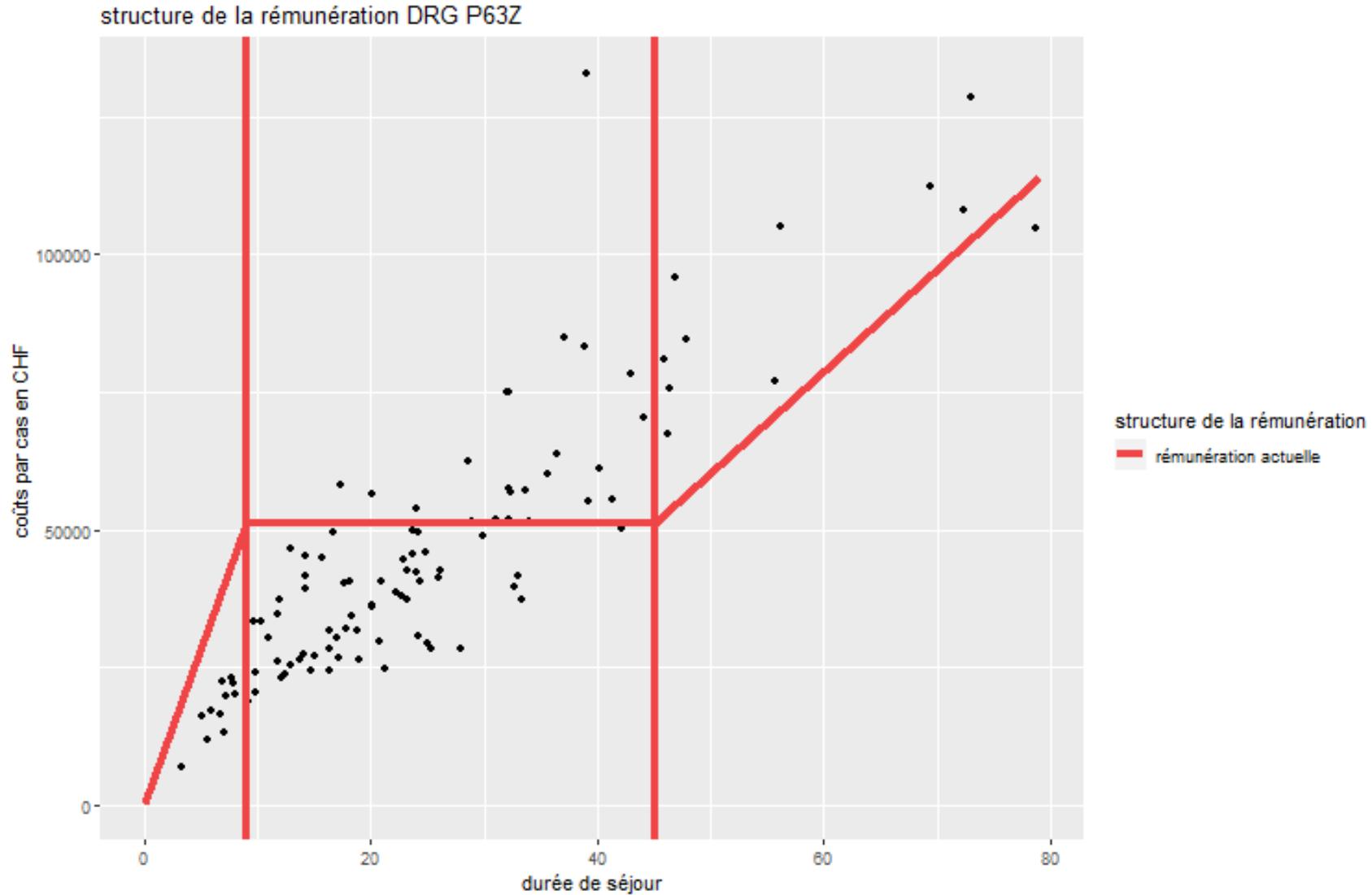
$q_{1,i}$: Premier quartile de la durée de séjour des cas dans le DRG i

med_i : Médiane de la durée de séjour des cas dans le DRG i

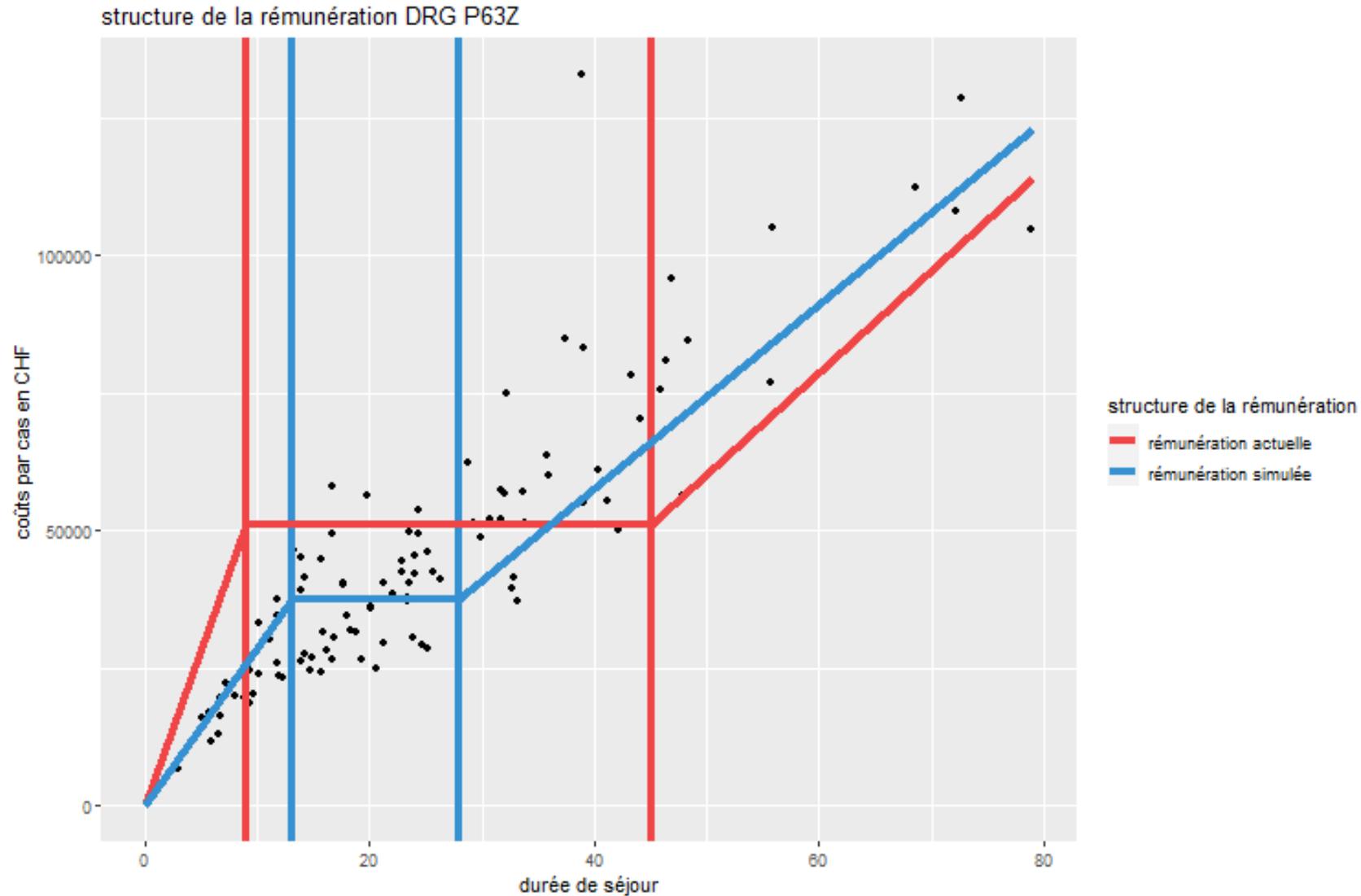
Simulation

- Dans le processus itératif, les paramètres optimaux $a_u, a_o, b_u, b_o, c_u, c_o$ ont été déterminés
- La nouvelle formule a ensuite été intégrée dans le processus de calcul des coûts
- Pour l'évaluation examen des résultats de simulation avec les chiffres clés de la version 11.0 SwissDRG

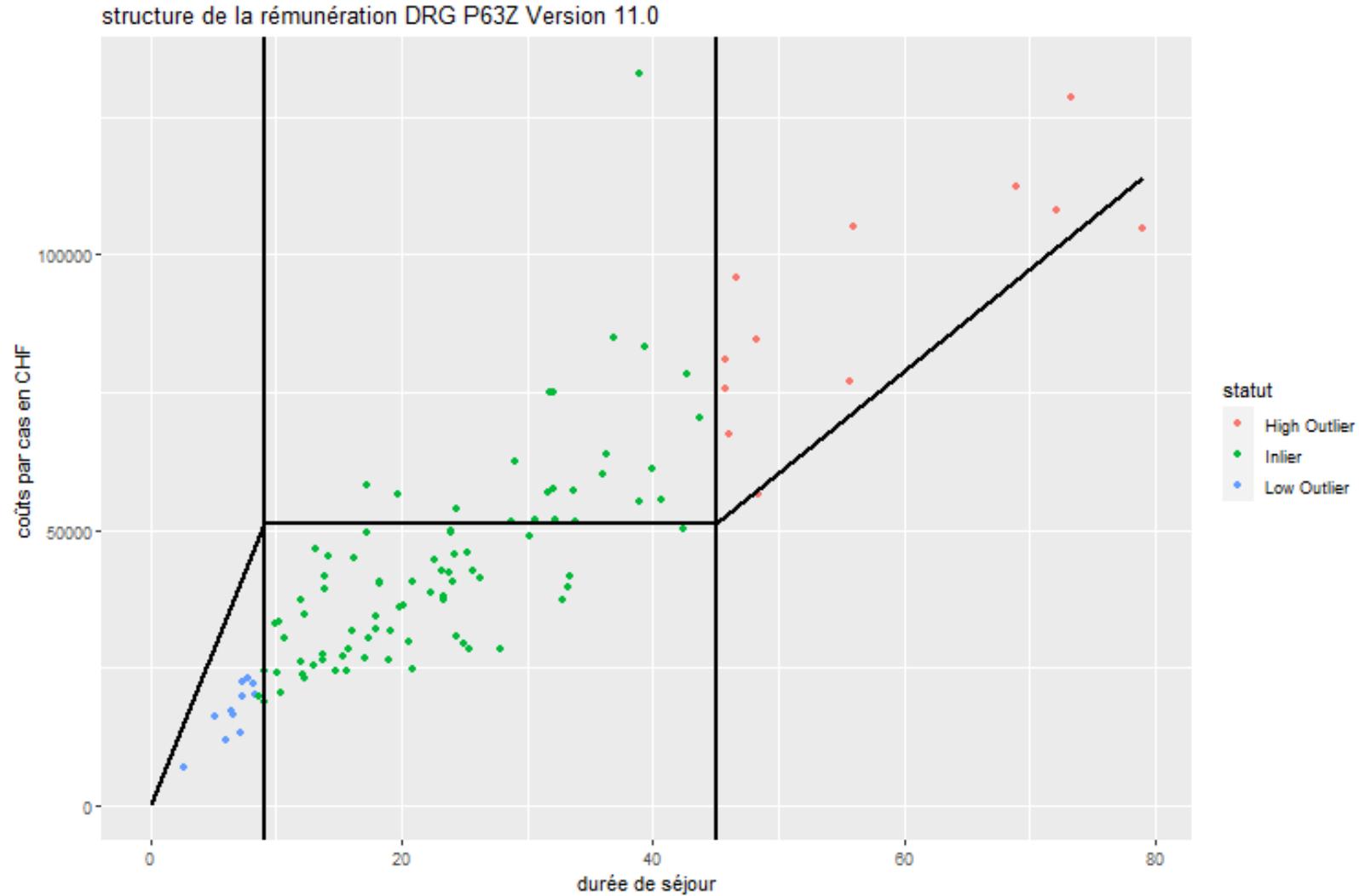
Effets sur la structure de rémunération



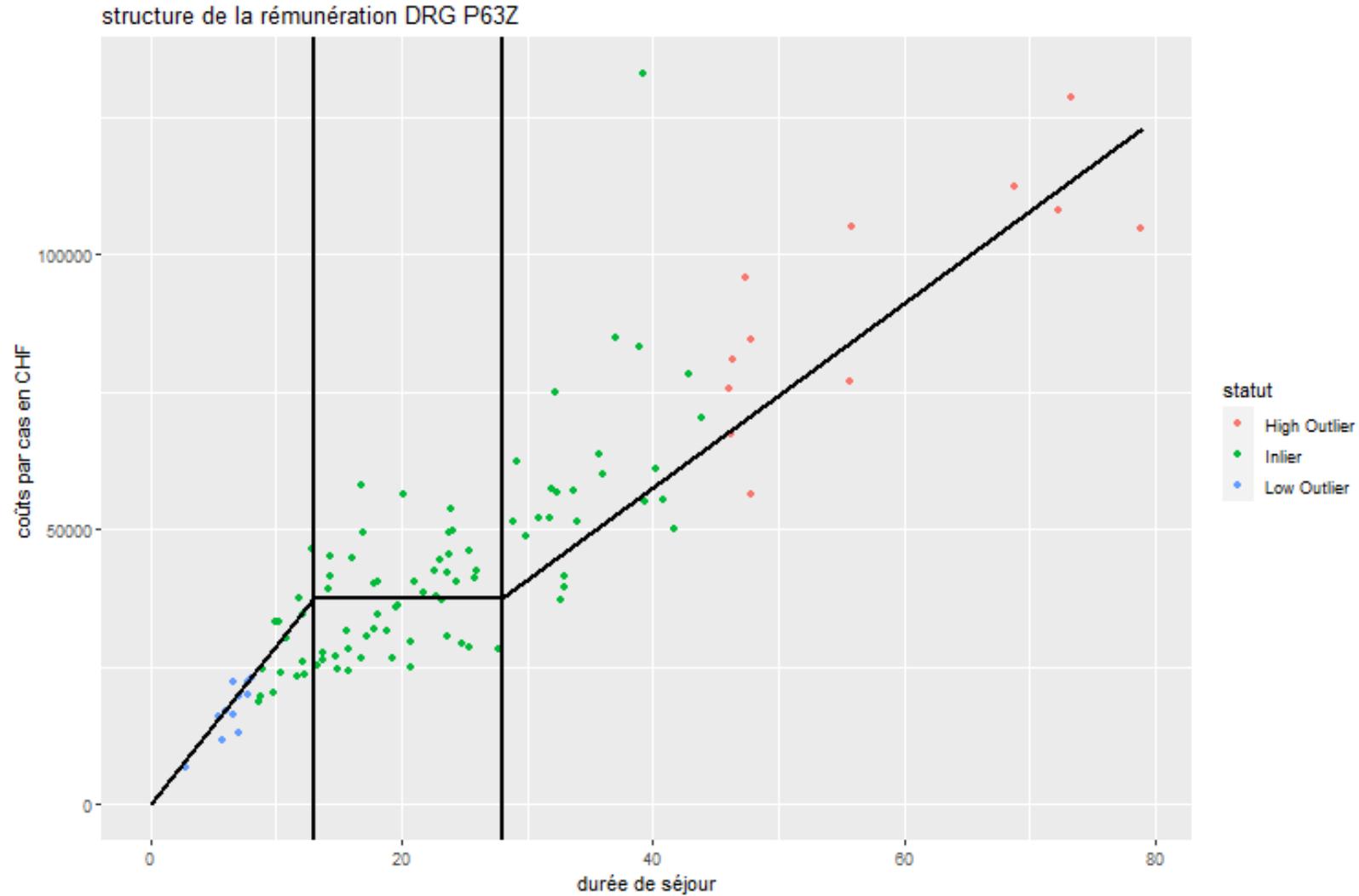
Effets sur la structure de rémunération



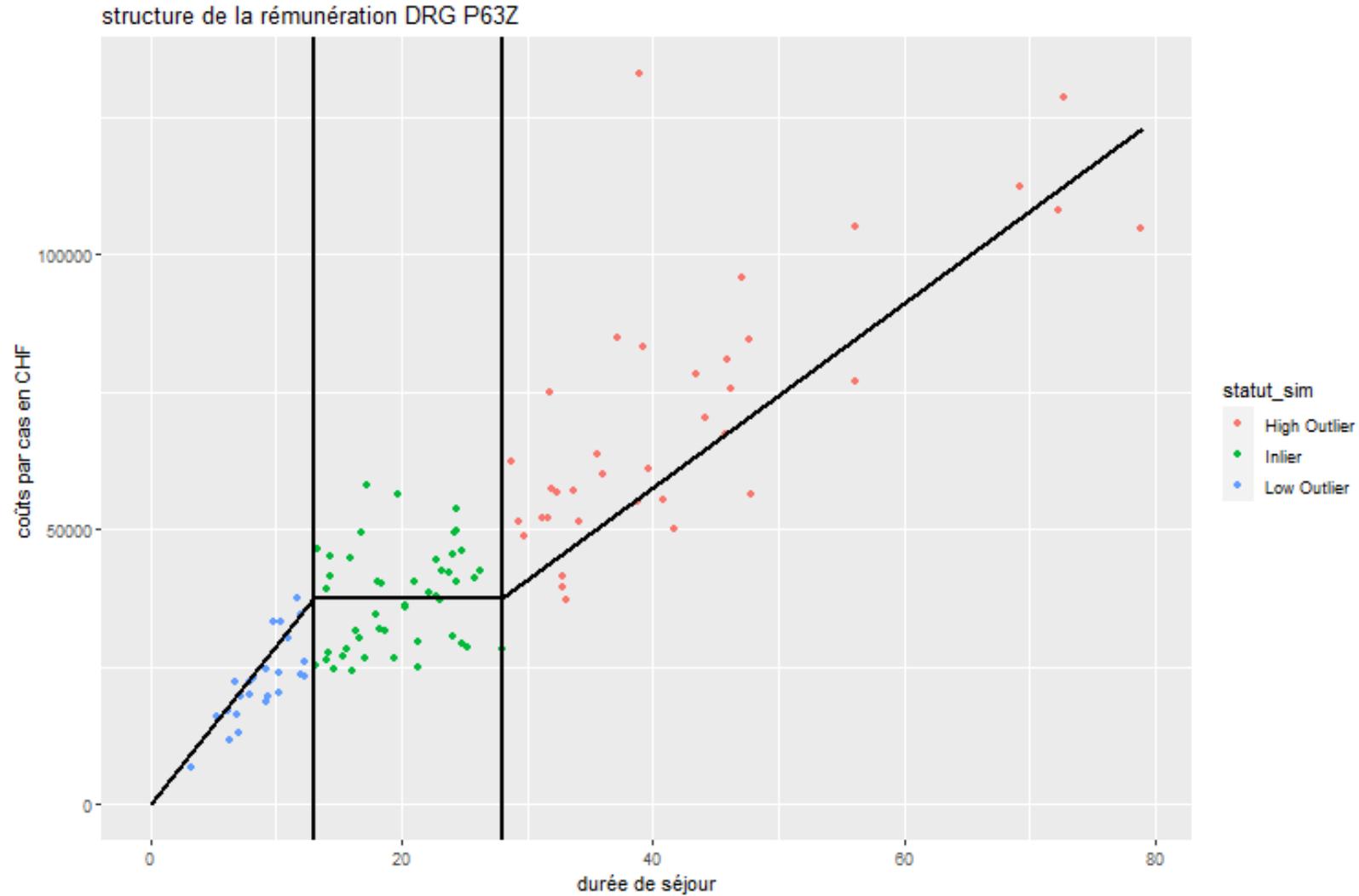
Déplacement du nombre de cas



Déplacement du nombre de cas



Déplacement du nombre de cas



Comparaison des taux de couverture simulation (sim) / V11.0

| | Nombre de cas | Part des données de calcul (en %) | Taux de couverture sim (in %) | Taux de couverture V11.0 (in %) | Changement sim / V11.0 |
|---|---------------|-----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|------------------------|
| Hôpitaux universitaires K111 | 204'436 | 19.14 | 92.57 | 92.60 | -0.03 |
| Autres hôpitaux | 863'894 | 80.86 | 102.79 | 102.78 | 0.01 |
| Hôpitaux pour enfants | 17'670 | 1.65 | 95.45 | 95.37 | 0.08 |
| Inlier | 858'837 | 80.39 | 103.26 | 104.88 | -1.55 |
| Low | 93'421 | 8.74 | 106.22 | 122.78 | -13.49 |
| High | 116'072 | 10.86 | 89.29 | 80.03 | 11.56 |
| Patients transférés (d'admission) | 43'093 | 4.03 | 97.43 | 96.30 | 1.17 |
| Patients transférés (d'admission) inliers | 31'302 | 2.93 | 99.50 | 100.50 | -1.00 |
| Enfants | 68'756 | 6.44 | 98.88 | 100.16 | -1.28 |

Les comparaisons de couverture se basent sur le nombre de cas de la simulation

Taux de couverture par groupe choisi (V11.0)

| | Nombre de cas | Part des données de calcul | Taux de couverture V11.0 | Taux de couverture V10.0 | Changement V11.0/V10.0 |
|---|---------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|
| Hôpitaux universitaires K111 | 205'196 | 19.16 % | 92.57 % | 92.17 % | + 0.4 % |
| Hôpitaux indépendants pour enfants | 17'675 | 1.65 % | 95.33 % | 92.84 % | + 2.7 % |
| Hôpitaux non universitaires | 865'542 | 80.84 % | 102.82 % | 102.97 % | - 0.1 % |
| Inliers | 916'415 | 85.59 % | 104.14 % | 104.37 % | - 0.2 % |
| Low outliers | 73'402 | 6.86 % | 102.95 % | 102.53 % | + 0.4 % |
| High outliers | 80'921 | 7.56 % | 81.95 % | 81.07 % | + 1.1 % |
| Patients transférés (d'admission) | 43'078 | 4.02 % | 96.39 % | 95.11 % | + 1.3 % |
| Patients transférés (d'admission) inliers | 35'551 | 3.32 % | 99.95 % | 98.62 % | + 1.3 % |
| Enfants < 16 ans sans DRG P66D, P67D | 68'832 | 6.43 % | 100.11 % | 97.54 % | + 2.6 % |

Baserate hypothétique pour bénéfices nuls incl. CUI V11.0: CHF 10'693

Baserate hypothétique pour bénéfices nuls incl. CUI V10.0: CHF 10'690

Base de données: 2019, données de calcul, évaluées avec V10.0 et V11.0

Conclusion

- Adaptations des calculs de la BIS / BSS ne sont pas réalisables en tant que telles
- Les améliorations de la qualité de représentation de certains groupes de cas n'entraînent pas une augmentation de la qualité globale du système
- Structure tarifaire SwissDRG déjà très équilibrée
- Continuer à développer chaque année la logique de regroupement et, si nécessaire, la méthodologie de calcul
- **En principe, les effets sur la qualité globale du système sont décisifs pour autres adaptations**



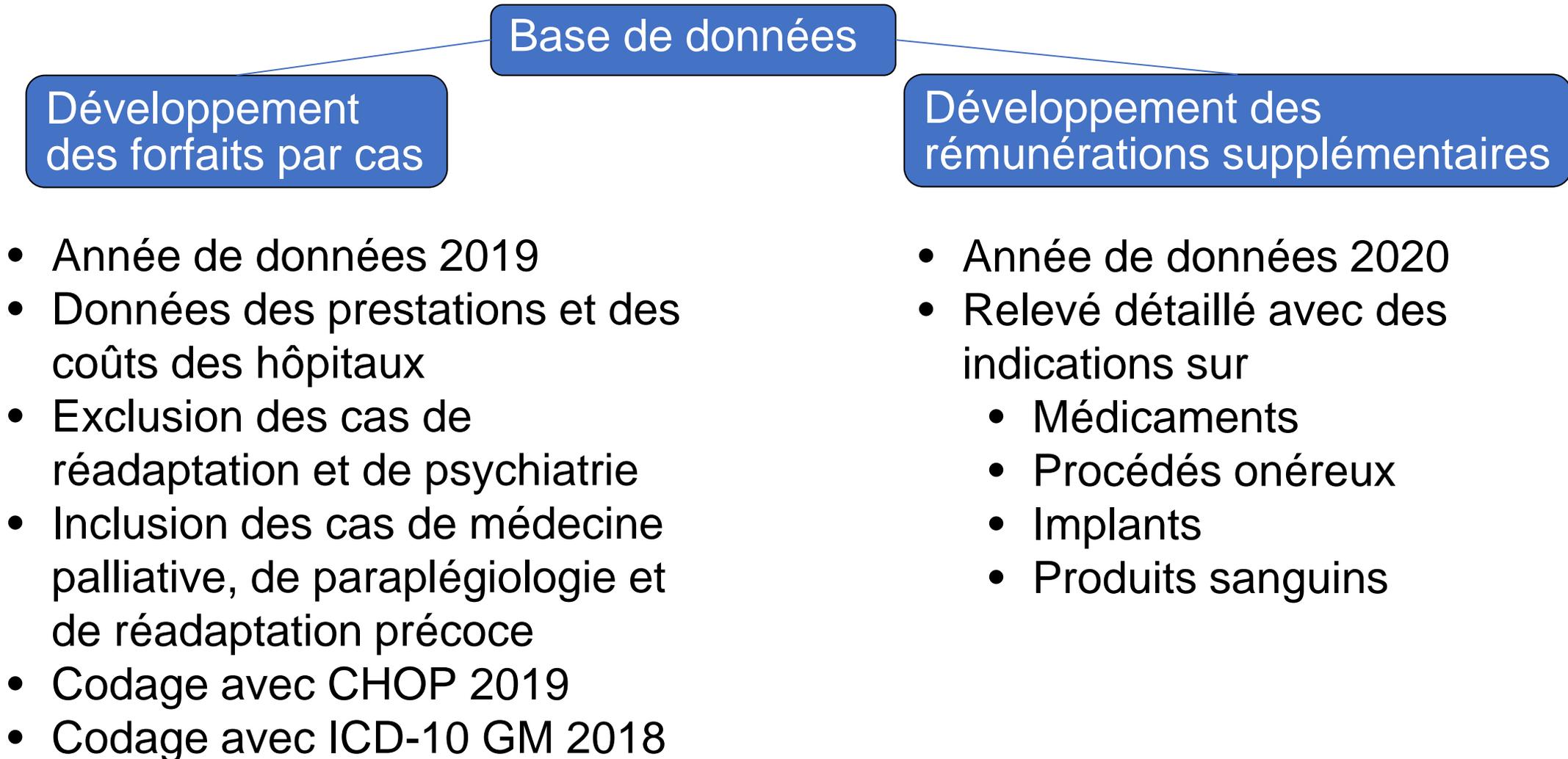
SwissDRG Version 12.0

**La méthodologie de calcul pour la version 12.0
reste inchangée par rapport à la version 11.0**

SwissDRG – Version 12.0 / 2023

1. Base de données
2. Développement du Groupier
3. Méthode de calcul
- 4. Résultats**

Base de données pour le développement du système



Base de données pour le développement du système

Base de données de calcul

- Bien que l'année des données soit la même, la base de données de calcul de la version 12.0 diffère de celle de la version 11.0
- Cela s'explique par des analyses supplémentaires dans le cadre de l'examen de chaque cas et par un processus d'ajustement actualisé.

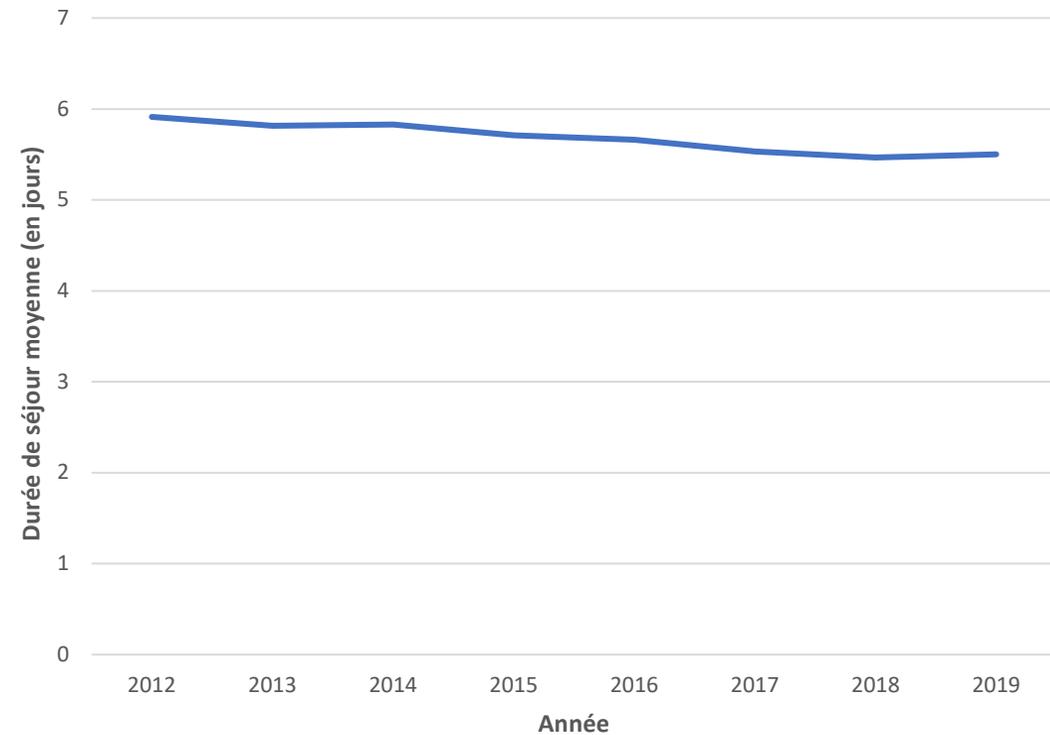
| Description | Nombre de cas |
|--------------------------------|---------------|
| Données de calcul V11.0 | 1'071'040 |
| Cas supprimés ajustement V12.0 | - 2'183 |
| Cas sauvés ajustement V12.0 | + 2'096 |
| Données de calcul V12.0 | 1'070'953 |

Résumé des modifications

| | V12.0 | V11.0 | V10.0 |
|--------------------------------------|--------------|-------|-------|
| Nombre de DRG | 1'077 | 1'063 | 1'068 |
| DRG non évalués | 0 | 0 | 0 |
| DRG non facturables | 4 | 4 | 4 |
| DRG d'un jour | 244 | 239 | 243 |
| Explicite | 54 | 50 | 47 |
| Implicite | 190 | 189 | 197 |
| Rémunérations supplémentaires | 157 | 157 | 136 |
| Évaluées | 156 | 156 | 135 |
| Non évaluées | 1 | 1 | 1 |

Évolution de la durée de séjour

| Années de données | Durée de séjour |
|-------------------|----------------------|
| 2012 | 5.91 jours |
| 2013 | 5.82 jours (-1.52%) |
| 2014 | 5.83 jours (+ 0.17%) |
| 2015 | 5.71 jours (- 2.06%) |
| 2016 | 5.66 jours (- 0.88%) |
| 2017 | 5.53 jours (-2.30%) |
| 2018 | 5.47 jours (-1.08%) |
| 2019 | 5.50 jours (+0.55%) |



Base de données: 2012-2019, données du domaine d'application SwissDRG

Pourcentage d'outliers

| | V12.0 | | V11.0 | |
|---------------------|---------------|-------------|---------------|-------------|
| | Nombre de cas | Pourcentage | Nombre de cas | Pourcentage |
| Inlier | 850'667 | 79.4% | 850'450 | 79.4% |
| High Outlier | 74'752 | 7.0% | 74'951 | 7.0% |
| Low Outlier | 67'804 | 6.3% | 67'824 | 6.3% |
| Cas transférés | 77'647 | 7.3% | 77'647 | 7.3% |
| DRG non évalués | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| DRG non facturables | 83 | 0.0% | 81 | 0.0% |
| Tous les cas | 1'070'953 | 100% | 1'070'953 | 100% |

Base de données: 2019, données de calcul

Homogénéité des coûts R²

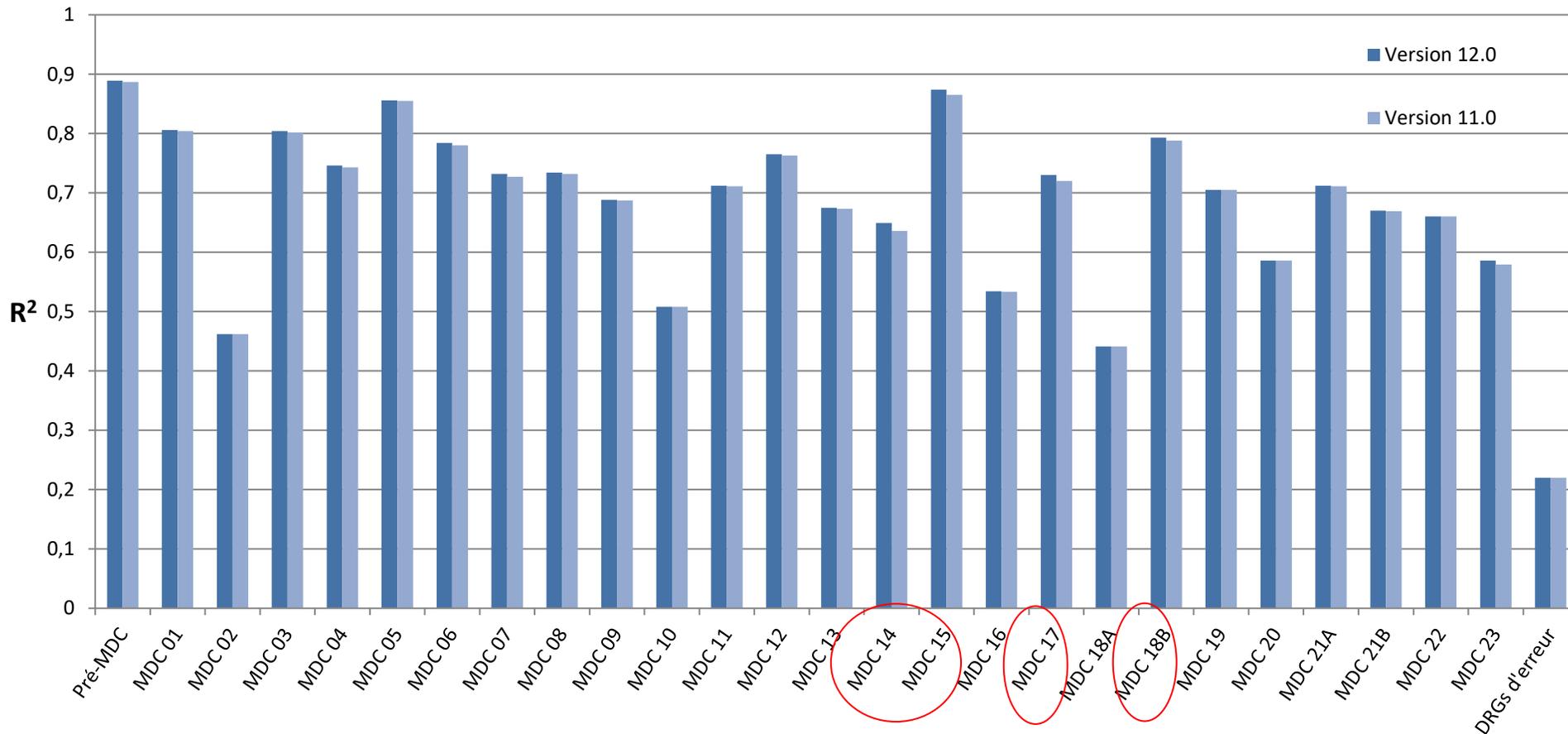
Version 12.0 en comparaison avec les versions précédentes

| Version du grouper | Année de données | Tous les cas | Inliers (selon V12.0) |
|--------------------|------------------|--------------|-----------------------|
| V12.0 | 2019 | 0.757 | 0.854 |
| V11.0 | | 0.755 | 0.851 |
| V10.0 | | 0.716 | 0.812 |

Base de données: 2019, données de calcul

Homogénéité des coûts R² par MDC

Version 12.0 en comparaison avec la version précédente



Base de données: 2019, données de calcul, inliers selon V12.0

Détermination des cost-weights

| | Nombre de DRG calculés | <i>Dont calculés sur 2 ou 3 années de données</i> |
|--------------|------------------------|---|
| V12.0 | 1'077 | 23/6 |
| V11.0 | 1'059 | 19/7 |
| V10.0 | 1'064 | 15/6 |
| V9.0 | 1'052 | 16/6 |
| V8.0 | 1'033 | 27/3 |



Critères:

- Peu de cas
- Pas de modification du grouper ou possibilité de délimiter clairement les données de l'année précédente

Calcul de la valeur de référence

La valeur de référence est calculée de manière à ce que pour une base de données identique 2019

Somme des cost-weights effectifs groupés avec 12.0

=

Somme des cost-weights effectifs groupés avec 11.0

| SwissDRG V12.0 | SwissDRG V11.0 | SwissDRG V10.0 |
|----------------|----------------|----------------|
| 10'314 CHF | 10'275 CHF | 10'320 CHF |

Base de données: 2019, données du domaine d'application SwissDRG, évaluées avec V11.0 et V12.0

Indice casemix selon la typologie

| Niveau de prestation | Nombre de cas | CMI V12.0 | CMI V11.0 | Delta V11.0/V12.0 |
|---|------------------|--------------|--------------|-------------------|
| K111 Prise en charge centralisée - niveau 1 | 216'624 | 1.454 | 1.451 | + 0.2 % |
| K112 Prise en charge centralisée - niveau 2 | 652'084 | 1.019 | 1.020 | - 0.1 % |
| K121 Soins de base - niveau 3 | 117'055 | 0.889 | 0.890 | - 0.2 % |
| K122 Soins de base - niveau 4 | 85'949 | 0.921 | 0.923 | - 0.2 % |
| K123 Soins de base - niveau 5 | 25'886 | 0.911 | 0.907 | + 0.3 % |
| K221 Cliniques de réadaptation | 1'048 | 6.360 | 6.325 | + 0.6 % |
| K231 Chirurgie | 47'455 | 1.109 | 1.113 | - 0.3 % |
| K232 Gyn. / Néonatalogie | 4'575 | 0.390 | 0.391 | - 0.4 % |
| K233 Pédiatrie | 18'545 | 1.326 | 1.313 | + 1.0 % |
| K234 Gériatrie | 5'487 | 1.403 | 1.391 | + 0.9 % |
| K235 Cliniques spécialisées | 6'870 | 1.937 | 1.922 | + 0.8 % |
| Tous | 1'181'578 | 1.094 | 1.094 | 0.0 % |

Base de données: 2019 données du domaine d'application SwissDRG, évaluées avec V11.0 et V12.0

Indice casemix selon le partitionnement

| Partitionnement | Nombre de cas | CMI V12.0 | CMI V11.0 | Delta V11.0/V12.0 |
|-----------------|---------------|-----------|-----------|-------------------|
| Autre | 24'919 | 0.926 | 0.928 | - 0.3 % |
| Médicale | 621'665 | 0.696 | 0.696 | 0.0 % |
| Opératoire | 534'994 | 1.565 | 1.565 | 0.0 % |

Base de données: 2019 données du domaine d'application SwissDRG, évaluées avec V11.0 et V12.0

Indice casemix selon l'âge

| Classe d'âge | Nombre de cas | CMI V12.0 | CMI V11.0 | Delta V11.0/V12.0 |
|--------------------|---------------|--------------|-----------|-------------------|
| 0-16 ans | 151'097 | 0.666 | 0.664 | + 0.4 % |
| À partir de 17 ans | 1'030'481 | 1.157 | 1.157 | 0.0 % |

Base de données: 2019 données du domaine d'application SwissDRG, évaluées avec V11.0 et V12.0

Taux de couverture par groupe choisi avec prix hypothétique de base uniforme

| | Nombre de cas | Part des données de calcul | Taux de couverture V12.0 | Taux de couverture V11.0 | Changement V12.0/V11.0 |
|---|---------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|
| Hôpitaux universitaires K111 | 205'078 | 19.15 % | 92.78 % | 92.60 % | + 0.2 % |
| Hôpitaux indépendants pour enfants | 17'675 | 1.65 % | 96.29 % | 95.37 % | + 1.0 % |
| Hôpitaux non universitaires | 865'792 | 80.85 % | 102.71 % | 102.78 % | - 0.1 % |
| Inliers | 916'491 | 85.58 % | 103.96 % | 104.11 % | - 0.1 % |
| Low outliers | 73'285 | 6.84 % | 103.21 % | 103.04 % | + 0.2 % |
| High outliers | 81'094 | 7.57 % | 82.71 % | 82.11 % | + 0.7 % |
| Patients transférés (d'admission) | 43'100 | 4.02 % | 97.75 % | 96.30 % | + 1.5 % |
| Patients transférés (d'admission) inliers | 35'555 | 3.32 % | 101.30 % | 99.90 % | + 1.4 % |
| Enfants < 16 ans sans DRG P66D, P67D | 68'832 | 6.43 % | 100.78 % | 100.17 % | + 0.6 % |

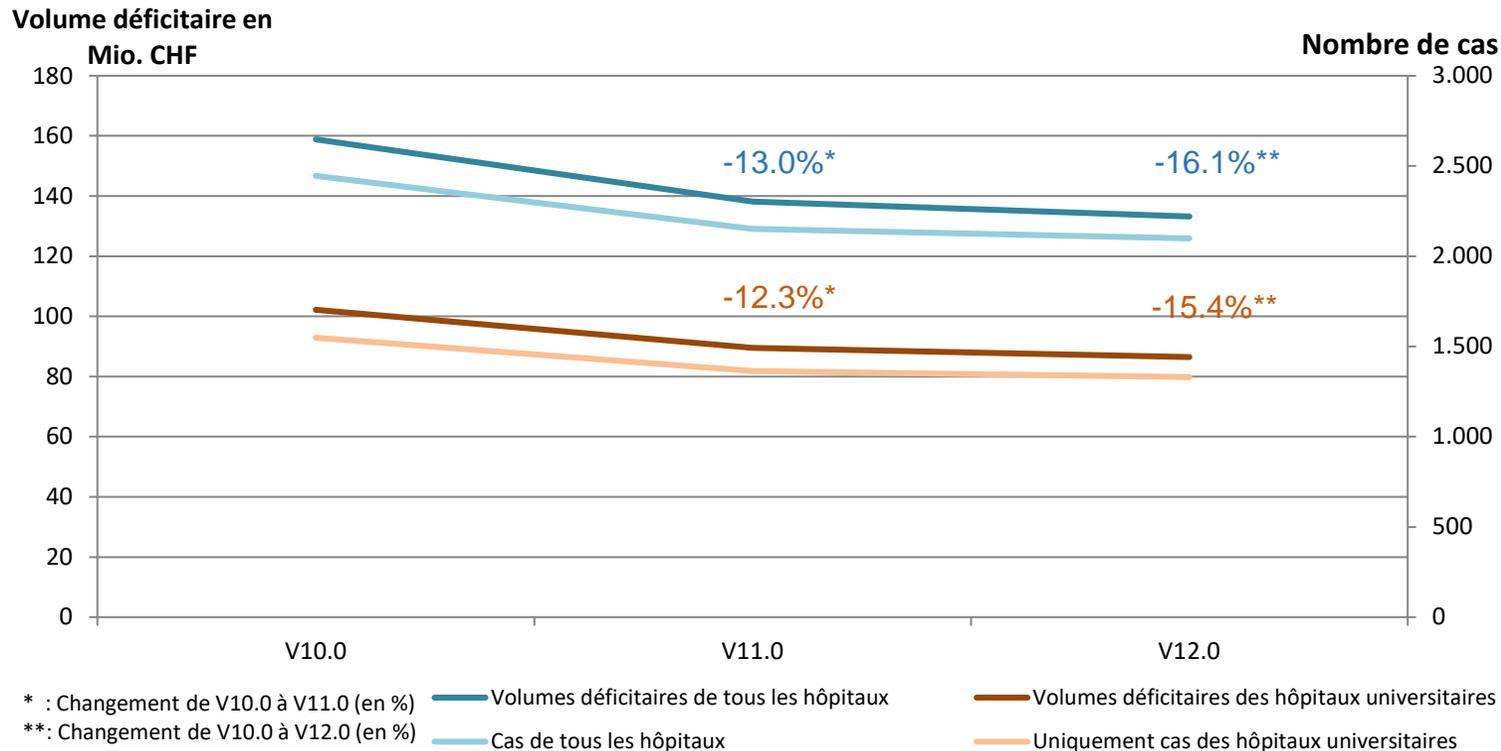
Baserate hypothétique pour bénéfices nuls incl. CUI V12.0: CHF 10'700

Baserate hypothétique pour bénéfices nuls incl. CUI V11.0: CHF 10'698

Base de données: 2019, données de calcul, évaluées avec V11.0 et V12.0

Cas avec déficit

Cas avec déficit > CHF 40'000.-



Définition CA:

- Déficit > CHF 40'000
- Coûts > CHF 400'000

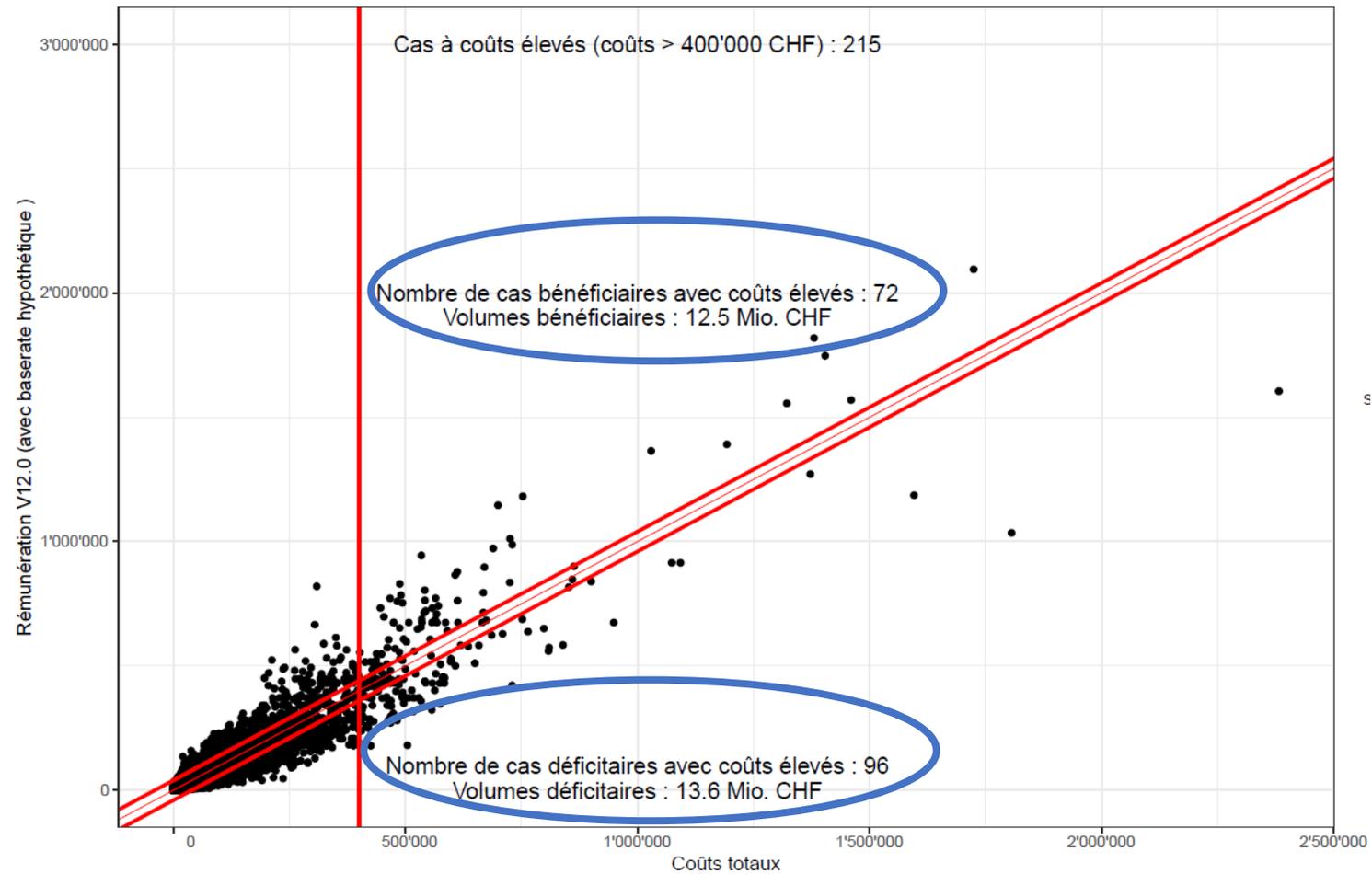


- 96 cas
- 15 hôpitaux concernés
- Volume déficitaire CHF 13.6 Mio.

Base de données: 2019, données de calcul, évaluées avec V10.0, V11.0 et V12.0

Cas à coûts élevés

Répartition



Base de données: 2019, données de calcul

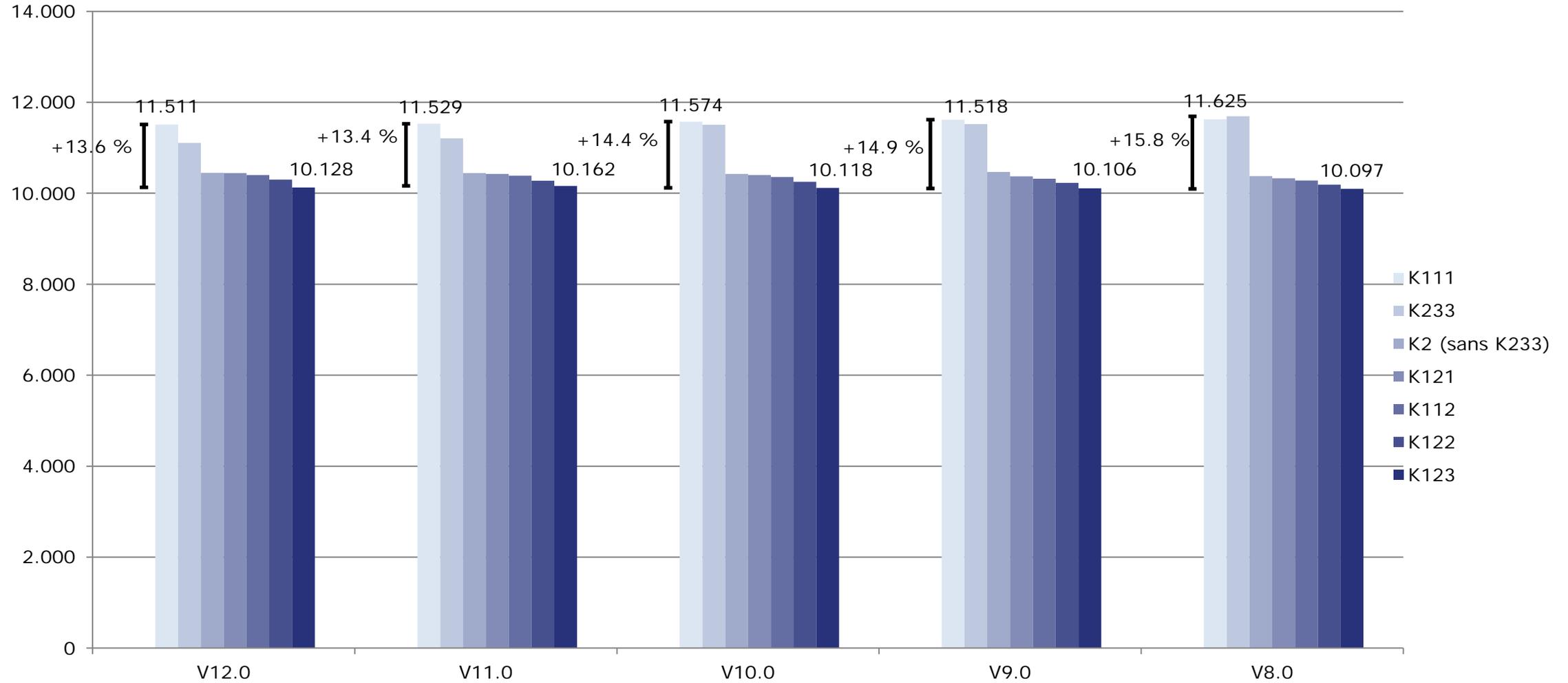
Cas à coûts élevés

Répartition

- 215 cas à coûts élevés
 - 0.02% du total des cas
 - 1 cas sur 4'980
- 78% des cas à coûts élevés présentent un profit/déficit de 40'000 CHF
- 3 cas sur 4 à coûts élevés sont des High Outlier
- 4 cas sur 5 à coûts élevés sont issus du pré-MDC
- Les coûts dans les DRG évalués plus hauts se répartissent généralement plus largement que dans les DRG évalués plus bas
- La probabilité (en termes absolus) d'être rémunérée trop faiblement ou trop fortement augmente avec les coûts totaux

Coûts standardisés par cas selon la typologie

Effets de données et de version

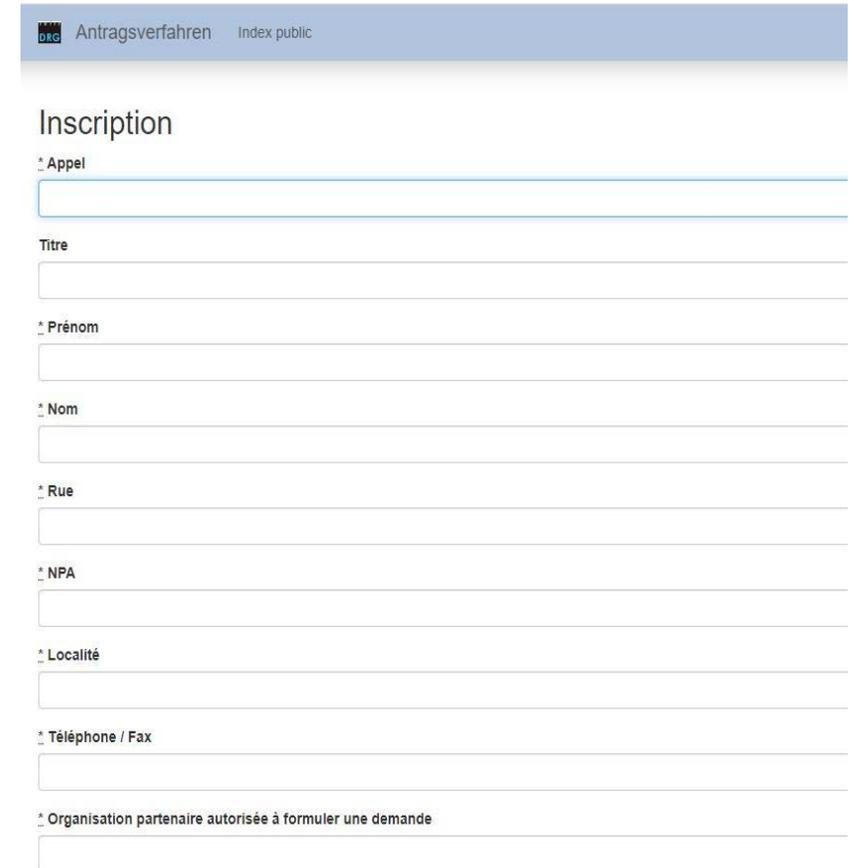


Base de données: 2019, données de calcul, évaluées avec V8.0 à V12.0

Remarque sur la procédure de demande

Nouveau:

- Enregistrement nécessaire
- plus besoin de saisir les données personnelles pour chaque demande (pour Tarpsy / STRReha à partir de 2023)
- Aperçu de toutes les propres demandes, le lien ne doit plus être utilisé
- plus d'informations par newsletter et page d'accueil

A screenshot of the SwissDRG registration form. The form is titled 'Inscription' and is located on the 'Antragsverfahren' page. It contains several input fields for personal information: 'Appel', 'Titre', 'Prénom', 'Nom', 'Rue', 'NPA', 'Localité', 'Téléphone / Fax', and 'Organisation partenaire autorisée à formuler une demande'. Each field is preceded by a small icon of a person. The form is set against a light blue background with a header bar containing the SwissDRG logo and navigation links.

Un grand merci pour votre attention !

SwissDRG SA

Länggassstrasse 31
CH-3012 Berne

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