

Séance d'information

SwissDRG – Version 13.0 / 2024

28 juin 2023

Inselspital Berne, Ettore Rossi

Chronologie de développement de la structure tarifaire





SwissDRG – Version 13.0 / 2024

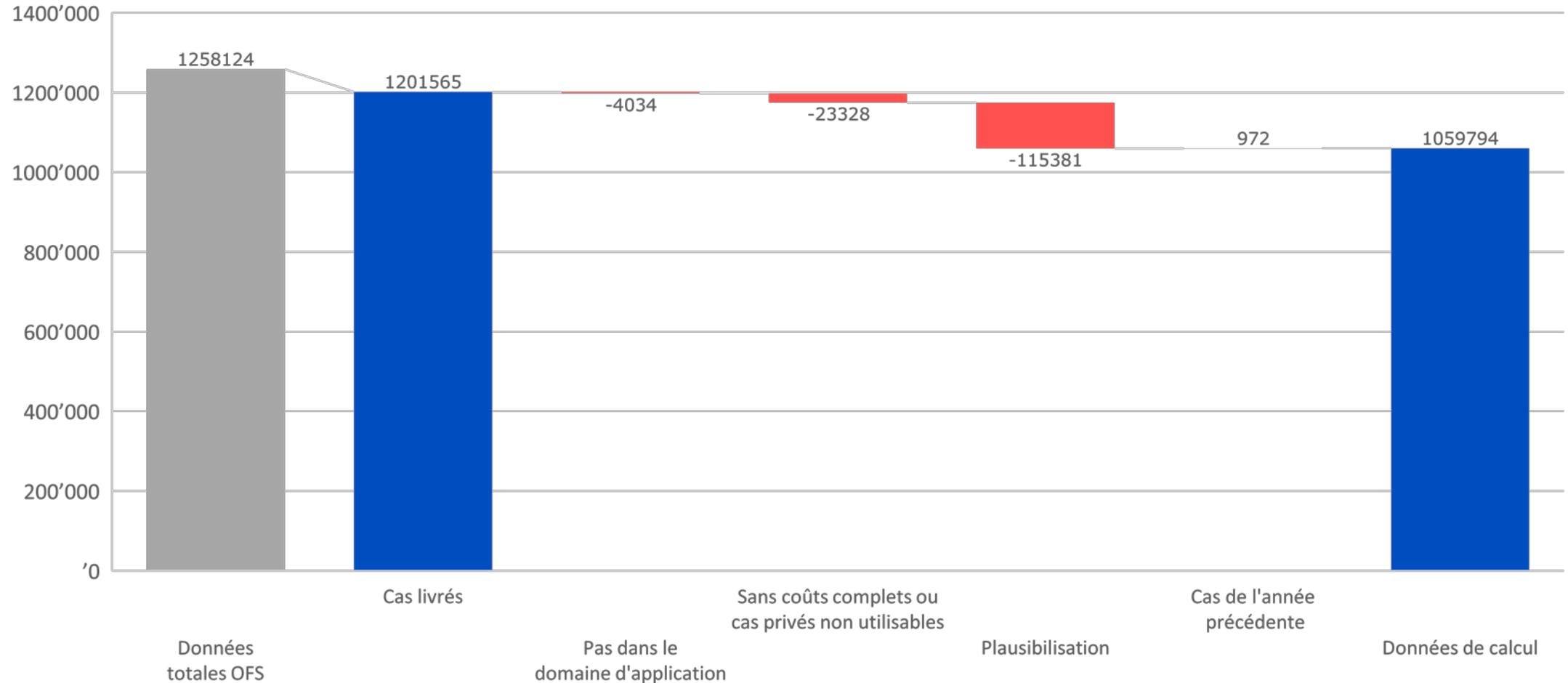
- 1. Base de données**
2. Développement du Groupes
3. Méthode de calcul
4. Résultats

Nombre d'hôpitaux

Année de données	2021	2019	2018
Hôpitaux de réseau	149	141	131
Tous les hôpitaux	189	182	176

- Suppression totale de 12 hôpitaux
- Utilisation des données de 137 hôpitaux pour le développement du système (135 l'année précédente resp. 2019)

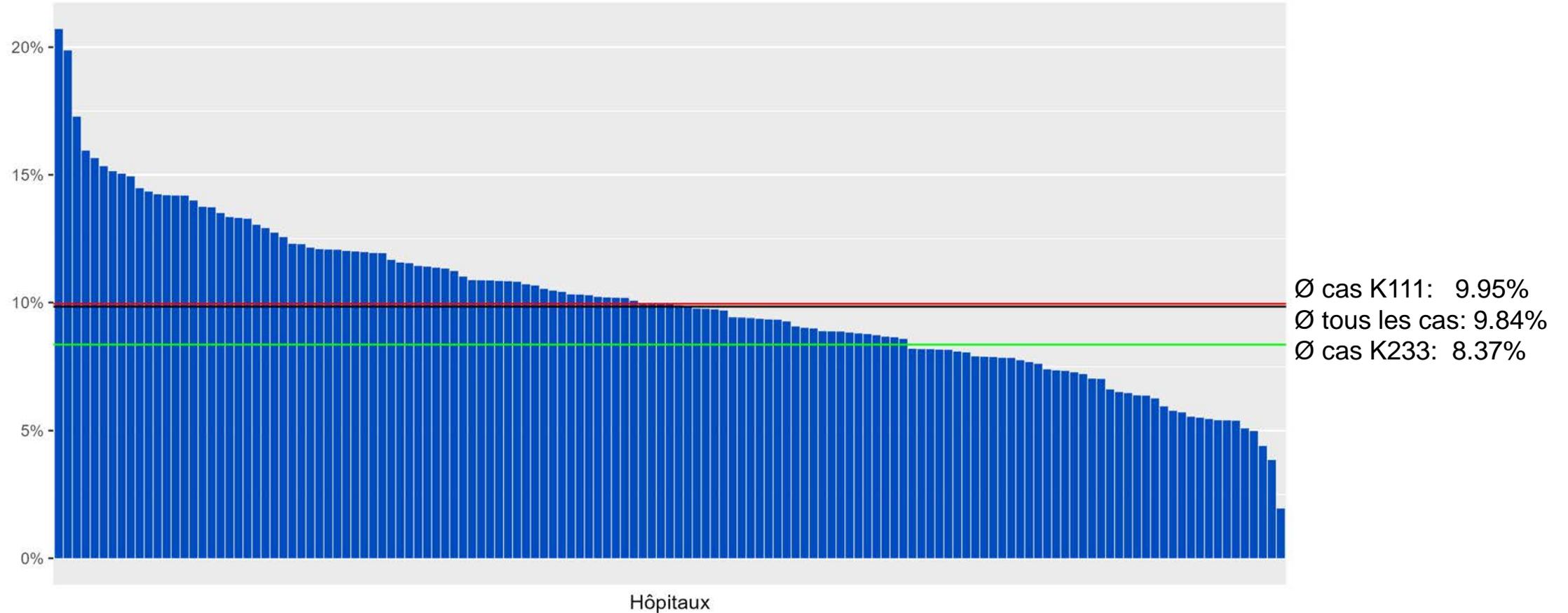
Aperçu de l'érosion des données



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

	V13.0			V12.0	V11.0
Année de données	2021	2021 Hôpitaux universitaires	2021 Hôpitaux pour enfants	2020	2019
Médicaments onéreux dans la statistique médicale					
	109	5	3	105	94
Relevé détaillé, indications des coûts...					
... médicaments onéreux	62	5	2	65	61
... implants onéreux	41	5	2	47	48
- dont cœurs artificiels inclus	3	3	0	4	5
... procédés onéreux / produits sanguins	37	5	2	40	40

Pourcentage des coûts d'utilisation des immobilisations



Base de données : 2021, données de calcul

Double relevé des coûts d'utilisation des immobilisations

- Invitation du Conseil fédéral à relever les coûts d'utilisation des immobilisations (CUI) selon l'OCP
- En accord avec H+, les effets de ce changement de méthode ne peuvent être évalués qu'au moyen d'un double relevé.
- Relevé simultané des CUI (données 2023)
 - selon des principes de gestion d'entreprise ainsi que
 - selon l'OCP
- Relevé complet des 3 structures tarifaires avec le plus grand nombre possible d'hôpitaux/cliniques/institutions certifiés REKOLE
- En plus des coûts par cas selon la vision de la gestion d'entreprise, il est possible de livrer un fichier séparé avec les coûts par cas (avec les variables CUI selon l'OCP).

Liste des articles pour l'imputation obligatoire des coûts directs

- Veuillez respecter l'affectation des coûts selon la liste des articles.

Home [Portrait](#) [Somatique aiguë](#) [Psychiatrie](#) [Réadaptation](#) [Grouper](#)
DE FR IT



Relevé 2023 (Données 2022)

Liste des articles pour l'imputation obligatoire des coûts directs

État : 30.11.2021
Il n'y a pas de changement par rapport à la version précédente (données 2021).

SwissDRG

Système SwissDRG 13.0/2024
État : 31 janvier 2023

Système SwissDRG 12.0/2023

Système SwissDRG 11.0/2022

Archives systèmes SwissDRG

Relevé des données

Relevé 2024 (Données 2023)

[Relevé 2023 \(Données 2022\)](#)

Statistique médicale

Webfeedback

Archives

Procédure de demande

Documentation

- PDF : [Documentation du relevé SwissDRG 2023 \(données 2022\)](#)
État : 31 janvier 2023
Veuillez aussi noter que si vous désirez fournir des données TARPSY et/ou ST Reha, il vous faut aussi inscrire également en tant que clinique TARPSY/ST Reha. Pour plus d'informations, voir la [documentation de l'interface web](#).
- Excel : [Relevé détaillé 2023 \(données 2022\)](#)
État : 01 mars 2023
- PDF : [Questionnaire SwissDRG données 2022](#)
État : 01 mars 2023

Délais du relevé des données 2023

- Les données sont à livrer du 01er mars 2023 au 15 mai 2023.
- Le relevé détaillé est à livrer du 01er mars 2023 au 15 mai 2023.
- Pour recevoir l'accès au Webfeedback, la livraison complète et plausibilisée des données effectuée jusqu'au 30 avril 2023.
- Les hôpitaux qui livrent les données après le 30 avril 2023 ne reçoivent que les résultats de l'examen de plausibilité.
- La fenêtre de livraison sera ouverte dès le 01er février 2023 à des fins de test. Toutefois, attirons votre attention sur le fait qu'il s'agit d'une livraison test et que celle-ci doit être par conséquent à nouveau livrée après le 01er mars 2023. En outre, il est possible que des adaptations surviennent également en février.

Implants

La liste des articles pour l'imputation obligatoire des coûts directs (données 2022) définit la composante de coûts par produit donné. Les indications sont obligatoires et ont été coordonnées avec les directives de codage REKOLE®.
Excel : [Liste des articles pour le décompte obligatoire des coûts directs \(données 2022\)](#)
État : 30 novembre 2021

Groupe d'articles	Domaine d'application	Article (dénomination commune) ⁶	Unité	Imputation des coûts directs ¹	Comptabilisation des coûts		Sous-groupes types de coûts (SwissDRG, spécifications)
					Groupes type de coûts ^{4,5}		
	Tractus gastrointestinal	Anneau gastrique	pièce	X		401	v104
		Extenseurs	pièce	X		401	v104
Crâne		Implants crâne et os de la face	pièce	X		401	v104
		Plaquettes de reconstruction mâchoire	pièce	X		401	v104
		Détracteurs Ramus	pièce	X		401	v104
Système nerveux		Neurostimulateur et accessoires	pièce	X		401	v104
		Implants cochléaires	pièce	X		401	v104
CEil		Lentilles	pièce	X		401	v104
Peau		Prothèses mammaires	pièce	X		401	v104
		Matières artificielles de substitution de la peau	pièce	X		401	v104
Appareil génito-urinaire		Stimulateur de la vessie et accessoires	pièce	X		401	v104
		Sphincter artificiel de la vessie	pièce	X		401	v104
		Prothèse pénienne	pièce	X		401	v104
Médecine nucléaire		Soins	pièce	X		401	v104
		Microsphères (SIRT)	ml	X		401	v104
Autres dispositifs médicaux implantables		Stimulateur du diaphragme et accessoires	pièce	X		401	v104
		Pompes à médicaments implantables et accessoires	pièce	X		401	v104
Autres		Vannes endobronchiques	pièce	X		401	v104
		Filet réparateur de défaut (par ex. filet herniaire)	pièce	X		401	v104
		Prothèses trachéobronchiques	pièce	X		401	v104

Médicaments doses totales

«Les doses administrées avec le même mode d'administration et les mêmes données complémentaires doivent être cumulées par cas et par code ATC.»

(Documentation SwissDRG du relevé des données, chapitre 3.2.10)

Cas	ATC	Dose
1	B02BB01	35
2	L01FG01	400
3	C02KX01	1250

Cas	ATC	Dose
1	J05AP55	1
1	J05AP55	1
1	J05AP55	1
2	B01AC11	20
2	B01AC11	9
2	B01AC11	9

The table shows cumulative dosing. Red brackets on the right side group the rows:

- A bracket groups the first three rows (J05AP55) with a total dose of **3**.
- A bracket groups the last three rows (B01AC11) with a total dose of **38**.

Dépôt de fichiers

Livraison Cas avec données erronées Hôpital Downloads Dépôt de fichiers Demo Spital

Systeme tarifaire **SwissDRG**

Dépôt de fichiers

Afficher éléments Rechercher :

Nom de fichier	↑↓ Téléchargé le	↓↑ Taille du fichier	↑↓
Prüfliste.xlsx	22 Mai 2023 à 11:13	8,46 KB	

Affichage des éléments 1 à 1 sur 1 éléments Précédent 1 Suivant

Télécharger un nouveau fichier

Keine Datei ausgewählt.

SwissDRG – Version 13.0 / 2024

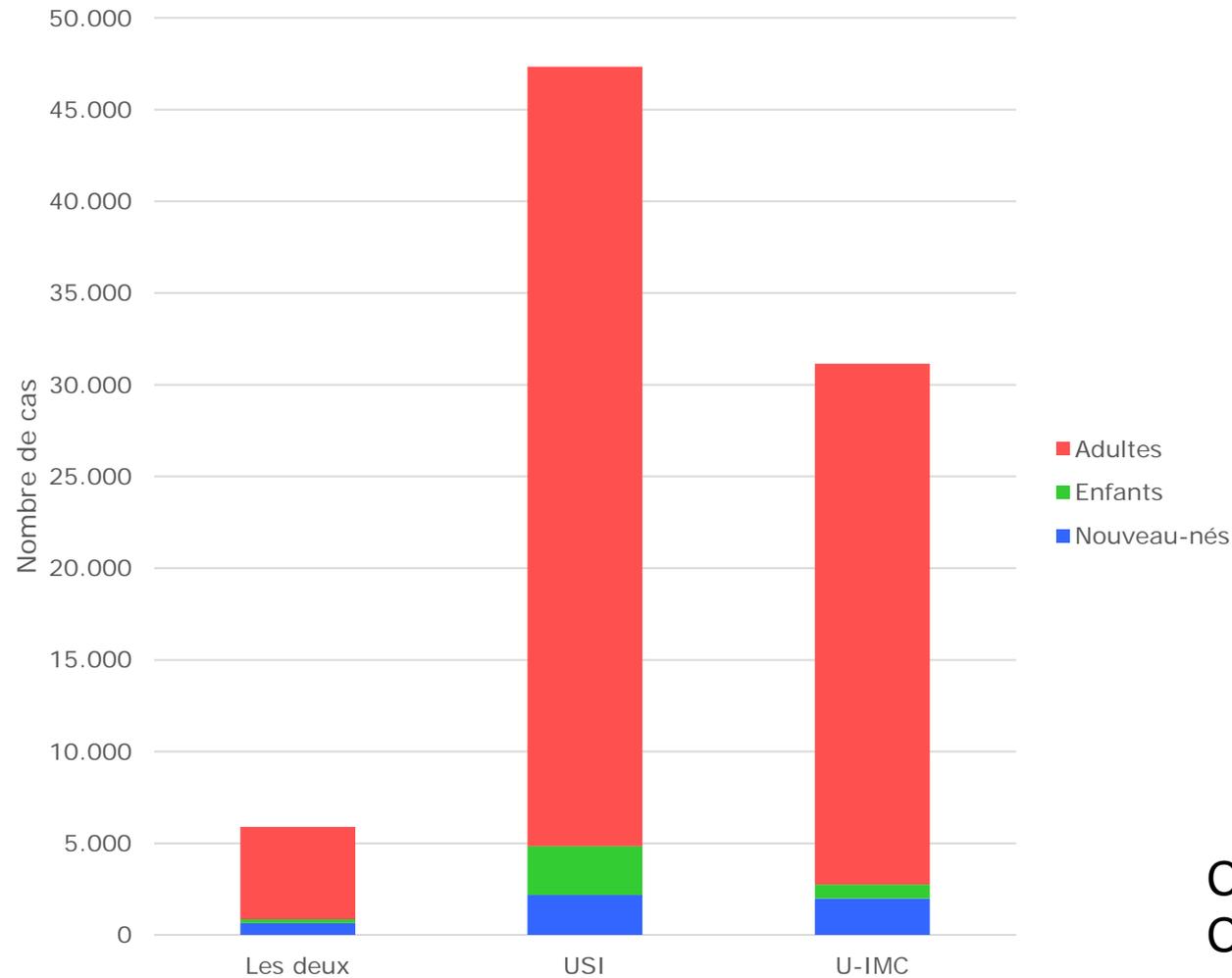
1. Base de données
- 2. Développement du Grouper**
 - Partie I
 - Pause 20 min
 - Partie II
3. Méthode de calcul
4. Résultats

Aperçu des soins intensifs

Principaux éléments de la représentation dans le Grouper

- Heures de ventilation (H MV)
- Traitement complexe de soins intensifs
- Traitement complexe dans une unité de soins intermédiaires

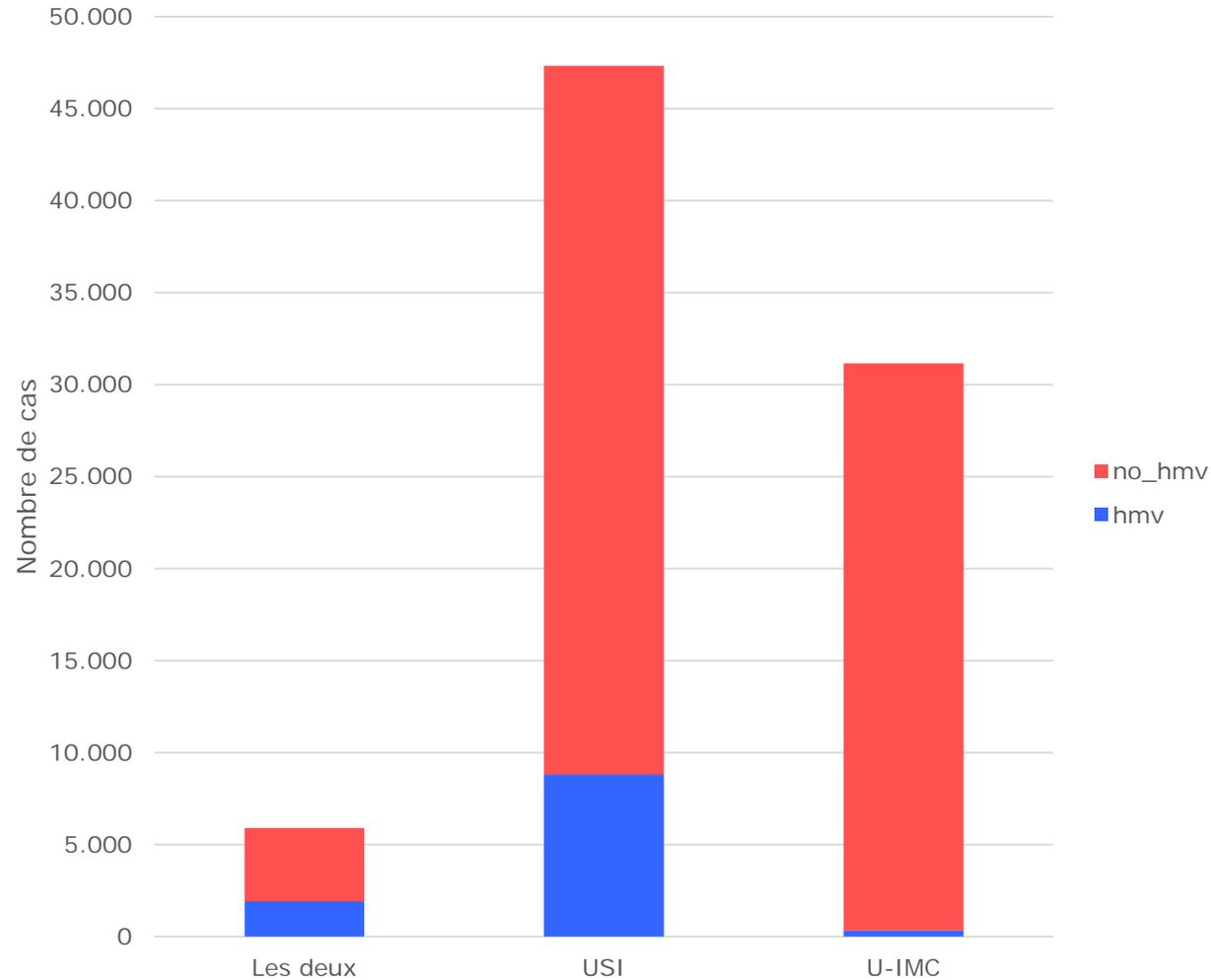
Nombre de cas USI / U-IMC



Codes USI : 99.B7.1-/99.B7.2-/99.B7.3-
Codes U-IMC : 99.B8.1-/99.B8.2-/99.B8.3-

Base de données de calcul 2021

Nombre de cas USI / U-IMC avec HMV



Codes USI : 99.B7.1-/99.B7.2-/99.B7.3-
Codes U-IMC : 99.B8.1-/99.B8.2-/99.B8.3-
HMV : 4.4.V01 > 24 heures

Base de données de calcul 2021

Représentation des heures de ventilation

Situation initiale :

- pertinent dans 34 DRG
- Conditions de >24 à >1499 heures
- DRG A06C «**Ventilation artificielle > 999 heures** ou > 499 heures avec intervention très coûteuses et âge < 16 ans ou situations complexes particulières ou TC de SI/TC en U-IMC > 4410/4600 points ou TC de SI particulier avec points de TC en U-IMC»

Représentation des soins intensifs

- **Défis pour la représentation des heures de ventilation :**
 - des directives de codage claires
 - beaucoup de questions de la part des assureurs
 - HMV également pertinent dans les points USI
 - Différenciation de la logique du Grouper (HMV versus points)
 - Développement des soins intensifs
- **Objectif :**
 - renoncer aux heures de ventilation dans les logiques DRG

Développement de la représentation des soins intensifs

Démarche:

- Suppression progressive de la logique H MV
 - si nécessaire, remplacement avec une nouvelle logique sans H MV
 - Note: MDC complexe représentation globale des soins intensifs
- de nombreux déplacements de cas entre les DRG de base et les MDC
- **une révision complète est nécessaire**

Développement de la représentation des soins intensifs

- Première vérification avec les données 2019, version 11.0
 - Deuxième vérification et transformation avec les données 2021 pour la version 13.0
 - Environ 1000 simulations au total
- Échanges intensifs avec les sociétés de discipline médicale et les hôpitaux**

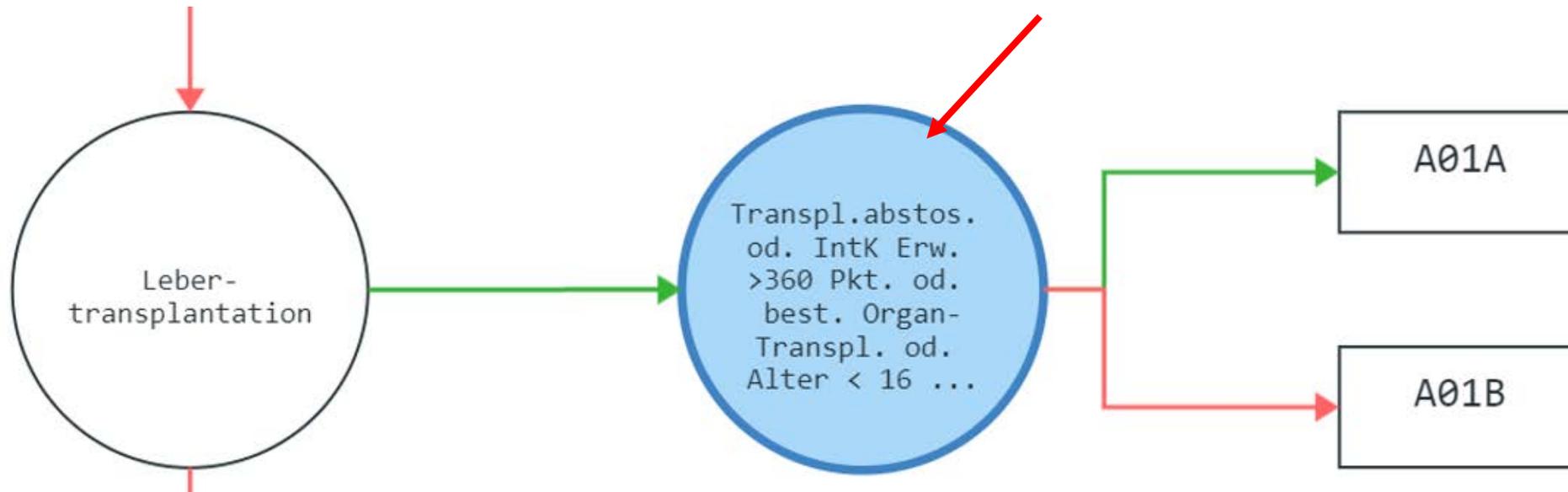
Points USI / U-IMC pour enfants

- CHOP 2021 points USI et U-IMC pertinents pour le regroupement pour les nouveau-nés et les enfants possible seulement >196 points
 - à partir de CHOP 2022, représentation de points USI et U-IMC plus bas
- dans quelques DRG, laisser pour l'instant les heures de ventilation comme espace réservé

Transformation H MV / Soins intensifs Pré-MDC

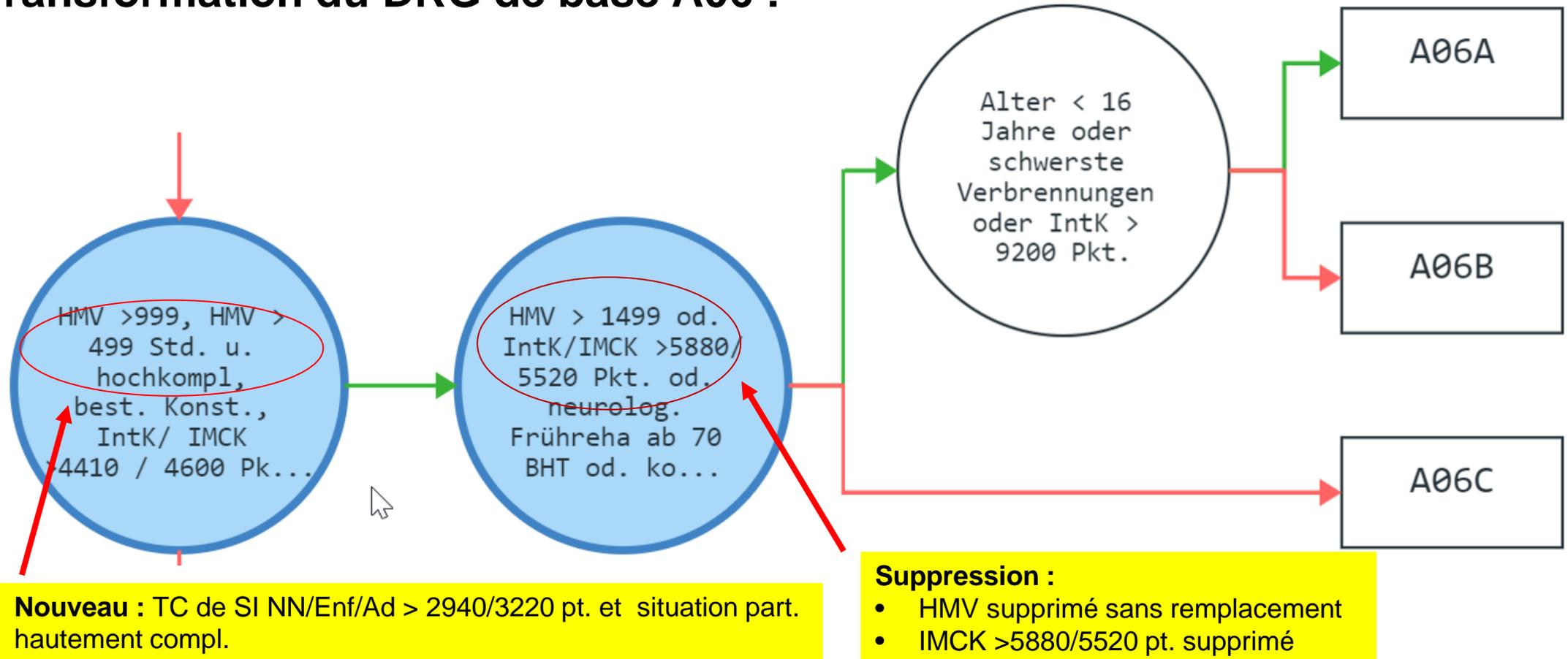
Transformation DRG A01A:

- Ventilation artificielle > 59 heures avec TC de SI adultes > 360 points pour DRG A01A remplacée



Transformation H MV / Soins intensifs Pré-MDC

Transformation du DRG de base A06 :



Transformation H MV / Soins intensifs Pré-MDC

Autre transformation du DRG de base A06 :

- Logique step down/ step up avec des point TC de SI plus basses adaptée

Supprimée: TC de SI > 3920/3680 pt. avec TC en U-IMC > 3430/3220 pt.

Nouveau: TC de SI > 3430/3220 pt. avec TC en U-IMC > 3430/3220 pt.

Supprimée: TC de SI > 3430/3220 pt. avec TC en U-IMC > 3920/3680 pt.

Nouveau: TC de SI > 2940/2760 pt. avec TC en U-IMC > 3920/3680 pt.

Transformation H MV / Soins intensifs Pré-MDC

Transformation du DRG A07A :

- Insertion de TC en U-IMC pt. > 3430/4600 pt.

Insertion d'une logique step down/ step up :

- TC de SI NN/ Enf >1764 pt. et TC en U-IMC NN/Enf >1470 pt.
- TC de SI Ad. > 2208 pt. et TC en U-IMC ad. > 1932 pt.

Transformation H MV / Soins intensifs Pré-MDC

Transformation du DRG de base A11:

- Suppression des conditions H MV > 249 heures
- Révision de toutes les parties logiques avec condition H MV
- dans l'ensemble, simplification de la logique complexe
- Situation coûteuse revalorisée en lien avec les pt. TC de SI :
 - *«Interventions en plusieurs temps»*
 - *«Intervention sur plusieurs localisations»*
 - *«Opérations hautement complexes»*
 - *«Diagnostics coûteux»*

Transformation H MV / Soins intensifs

Matrice CC

Transformation:

- Revalorisation des ICD du groupe J12.- «*Pneumonie virale, non classée ailleurs*» dans la matrice CC
- Revalorisation du code ICD B96.2 «*Escherichia coli [E. coli] et autres enterobacterales, cause de maladies,...*» dans la matrice CC

→ Remarquée dans le cadre des analyses

Transformation H MV / Soins intensifs

Système nerveux MDC 01

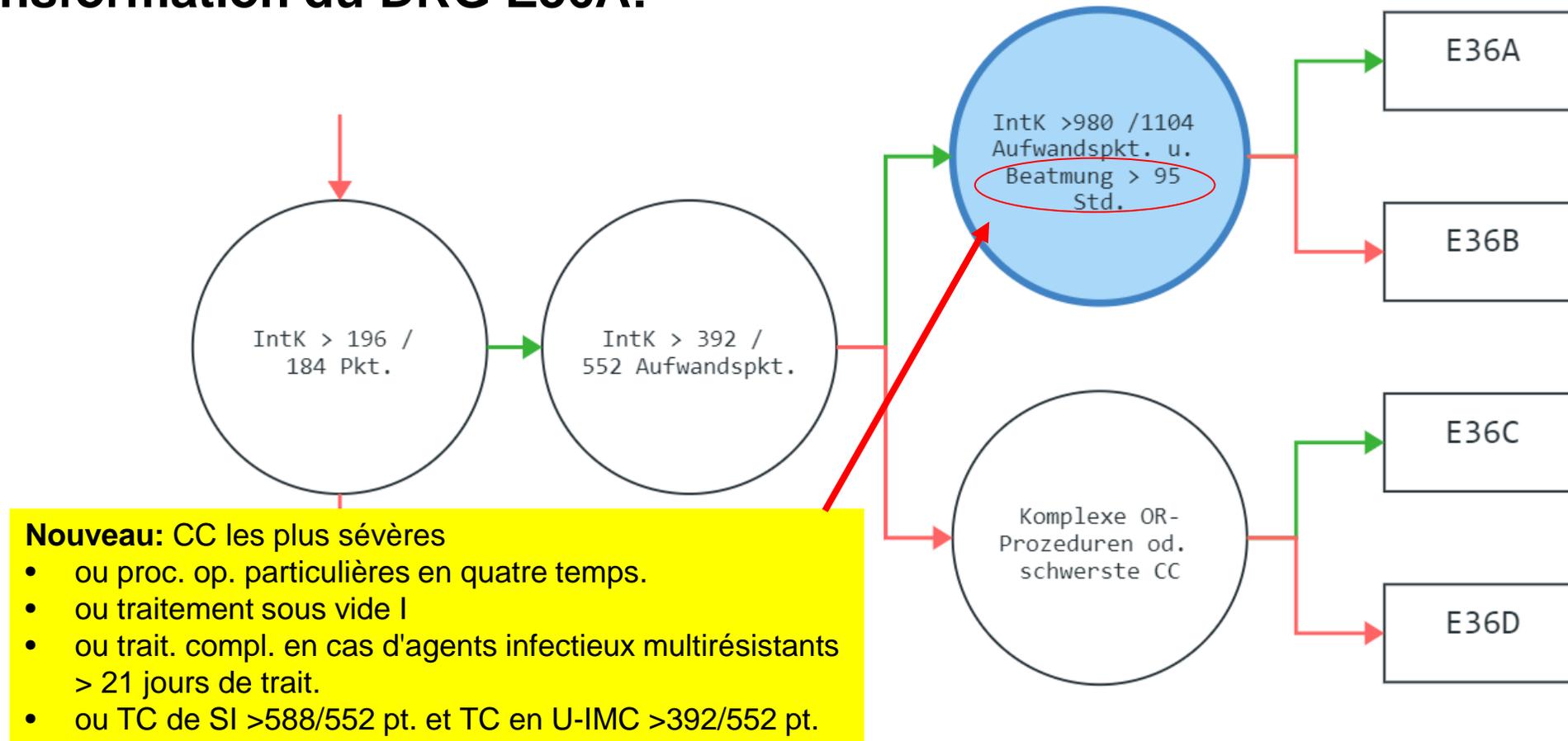
Transformation du DRG de base B36:

- Réduction du TC de SI à > 1176/ 1380 pt. pour le DRG **B36A** «*Maladies et troubles du système nerveux avec traitement complexe de soins intensifs > 1470/1656 points*»
- Réduction du TC de SI à > 588 pt. NN et enfants pour le DRG **B36B** «*Maladies et troubles du système nerveux avec ... ou traitement complexe de soins intensifs > 588/1104 points ou...*»
- Suppression du TC en U-IMC >196/ 360 pt. pour le DRG **B36C** «*Maladies et troubles du système nerveux avec traitement complexe de soins intensifs > 392/552 points*»

Transformation H MV / Soins intensifs

Organes respiratoires MDC 04

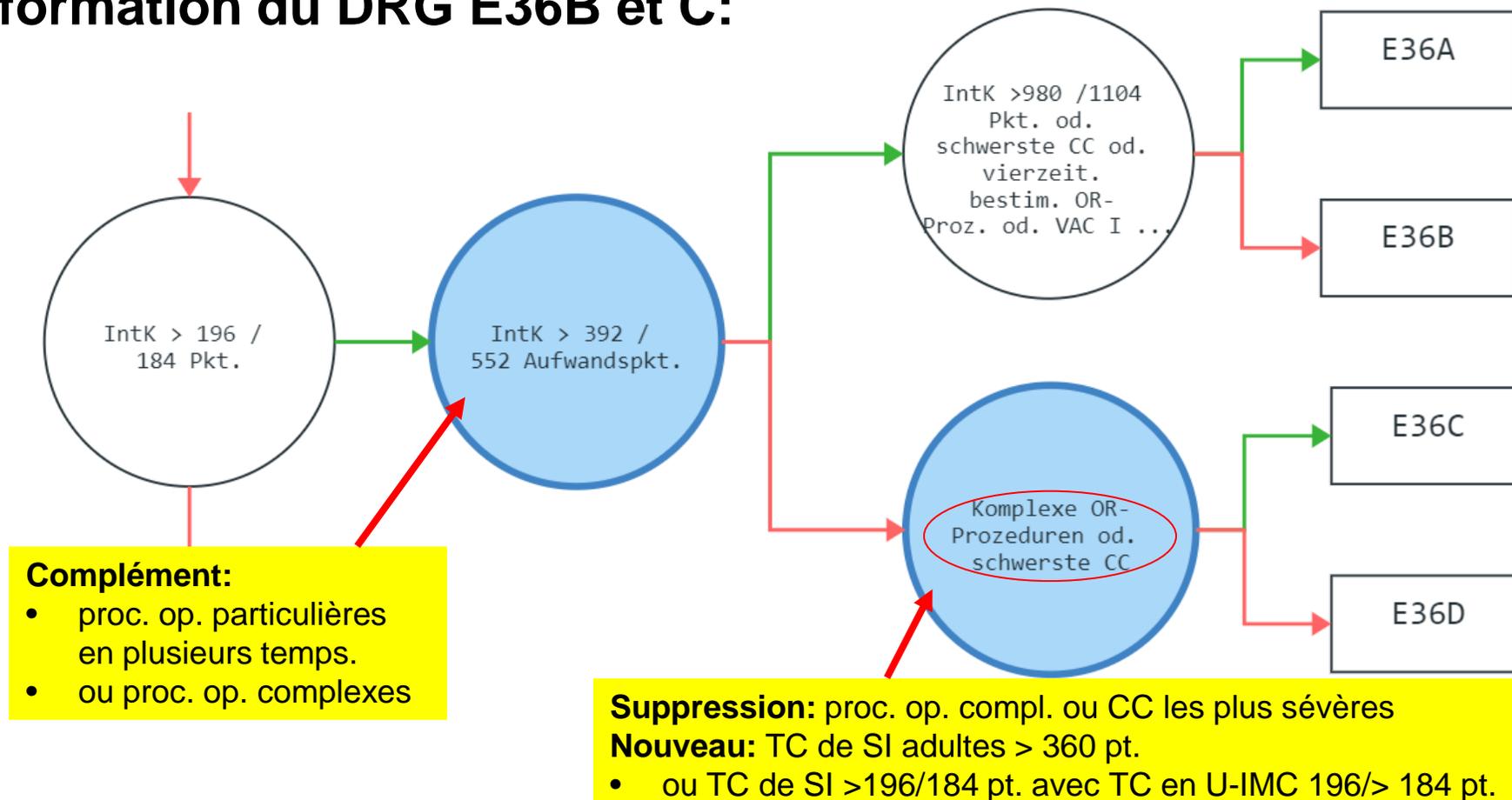
Transformation du DRG E36A:



Transformation H MV / Soins intensifs

Organes respiratoires MDC 04

Transformation du DRG E36B et C:

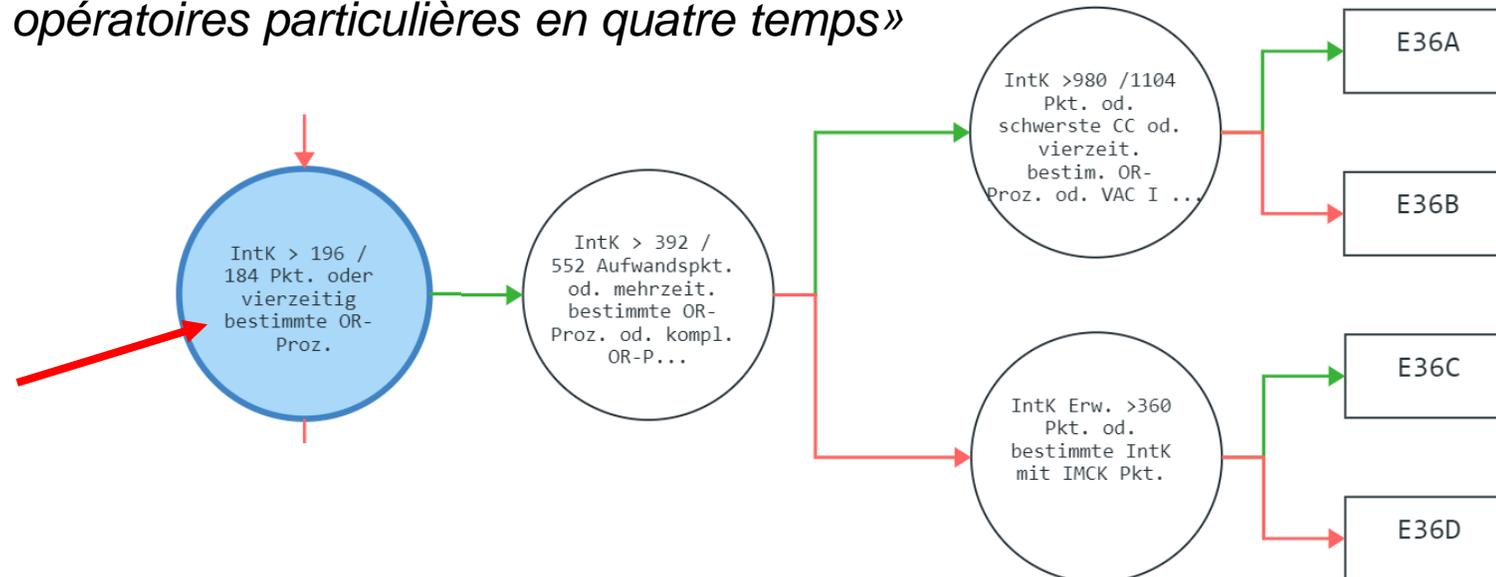


Transformation H MV / Soins intensifs

Organes respiratoires MDC 04

Transformation du DRG de base E36:

- en raison de la transformation H MV au sein du DRG de base E36
- autre transformation nécessaire
- Complément de la logique pour le DRG de base E36 avec fonction «*Procédures opératoires particulières en quatre temps*»

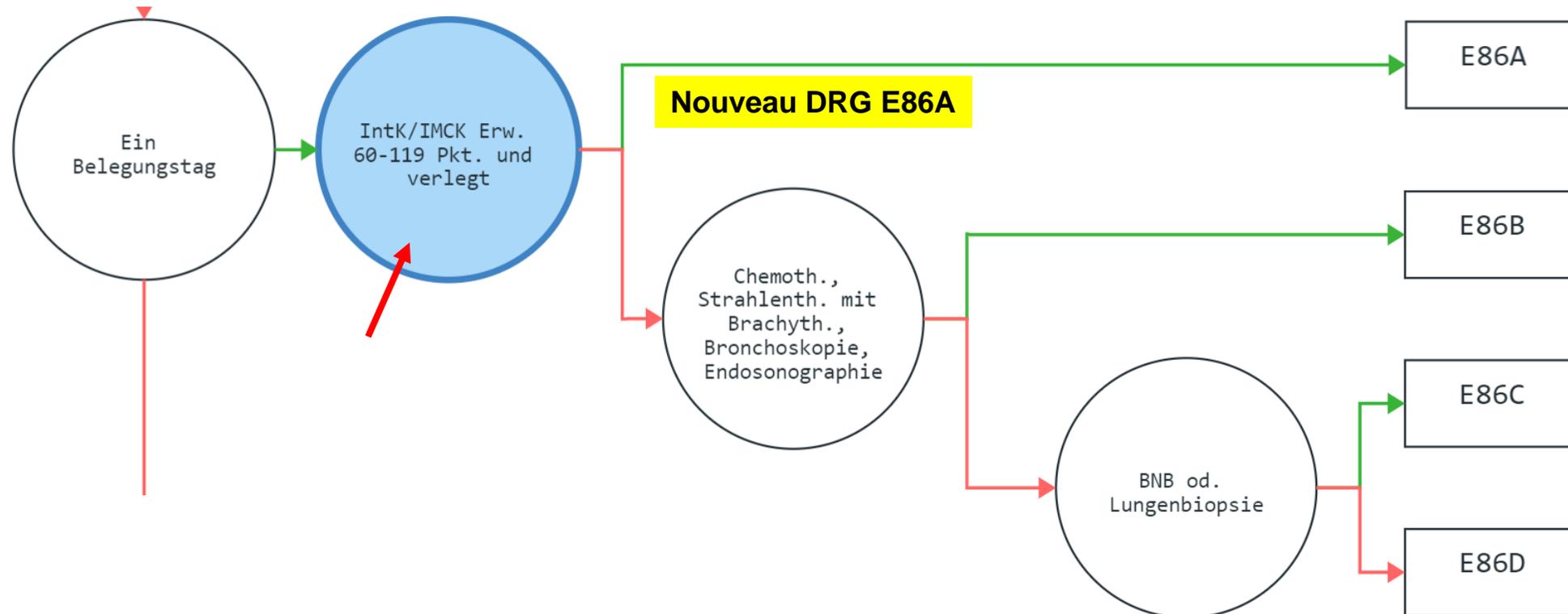


Transformation H MV / Soins intensifs

Organes respiratoires MDC 04

Transformation du DRG de base E86:

- Split du DRG E86A «*Maladies et troubles des organes respiratoires, un jour d'hospitalisation*»

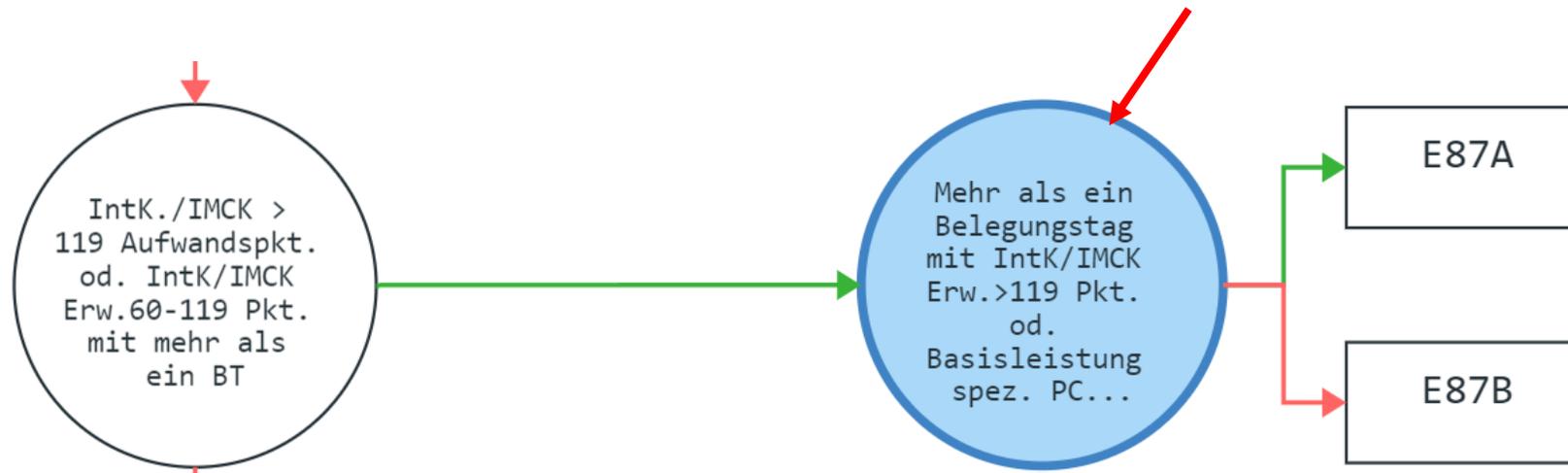


Transformation H MV / Soins intensifs

Organes respiratoires MDC 04

Transformation du DRG de base E87:

- Split du DRG E87Z «TC de SI/ TC en U-IMC ad. >119 pt. et plus d'un jour d'hospitalisation»
OU «PCCL > 2»

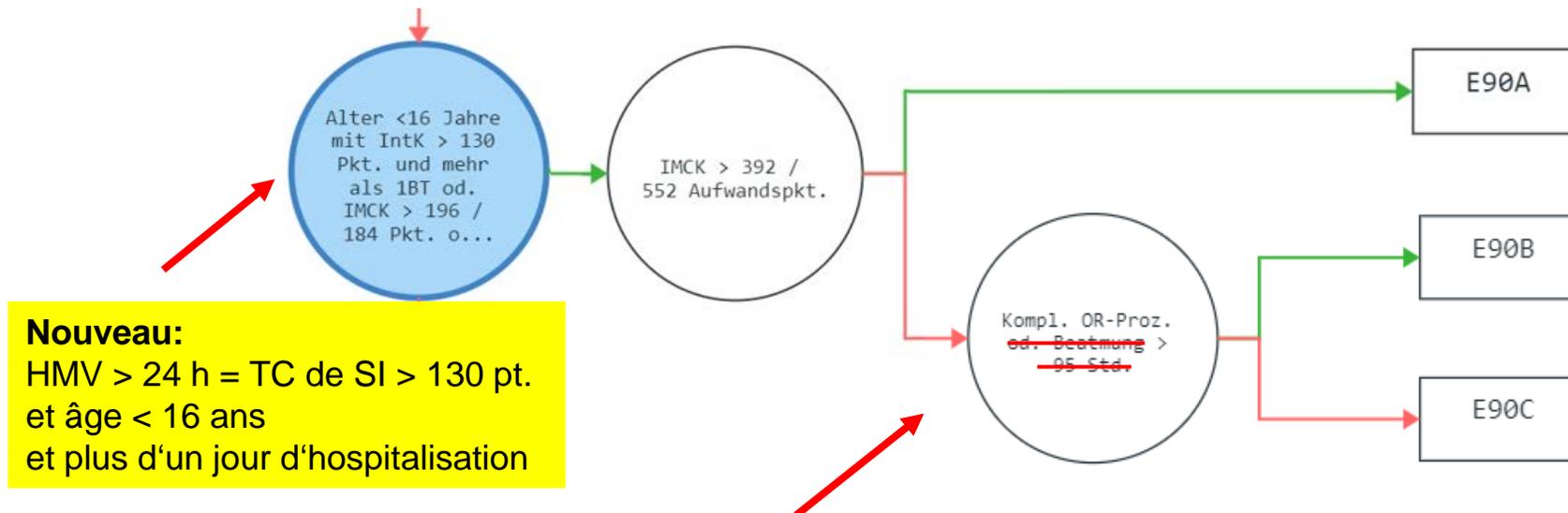


Transformation H MV / Soins intensifs

Organes respiratoires MDC 04

Transformation du DRG de base E90:

- laisser un espace réservé pour les TC de SI enfants «*H MV >24 heures*» dans le DRG de base E90
- Condition de split «*Ventilation artificielle > 95 heures*» pour le DRG E90B supprimée



Transformation H MV / Soins intensifs

Appareil circulatoire MDC 05

Transformation du DRG F36A:

- **avec H MV:** TC de SI > 784/1380 pt.
ou implantation pompe cardiaque
ou H MV > 95h - avec TC de SI > 392/552 pt. avec proc.op.compl.
- ou TC de SI > 980/1104 pt.
- **Nouveau:** TC de SI > 784/1380 pt.
ou implantation pompe cardiaque
ou Interventions vasculaires complexes avec CEC → **DRG F36B**

Transformation H MV / Soins intensifs

Appareil circulatoire MDC 05

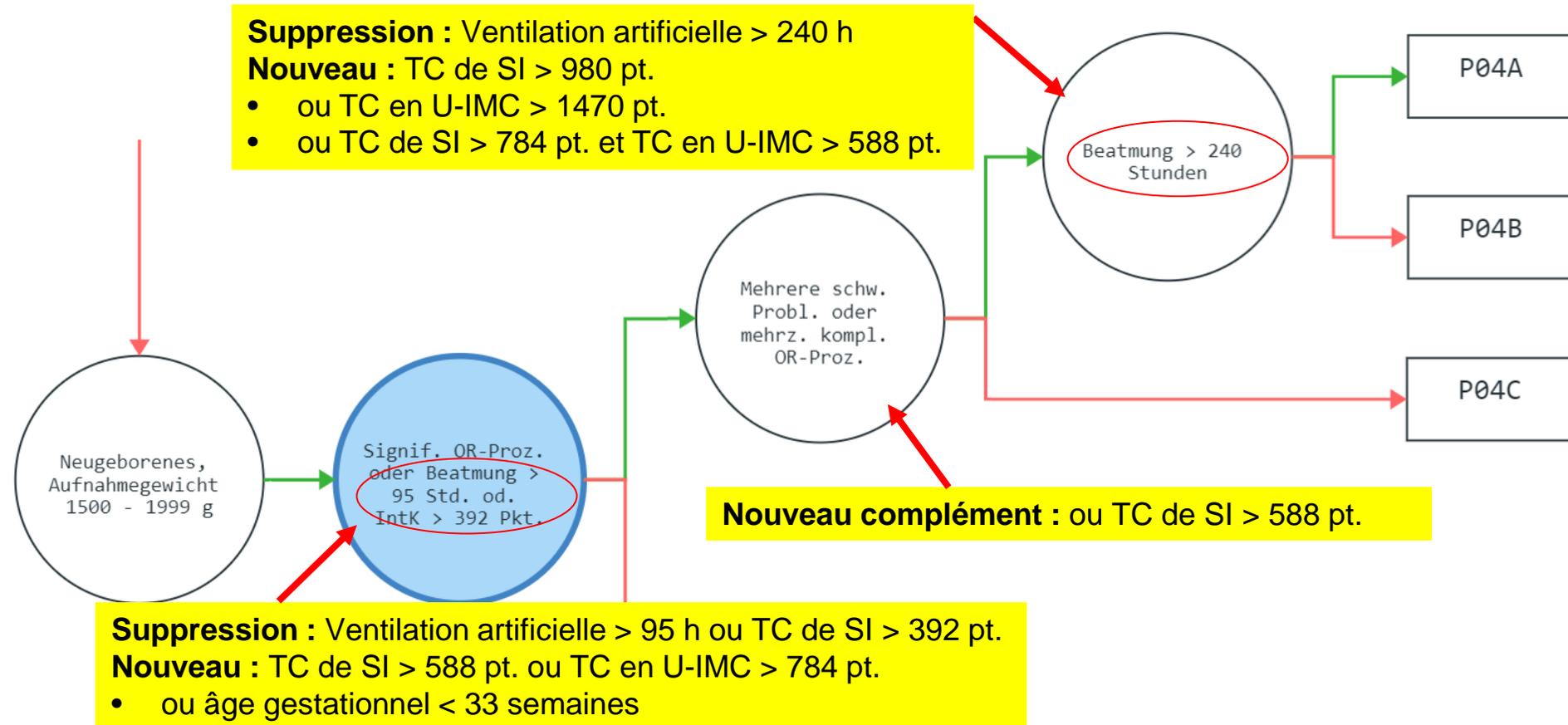
Autre transformation du DRG de base F36A:

- les cas avec des «*Points intensives élevés*» ou des «*Procédures opératoires en plusieurs temps*» présentent une sous-rémunération.
- nouveau DRG F36A: TC de SI > 1176/1380 pt.
ou TC de SI > 784/828 pt. avec fonction «*Procédures opératoires particulières en plusieurs temps*»

Transformation H MV / Soins intensifs

Nouveau-nés MDC 15

Transformation du DRG de base P04 :

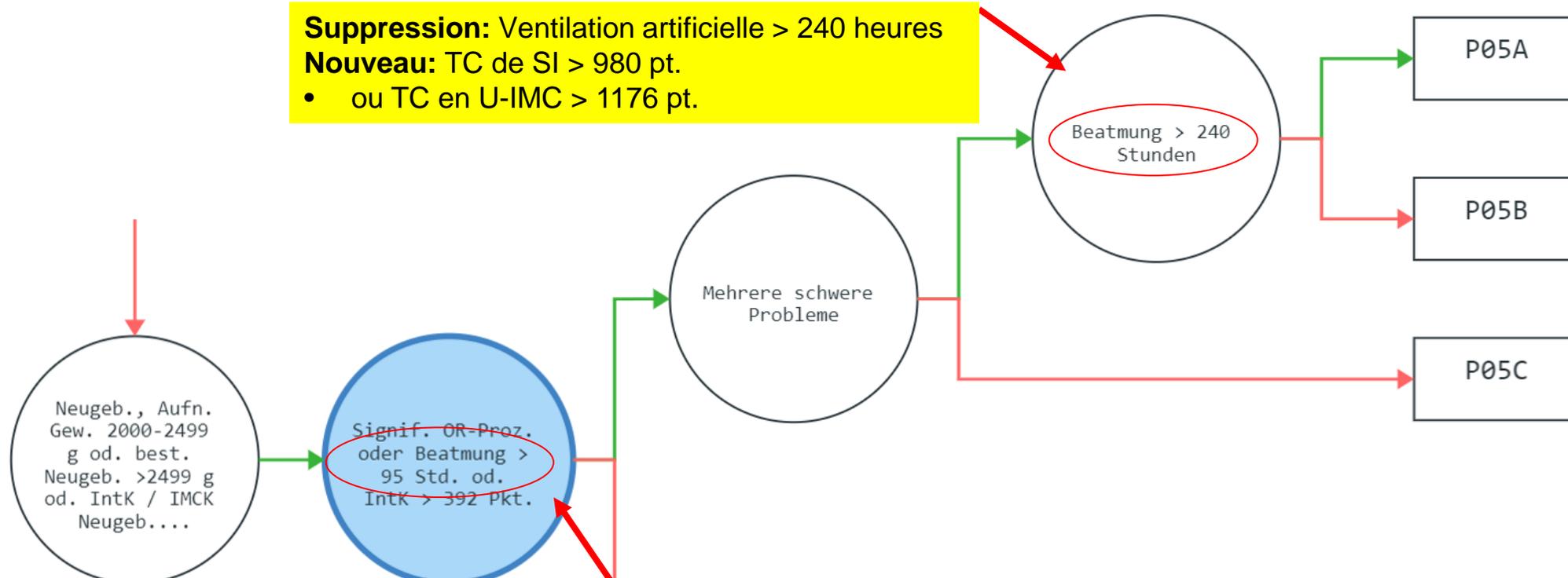


Transformation H MV / Soins intensifs

Nouveau-nés MDC 15

Transformation des DRG P05A-C:

Suppression: Ventilation artificielle > 240 heures
Nouveau: TC de SI > 980 pt.
 • ou TC en U-IMC > 1176 pt.



Suppression: Ventilation artificielle > 95 heures
Nouveau: TC en U-IMC > 1470 pt
 • ou TC de SI > 196 pt. et TC en U-IMC > 392 pt.

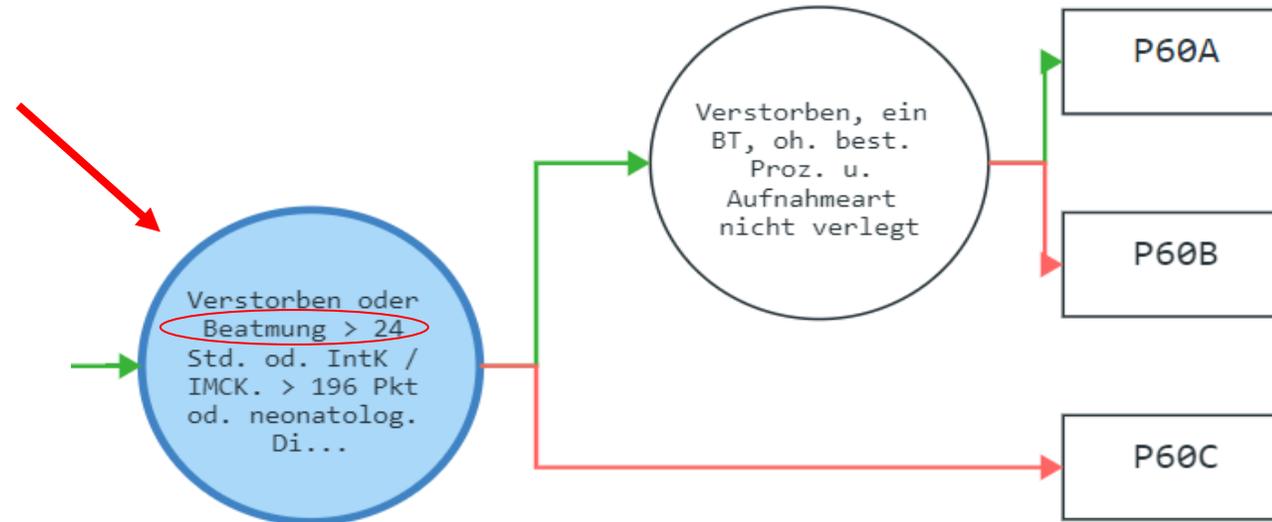
Transformation H MV / Soins intensifs

Nouveau-nés MDC 15

Transformation du DRG de base P60 :

- Espace réservé «*H MV >12 h*» pour TC de SI > 130 pt. chez les enfants
- Ou «*Admission transférée*» avec la fonction «*Problèmes sévères chez les nouveau-nés*»

Suppression : Ventilation artificielle > 24 heures
Nouveau : TC de SI > 130 pt.

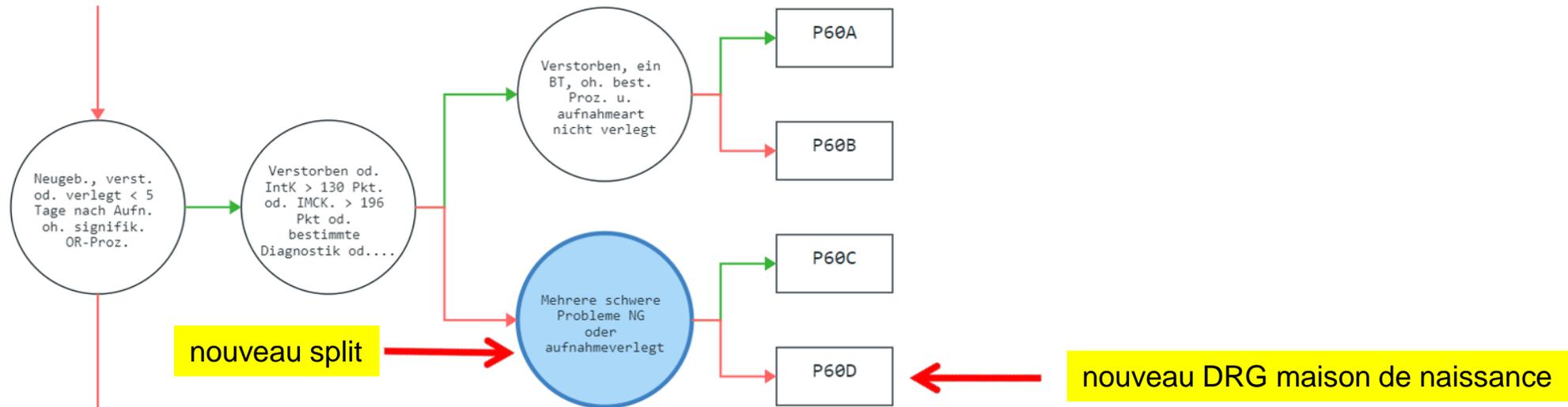


Transformation H MV / Soins intensifs

Nouveau-nés MDC 15

Autre transformation du DRG de base DRG P60 :

- Split du DRG P60C en P60D selon la raison d'admission
- nouveau DRG P60C contient la condition de split «*Mode d'admission transfert en l'espace de 24 h*» OU «*Transféré (depuis un autre hôpital)*» OU «*Plusieurs problèmes graves chez le nouveau-né*»



Transformation H MV / Soins intensifs

Nouveau-nés MDC 15

Demande :

- Revalorisation des codes CHOP
 - 93.9F.12 «*Assistance respiratoire par utilisation de lunettes nasales haut débit [système HFNC] chez le nouveau-né et le nourrisson*»
 - 93.9F.22 «*Assistance respiratoire par utilisation de lunettes nasales haut débit [système HFNC] chez l'enfant et l'adolescent*»

Transformation :

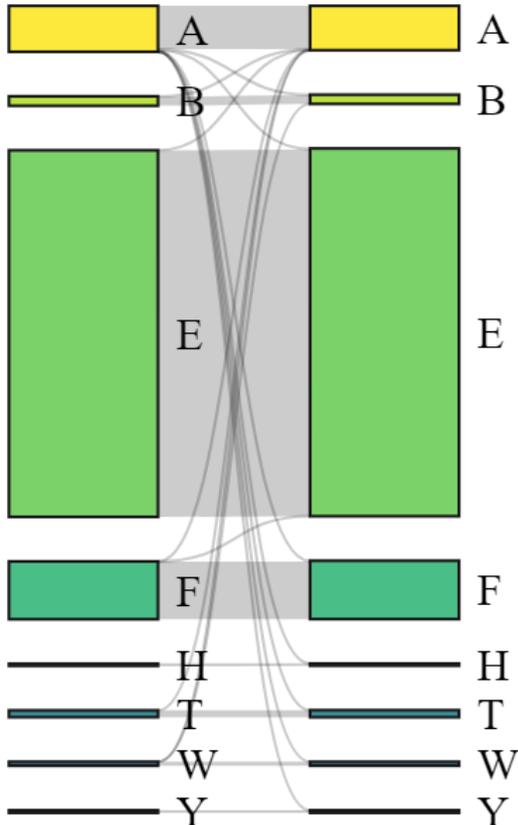
- Admission aux fonctions du MDC 15 «*Problème grave chez le nouveau-né*» et «*Plusieurs problèmes graves chez le nouveau-né*»

Transformation H MV

Analyse:

- Comparaison avant/après les transformations H MV
- sans prise en compte de transformations supplémentaires (ceteris paribus)
- Analyse basée sur les cas des DRG concernés
- DRG concerné, si, par transformation, au moins 1 cas a été déplacé dans le DRG ou loin du DRG

Transferts des cas entre DRG et MDC



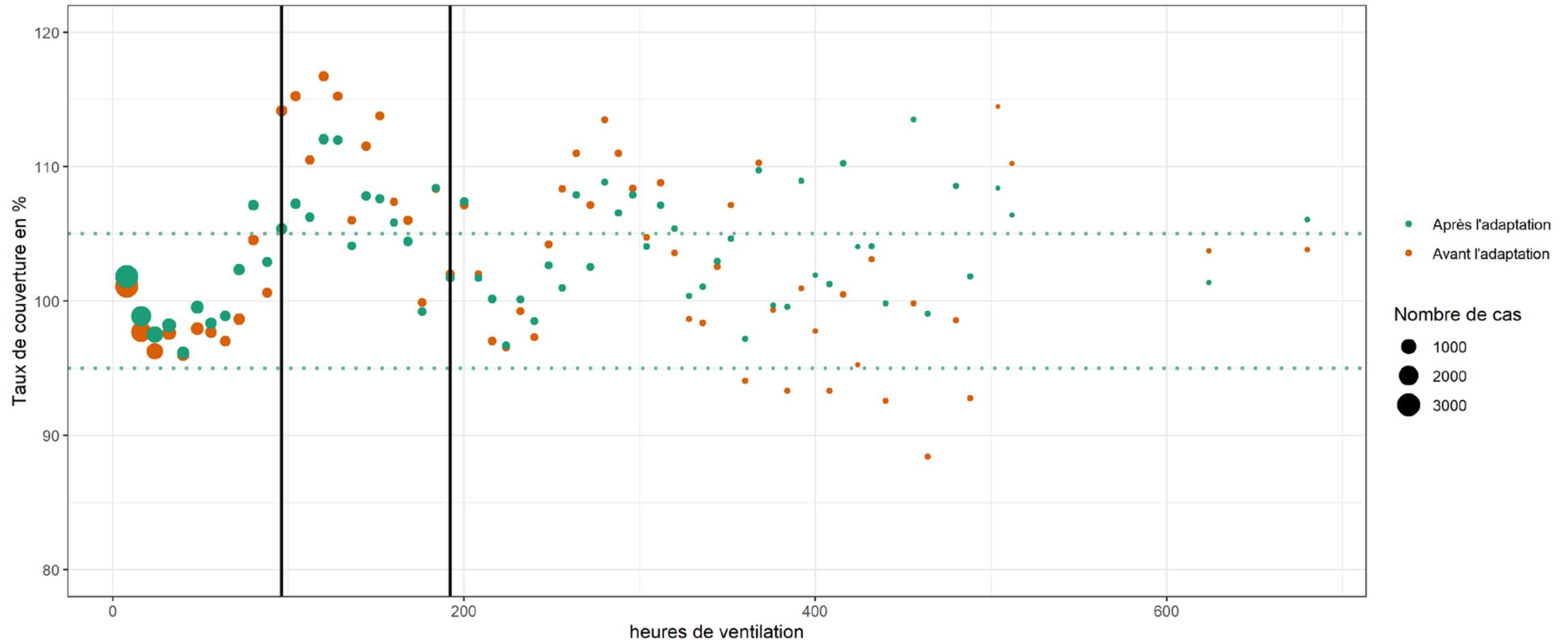
Cas concernés : 162'293
(16'072 dont avec heures de ventilation
artificielle)

**Nombre de cas avec changement de
MDC : 588**

dont 422 cas de pré-MDC

dont 163 cas en pré-MDC

Modification du taux de couverture pour les cas de ventilation artificielle



Baserate hypothétique : 10'981 CHF

Pré-MDC

Paraplégiologie

Situation initiale :

- dans la version 11.0 représentation du traitement complexe en paraplégiologie (TC) dans le DRG de base A46 avec 9 DRG : A46A à A46I
- la demande et l'échange avec les centres pour paraplégiques ont fourni de nouvelles indications
- Cas avec TC courte ou sans TC non représentés de manière adéquate dans le pré-MDC (A46 / B61) et dans les MDC organes
- le traitement complexe n'est pas toujours judicieux

traitement complexe
du patient
paraplégique (A46)

paralysie médullaire
avec procédure
opératoire

paralysie médullaire
avec traitement
conservateur

Pré-MDC

Paraplégiologie

Remarques :

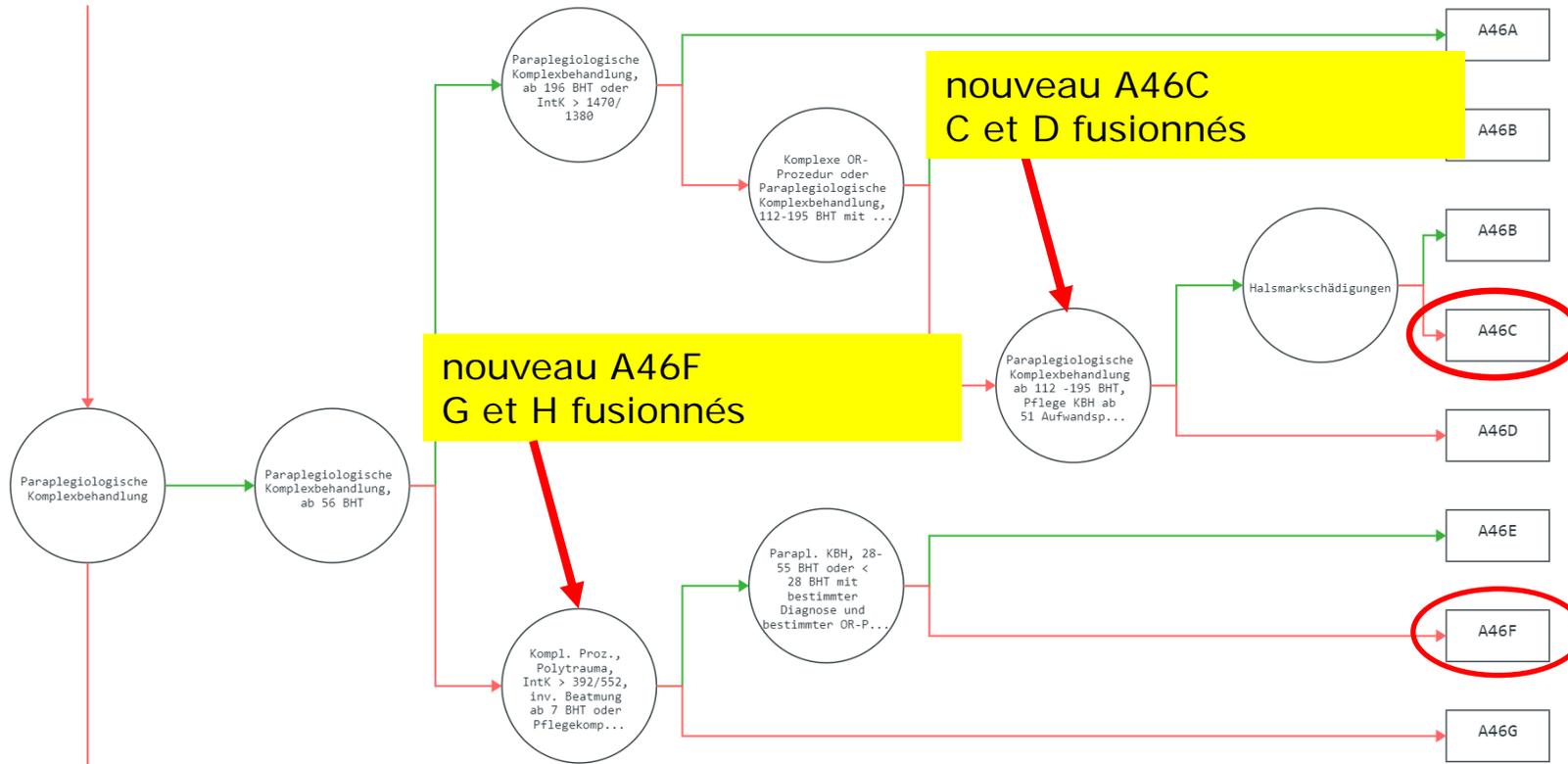
- Traumatisme multiple avec lésion simultanée de la moelle épinière dans MDC 21A
- Implantation d'une pompe à médicaments dans DRG A46 (dans B22Z bien représentée)
- Débridement non étendue (sans plastie de lambeau) dans DRG A46
- les troubles neurogènes de la fonction vésicale font partie d'un tableau clinique typique en paraplégiologie, représentation dans le MDC 11
→ non conforme aux coûts effectifs

Pré-MDC

Traitement complexe du patient paraplégique

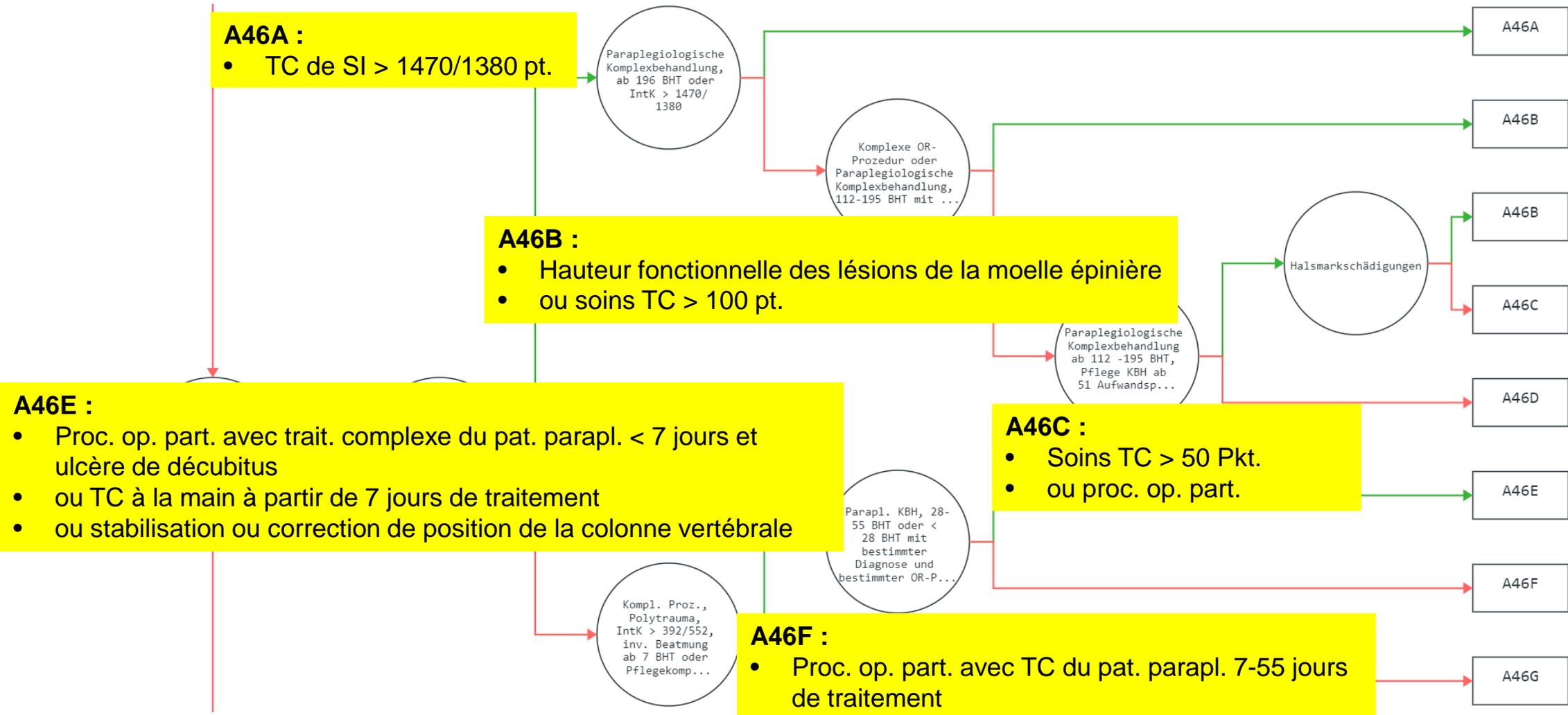
Transformation complexe du DRG de base A46 :

- Fusion de A46C et A46D ainsi que A46G et A46H



Pré-MDC

Traitement complexe du patient paraplégique



Pré-MDC

Traitement complexe du patient paraplégique

Autre transformation:

- DRG de base A46 exclu du déplacement du traumatisme multiple
- Admission des codes CHOP 03.9B.1- «*Implantation ou remplacement d'une pompe de perfusion totalement implantable*», 58.93.11 «*Implantation de sphincter vésical artificiel*», 86.7A.4- «*Plastie de glissement-rotation, étendue*»
 - dans la fonction «*Procédures opératoires complexes*», qui se trouve dans les DRG A46B, A46E/F
- Admission des codes CHOP 86.2A.1- à .3- «*Débridement chirurgical, étendue petite, étendue modéré et grande*»
 - dans les fonctions «*Traitement sous vide I / II*» et «*Procédures opératoires particulières*» qui se trouvent dans les DRG A46C, A46E/F

Paraplégiologie

Opérateur partition

Jusqu'ici :

- DRG de base B61 pour «*Affections aiguës particulières et lésions de la moelle épinière*»

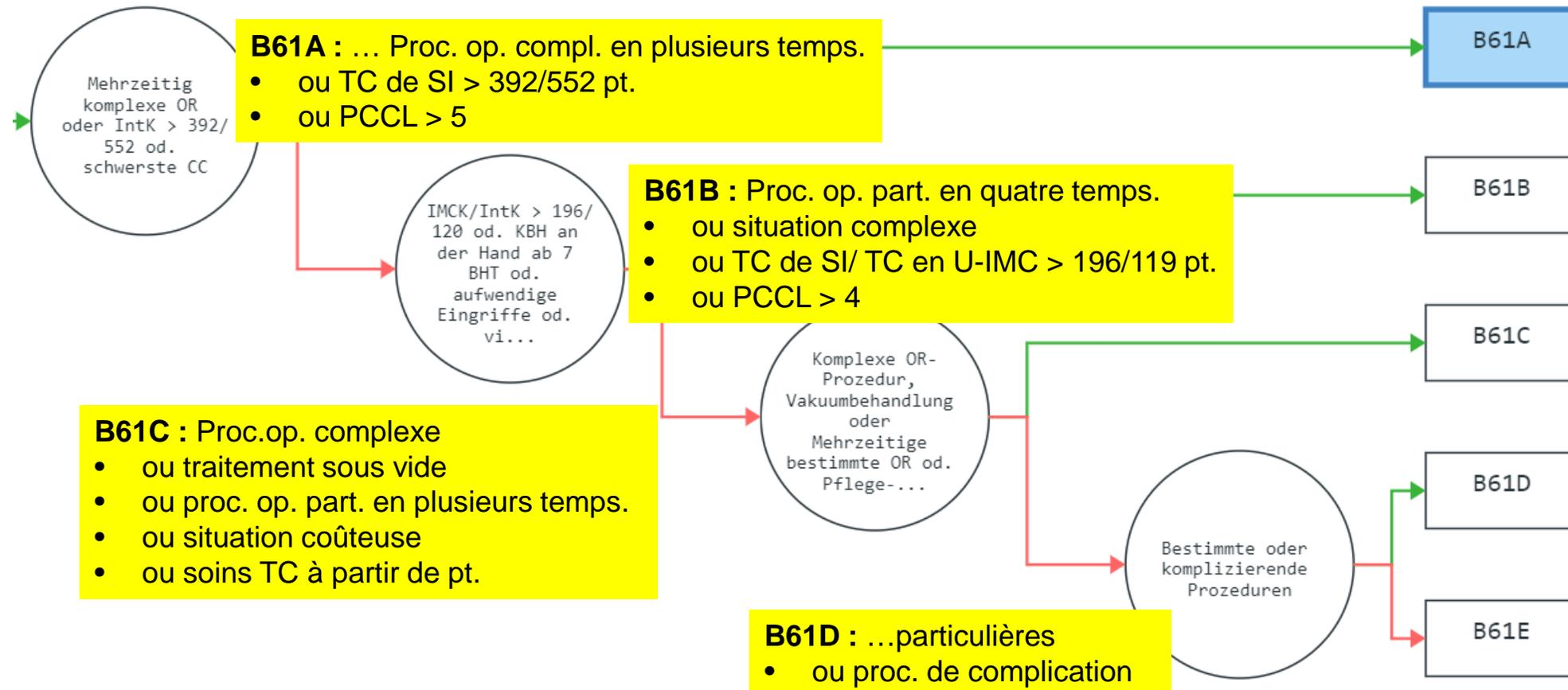
Transformation :

- Admission dans le DRG de base B61 :
 - Paraplégies chroniques
 - et condition supplémentaire procédure opératoire (valable pour toutes les lésions de la moelle épinière)
- des nouveaux splits et plus différenciés permettent une représentation adéquate

Paraplégiologie

Opérateur partition

Transformation du DRG de base B61 :

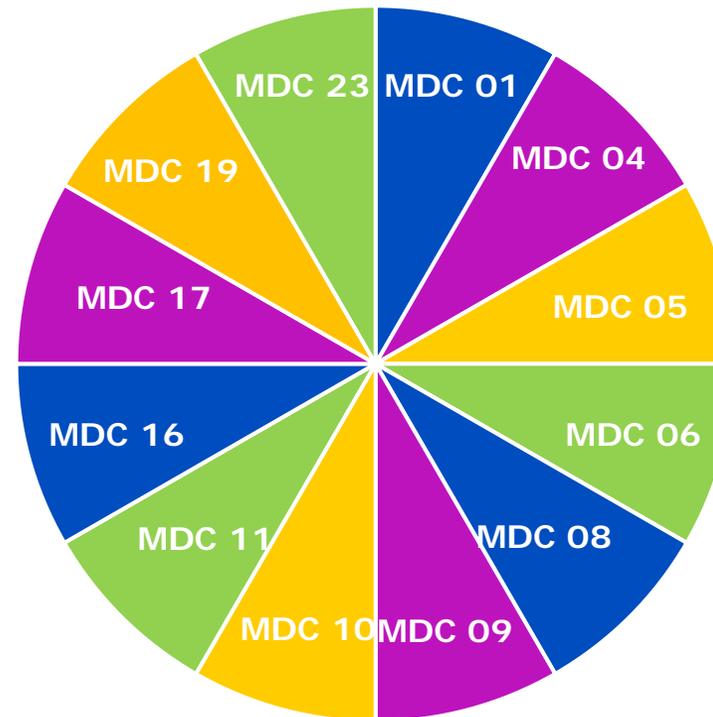


Paraplégiologie

Médicale partition

Revalorisation para/tétraplégie dans les MDC :

- K60C
- K64A
- L18A
- L60B
- L62A
- L63A
- Q60B
- R62A
- U64A
- Z86A



- B66A
- B70A
- B85A
- E36B/C
- E71B
- F73A
- F75C
- G86A
- I61A
- I65A
- J61A

Pré-MDC

Thérapie par radioligand

Problème:

- Thérapie par radioligand jusqu'à présent représentée dans les DRG de radiothérapie dans les MDC
- Séjour hospitalier court nécessaire pour des raisons de radioprotection
- Écart significatif de la durée moyenne de séjour de ces cas par rapport aux autres radiothérapies

Analyse:

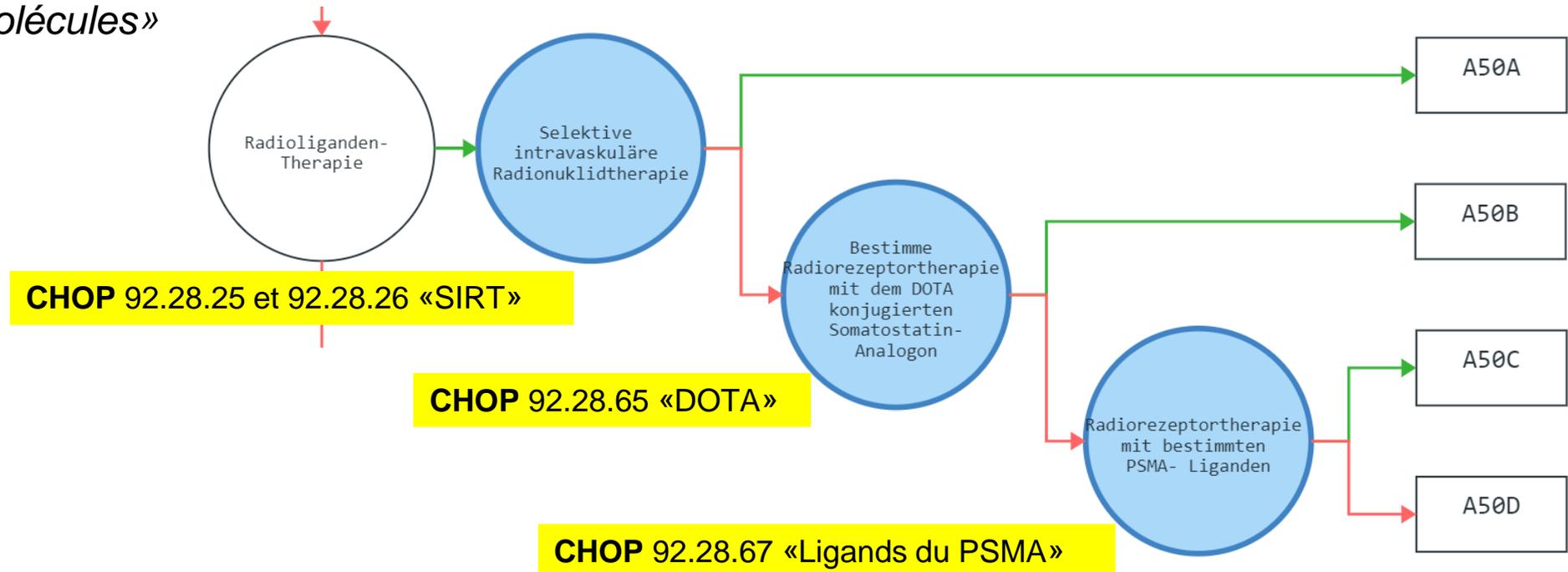
- Groupes de cas homogènes en coûts identifiables par des codes CHOP individuels
- Consommation de ressources déterminée par la procédure et non par DP
- Diagnostics principaux représentation indépendante dans le pré-MDC judiciaire

Pré-MDC

Thérapie par radioligand

Transformation:

- nouveau DRG de base A50 «*Thérapie par radioligand*» avec les groupes CHOP 92.28.2- «*Thérapie intravasculaire par radionucléides libres*» et 92.28.6- «*Radiothérapie à petites molécules*»



Pré-MDC

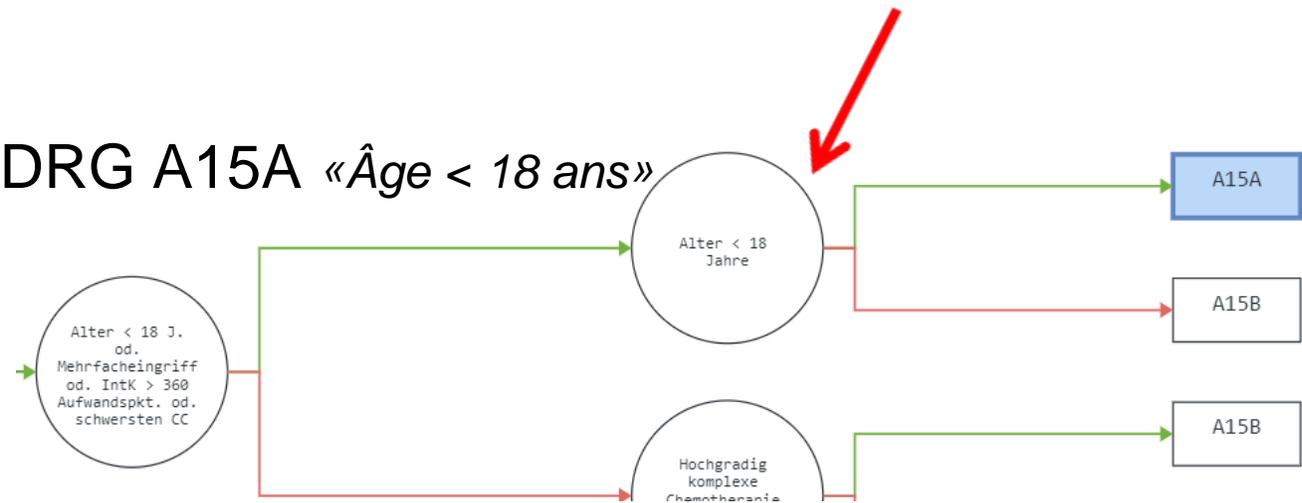
Transfusion de cellules souches

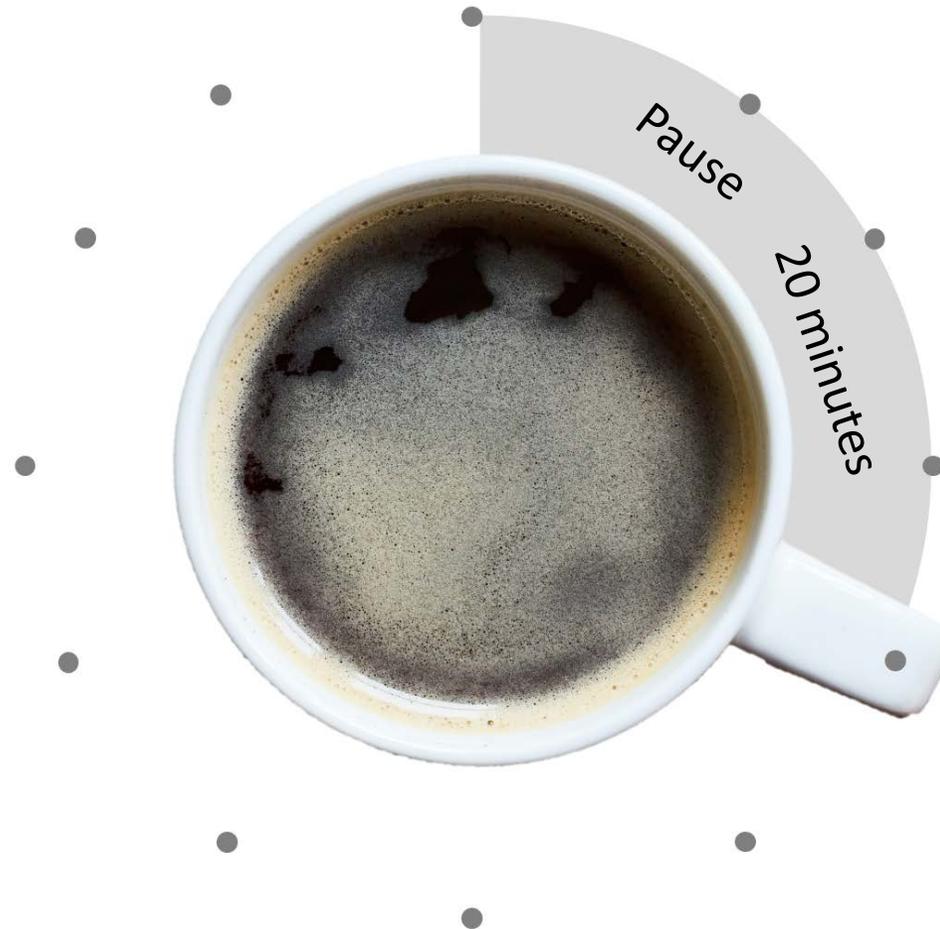
Problème:

- Condition de split pour DRG A15A «*Transplantation de moelle osseuse ou transfusion de cellules souches, autologue,...*» n'est plus un séparateur de coûts
- Nombre de cas très faible

Transformation:

- nouveau critère de split pour DRG A15A «*Âge < 18 ans*»





Transformations globales des MDC VIH

Problème :

- depuis plusieurs versions, très faible nombre de cas dans le MDC 18A
- le nombre de cas continue de diminuer même avec les données 2021
- MDC ne comprend que 4 DRG

Transformation :

- MDC 18A «*VIH*» enlevé du logigramme
- les cas sont dirigés vers le MDC 18B «*Maladies infectieuses et parasitaires*»
- Diagnostic principal VIH regroupé dans le DRG de base T63 «*Affection virale*»
- comme «*Diagnostic (DS) aggravant*» dans les DRG B85A, Q60A, T01B

Transformations globales des MDC

Âge gestationnel

Situation initiale :

- Enfants > 27 jours et < 366 jours, à partir de 2500g ne pas regrouper dans MDC 15
- Regroupement des cas en fonction de l'âge gestationnel dans les MDC liés à un organe avec les données 2019 non satisfaisant
- nouvel examen avec les données 2021

Résultat :

- le critère «*Âge gestationnel*» n'a toujours pas de pertinence en dehors du MDC 15
- Cas < 1 an dans MDC 07 et MDC 17 sous-rémunérés
- Critère de split «*Âge < 1 an*» dans DRG H01A, R63C, R65B

Transformations globales des MDC Parkinson

Examen :

- les cas avec la maladie de Parkinson comme diagnostic secondaire présentent des durées de séjour et des coûts plus élevés

Transformation :

- Revalorisation des codes ICD G20.1- et G20.2- «*Maladie de Parkinson*» dans la matrice CC
- nouveau tableau avec les codes ICD comme condition de split dans les DRG de base A95 ; E77 ; L63

Transformations globales des MDC

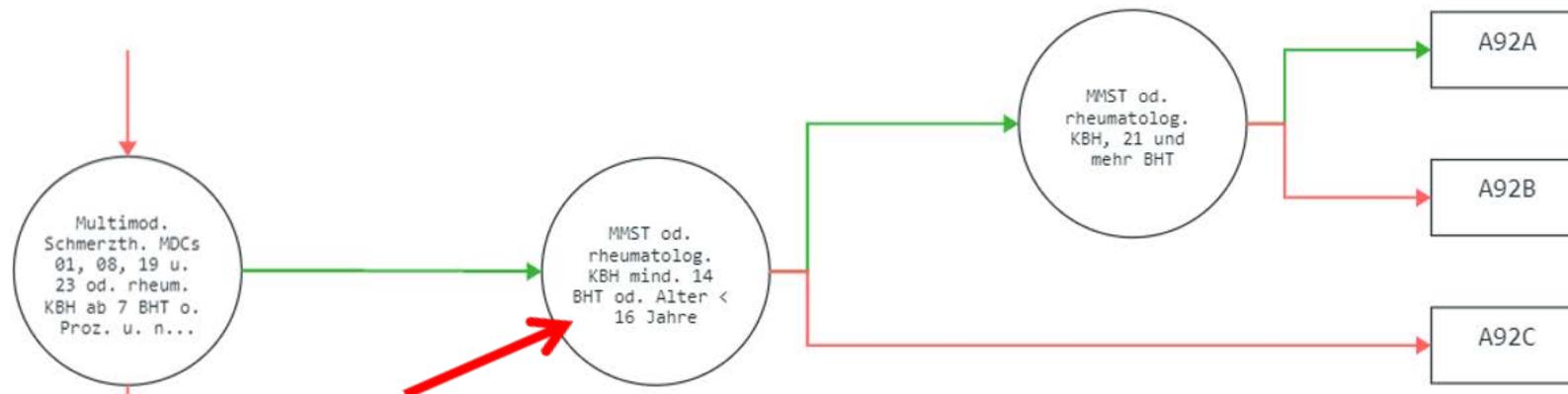
Traitement multimodal de la douleur

Remarque :

- Enfants âge < 16 ans dans le DRG de base A92 «*Traitement multimodal de la douleur... ou traitement rhumatologique complexe... sans procédure opératoire*» SOUS-rémunérés

Transformation :

- Inclusion de la condition «*Âge < 16 ans*» dans le DRG A92B



Transformations globales des MDC

Réadaptation gériatrique aiguë (RGA)

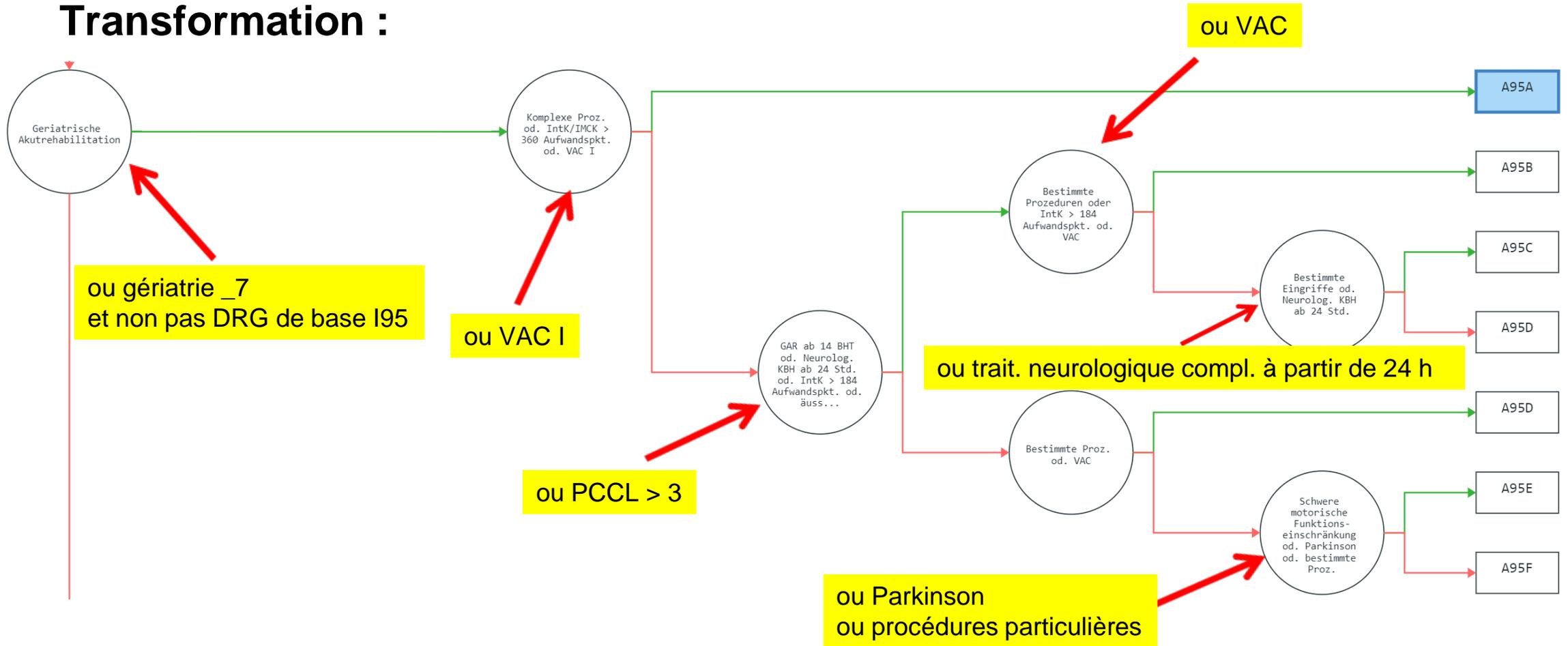
Demands :

- Représentation des cas avec «*Traitement neurologique complexe*» dans le DRG de base A95 non adéquate
- Sous-rémunération en cas de prestation supplémentaire pour les cas des MDC 08 ou 11
- les analyses de cas individuels révèlent certains cas sous-couverts dans le MDC 08
- Cas représentés de manière adéquate dans le MDC 11 dans le cadre de la dispersion

Transformations globales des MDC

Réadaptation gériatrique aiguë (RGA)

Transformation :



Transformations globales des MDC

Prestation de base Soins palliatifs spécialisés

Demande :

- Représentation de cas avec «*Prestation de base Soins palliatifs spécialisés*» dans le DRG de base DRG A97

Analyse :

- Consommation de ressources non comparable avec les cas dans le DRG de base A97

Transformation :

- Inclusion du code 93.8B.1- «*Prestation de base Soins palliatifs spécialisés*», au moins 7 jours de traitement et plus» dans la partition médicale des MDC 01 ; 03 ; 04 ; 06 ; 07 ; 09 ; 13
- comme critère de split dans les DRG de base «*Néof ormation maligne*»

Transformations globales des MDC

Traitement complexe de médecine palliative

Demande :

- Adultes avec paraplégie/tétraplégie chroniques codes ICD G82.- regrouper dans le DRG A97F
- regrouper les enfants avec paralysie cérébrale codes ICD G80.- dans le DRG A97G et y sont sous-rémunérés

Transformation :

- nouveau tableau avec «*Paralysie cérébrale infantile*» en condition de split pour le DRG A97E

Autres analyses :

- Inclusion de la condition «*Soins TC à partir de 31 points*» dans le DRG A97C
- Élargissement de la logique «*PCCL Split > 3*» dans le DRG A97F

Systeme nerveux MDC 01

Neurostimulateurs

Demande :

- certains codes CHOP dans le DRG de base B21 «*Implantation d'un neurostimulateur ou d'électrodes*» ne sont pas représentés de manière adéquate

Transformation du DRG de base :

- Élargissement de la condition de split pour le DRG B21A avec «*Procédures opératoires particulières en plusieurs temps*»
- Revalorisation des codes CHOP 04.95.14 «*Implantation ou remplacement d'un neurostimulateur pour stimulation du nerf vague*» et 34.85 «*Implantation d'un stimulateur diaphragmatique*» dans le DRG B21B
- nouveau DRG B21D avec les codes CHOP 03.93.2.- «*Implantation ou remplacement d'électrode(s) de neurostimulateur épidural permanent...*»

Systeme nerveux MDC 01

Neurostimulateurs

Autre transformation :

- Admission du code CHOP 39.8X.20 «*Implantation ou remplacement de generateur d'impulsions pour activation du baroreflexe*» dans la fonction «*Procedures operatoires complexes*»
- Suppression des codes CHOP 03.93.10 à -.99 «*Implantation ou remplacement d'electrode(s) de neurostimulateur rachidien*» et 02.96 «*Insertion d'electrodes sphenoidales*» de la fonction «*Procedures operatoires complexes*»
- Suppression des codes CHOP 02.93.4- «*Revision sans remplacement d'electrodes pour neurostimulation intracrânienne*»; 03.99.3- «*Revision sans remplacement d'electrode(s) de neurostimulateur rachidien*»; 04.92.10 - .99 «*Implantation ou remplacement d'electrode(s) de neurostimulateur peripherique...*»; 39.8X.21 - .32 «*Revision/Ablation/Implantation... de generateur d'impulsions/d'electrodes pour activation du baroreflexe...*»; 39.8X.99 «*Operation du corps carotidien...*» de la fonction «*Procedures operatoires particulieres*»

Organes respiratoires MDC 04

Mesures d'assistance respiratoire

Demande :

- Admission des codes CHOP 93.9E.1- «*Ventilation non invasive hors unité de soins intensifs,...*» et 93.9F.12/22/32 «*Assistance respiratoire par utilisation de lunettes nasales haut débit [système HFNC] chez...*» dans les fonctions «*Procédures de complication*», «*Procédures en plusieurs temps*» et «*Procédures particulières*»

Analyse :

- Admission des codes CHOP dans les fonctions non adéquate
- toutefois, dans certains DRG du MDC 04, les cas sont sous-rémunérés

Organes respiratoires MDC 04

Mesures d'assistance respiratoire

Transformation :

- Revalorisation des codes CHOP 93.9E.12; -.13 «*Ventilation non invasive hors unité de soins intensifs plus de 3 jours*» et 93.9F.12; -.22; -.32 «*Assistance respiratoire par utilisation de lunettes nasales haut débit [système HFNC]...*»
- dans le DRG de base E77 «*Autres infections et inflammations des organes respiratoires, plus d'un jour d'hospitalisation*»
- dans le DRG E65A «*Maladies chroniques obstructives des voies respiratoires avec état après transplantation ou intervention particulière ou...*»
- dans le DRG E70A «*Coqueluche et bronchite aiguë, âge < 1 an ou infections VRS...*»

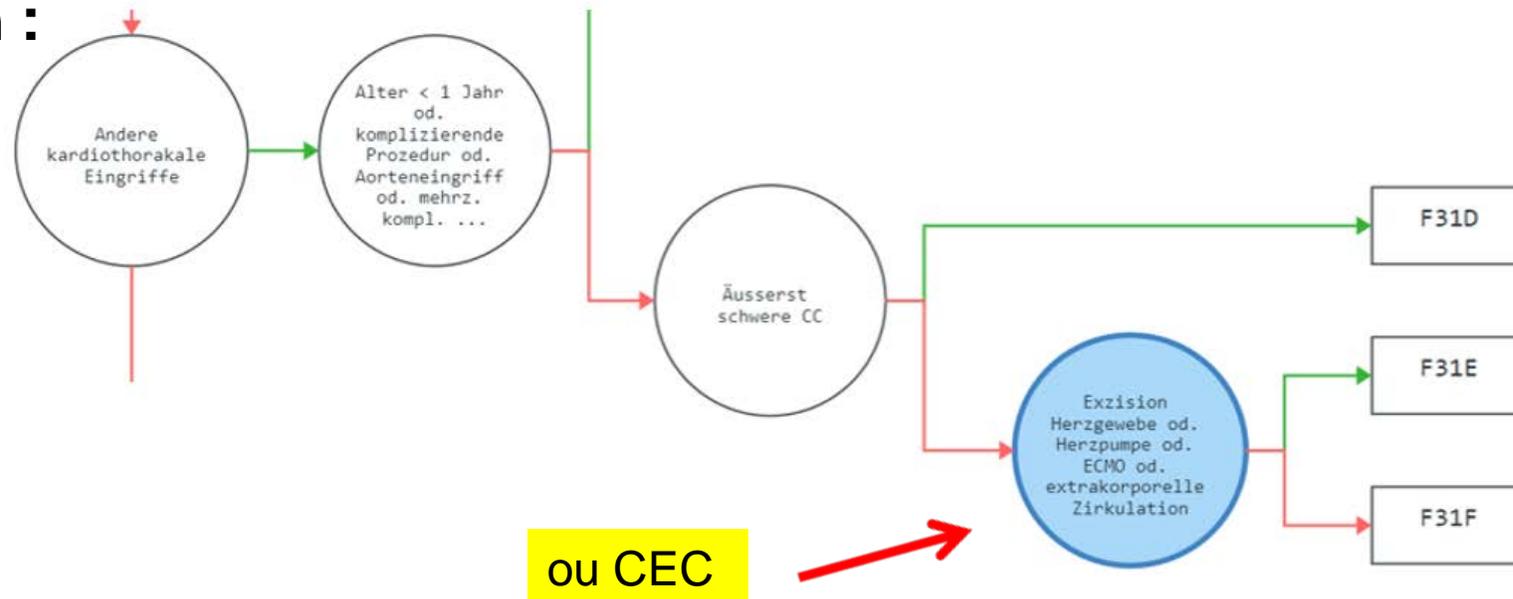
Appareil circulatoire MDC 05

Circulation extracorporelle [CEC]

Demande :

- Défaut de représentation des cas avec «*Circulation extracorporelle*» dans le DRG de base F31 «*Autres interventions cardi thoraciques*»

Transformation :



Appareil circulatoire MDC 05

Insuffisance (de la valvule) mitrale et tricuspидienne

Demande :

- les insuffisances se produisent souvent sur plusieurs valves du cœur
- les directives actuelles recommandent une correction simultanée par «Clipping»
- Intervention dans le DRG de base F98 «*Intervention valvulaire cardiaque endovasculaire*» sous-rémunérée

Transformation :

- Revalorisation dans le DRG F98A avec condition:
→ deux codes CHOP différents du tableau «*Opération mini-invasive sur valves cardiaques, endovasculaire*»

Appareil circulatoire MDC 05

Thrombectomie chirurgicale

Demande :

- les thrombectomies chirurgicales ouvertes dans les vaisseaux périphériques se répartissent sur différents DRG et ne sont pas représentées de manière à couvrir les coûts.
- Codes CHOP 38.03.-, 38.08.- et 38.09.- ne servent pas au classement

Transformation :

- Admission des codes CHOP 38.03.- «*Incision de vaisseaux de membre supérieur*», 38.08.- «*Incision d'artères de membre inférieur*» et 38.09.- «*Incision de veines profondes de membre inférieur*» dans le DRG F59E

→ Représentation adéquate des cas

Organes digestifs MDC 06

Fistule de l'intestin

Demande :

- les interventions viscérales entraînent souvent des insuffisances de sutures / des fistules et présentent souvent d'autres complications
- les cas exigent un investissement personnel et matériel important et sont sous-rémunérés

Transformation :

- Revalorisation ICD K91.8- «*Insuffisances d'anastomoses et sutures après opérations..*» et K63.2 «*Fistule de l'intestin*» dans la matrice CC et split du DRG G35Z avec «*PCCL > 4*»
- Admission ICD K91.83 dans les DRG de base G35 et G02
- la consultation de stomathérapie ne constitue pas un séparateur de coûts

Organes digestifs MDC 06

Soins intensifs

Demande:

- Revalorisation des cas avec TC de SI et/ou TC en U-IMC points dans le DRG de base G21 «*Intervention pour adhérences*» dans son propre DRG

Analyses:

- Cas non représentés de manière adéquate dans le DRG G21C

Transformation:

- Élargissement de la condition de split pour le DRG G21B «*Intervention pour adhérences.... ou intervention particulière avec traitement complexe de soins intensifs > 119 points ou TC en U-IMC > 184 points*»

Organes digestifs MDC 06

Gastroplastie longitudinale endoscopique

Remarque :

- Cas avec le code CHOP 44.95.31 «*Gastroplastie longitudinale, endoscopique*» sont sous-rémunérés
- le groupement se fait en cas de DP obésité dans le MDC 10 «*Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques*»
- les autres codes pour les interventions bariatriques sont déjà représentés à l'aide d'un déplacement dans le MDC 06 «*Maladies et troubles des organes digestifs*»

Transformation :

- Déplacement du code CHOP du MDC 10 vers le MDC 06
- Revalorisation au sein du DRG de base G46

Organes digestifs MDC 06

Interventions endoscopiques dans le tractus gastro-intestinal

Demandses :

- les cas de résections d'anse, de dissections muqueuses par endoscopie, de biopsies et d'excisions présentent une couverture insuffisante des coûts
- jeunes patients sans DS avec, par ex. colite aiguë sévère et mauvais état nutritionnel avec des très nombreuses prestations coûteuses sont sous-rémunérées dans le DRG de base G64

Organes digestifs MDC 06

Interventions endoscopiques dans le tractus gastro-intestinal

Transformation :

- DRG de base G48 «*Coloscopie ou autre intervention, plus d'un jour d'hospitalisation*» entièrement révisé et logique simplifiée
- nouveau tableau avec «*Petites interventions*» inclus dans le DRG de base G48 et dans le DRG G86A
- DRG G48A tableau avec «*Maladies intestinales chroniques*» supprimé
- Inclusion de la condition de split «*PCCL > 2*» ou «*Dialyse*» dans le DRG G48A
- Élargissement de la condition de split dans le DRG de base G87 ou «*PCCL > 4*»

→ Revalorisation des cas des DRG de base G60; G64 et G87

Organes digestifs MDC 06

Endoscopie par capsule

Demande:

- Cas avec endoscopie par capsule sous-remboursés

Transformation:

- Revalorisation du code CHOP 45.28.10 «*Endoscopie du gros intestin par capsule téléométrique*» dans le DRG G48A et 45.13.20 «*Endoscopie de l'intestin grêle par capsule téléométrique*» dans le DRG G46B

Systeme hépatobiliaire MDC 07

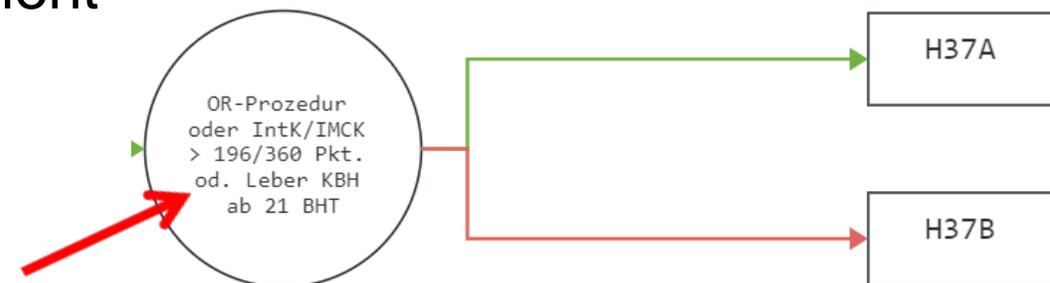
Traitement complexe de foie

Demande :

- le DRG H87Z présente un nombre de cas non homogène
- les cas avec TC de SI/TC en U-IMC en lien avec le traitement complexe de foie ne sont pas classés de manière à couvrir les coûts

Transformation :

- Cas avec «*Traitement complexe de foie..*» désormais représentés dans le DRG de base H37 à partir de 7 jours de traitement



Systeme hépatobiliaire MDC 07

Cirrhose hépatique

Demande :

- les cas dans les DRG H60A et H60B présentent une très large dispersion des coûts
- souvent, un delirium (F10.4) ou une encéphalopathie hépatique (K72.7f) ou une péritonite bactérienne (K65.00) s'ajoutent pendant l'hospitalisation
- ce qui augmente la durée de séjour

Analyse :

- Nombre de cas dans le DRG de base H60 «*Cirrhose hépatique*» non homogène
- Cas oscillants entre les DRG de base H60 et H41 «*CPRE et thérapie photodynamique*»

Systeme hépatobiliaire MDC 07

Cirrhose hépatique

Transformation I :

- Suppression du DRG de base H60 «*Interventions endoscopiques à l'œsophage*»
- complété dans le split pour le DRG H60A «*Âge < 16 ans*»
- DRG H60C «*..., un jour d'hospitalisation*» supprimé
- nouveau DRG de base H86 «*Maladies et troubles du système hépatobiliaire et du pancréas, un jour d'hospitalisation*» établi

Transformation II :

- Inclusion de la condition «*Interventions endoscopiques à l'œsophage hagus*» dans le DRG de base H41 et dans le DRG H41A
- Condition de split DRG H41B augmentée de «*Âge < 3 ans*» à «*Âge < 16 ans*»

Systeme hépatobiliaire MDC 07

Split pédiatrique

Remarque:

- Enfants non représentés de manière adéquate dans différents DRG de base du MDC 07

Transformation:

- Élargissement de la condition de split DRG H61A «*Néof ormation maligne sur le système hépatobiliaire... »* par «*Âge < 16 ans*»
- et DRG H63C «*Affections du foie sauf néof ormation maligne.. »* âge réduit à «*Âge < 6 ans*»

Systeme hépatobiliaire MDC 07

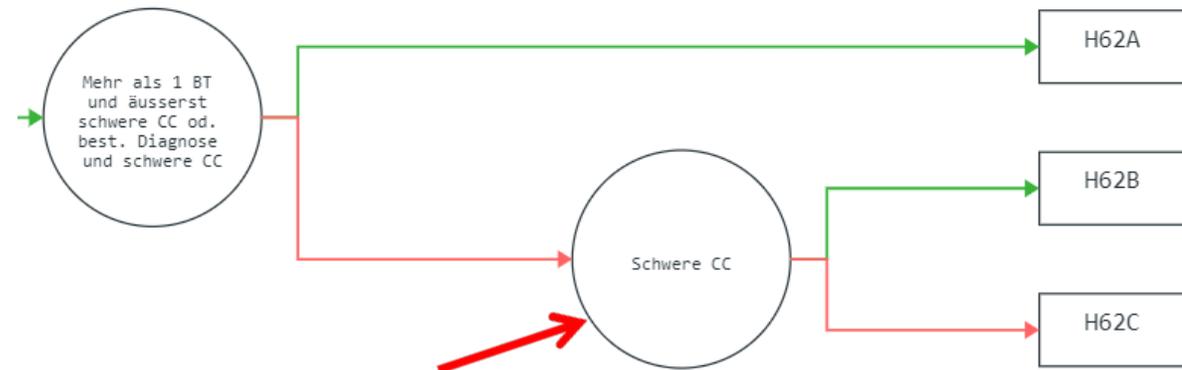
Affections du pancréas

Demande:

- Examiner l'homogénéité des coûts dans le DRG de base H62 «*Affections du pancréas sauf néoformation maligne*»
- Établissement d'un nouveau DRG pour les cas avec séjour en U-IMC et nutrition parentérale et plusieurs imageries

Transformation:

- Split DRG H62B mit «*PCCL > 2*»



Systeme locomoteur MDC 08

Remplacement de prothèse en deux temps

Demande :

- Remplacement de prothèse en deux temps (septique) de brève durée beaucoup plus avantageux en un séjour qu'en deux séjours
- nouveau concept de soins innovant
- actuellement, dans la structure tarifaire, les interventions en deux séjours sont mieux rémunérées
- entre-temps, il y a un séjour de réadaptation

Analyse :

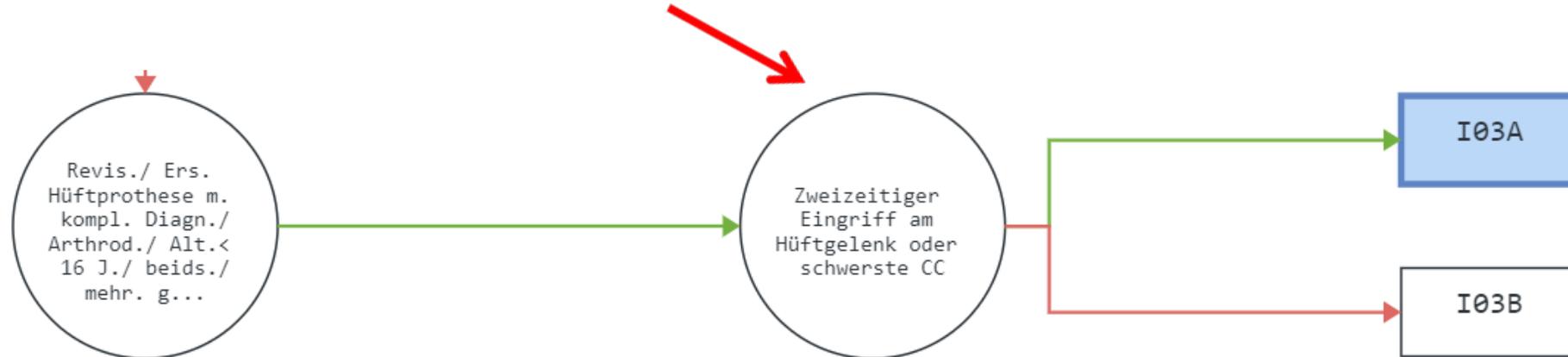
- Cas difficiles à identifier dans les données
- Échange intensif avec les demandeurs

Systeme locomoteur MDC 08

Remplacement de prothese en deux temps

Résultat hanche :

Diagnostic : Infection de prothese articulaire
et intervention à plusieurs jours avec «Enlèvement d'endoprothese totale de hanche» et «Implantation d'une endoprothese totale de hanche lors d'un remplacement de prothese»
ou PCCL > 4



Systeme locomoteur MDC 08

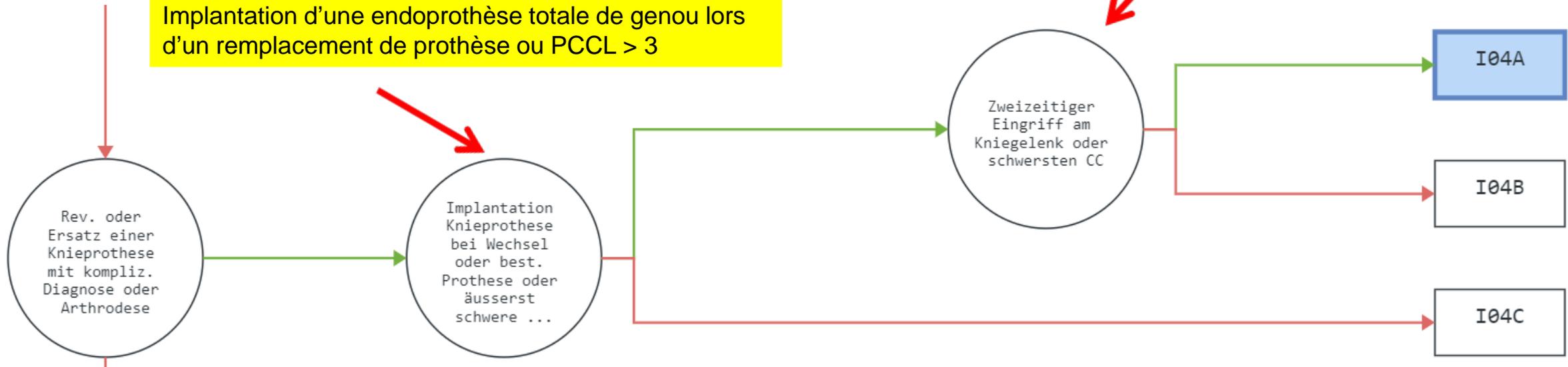
Remplacement de prothese en deux temps

Résultat genou :

Diagnostic : Infection de prothèse articulaire et intervention à plusieurs jours avec «Enlèvement d'endoprothèse totale de genou» et «Implantation d'une endoprothèse totale de genou lors d'un remplacement de prothèse» ou PCCL > 4

Élargissement :

Implantation d'une endoprothèse totale de genou lors d'un remplacement de prothèse ou PCCL > 3



Systeme locomoteur MDC 08

Implantation de protheses de poignet

Demande:

- l'implantation de protheses de poignet n'est pas correctement representee dans le systeme DRG
- DRG propre ou remuneration supplementaire souhaitee

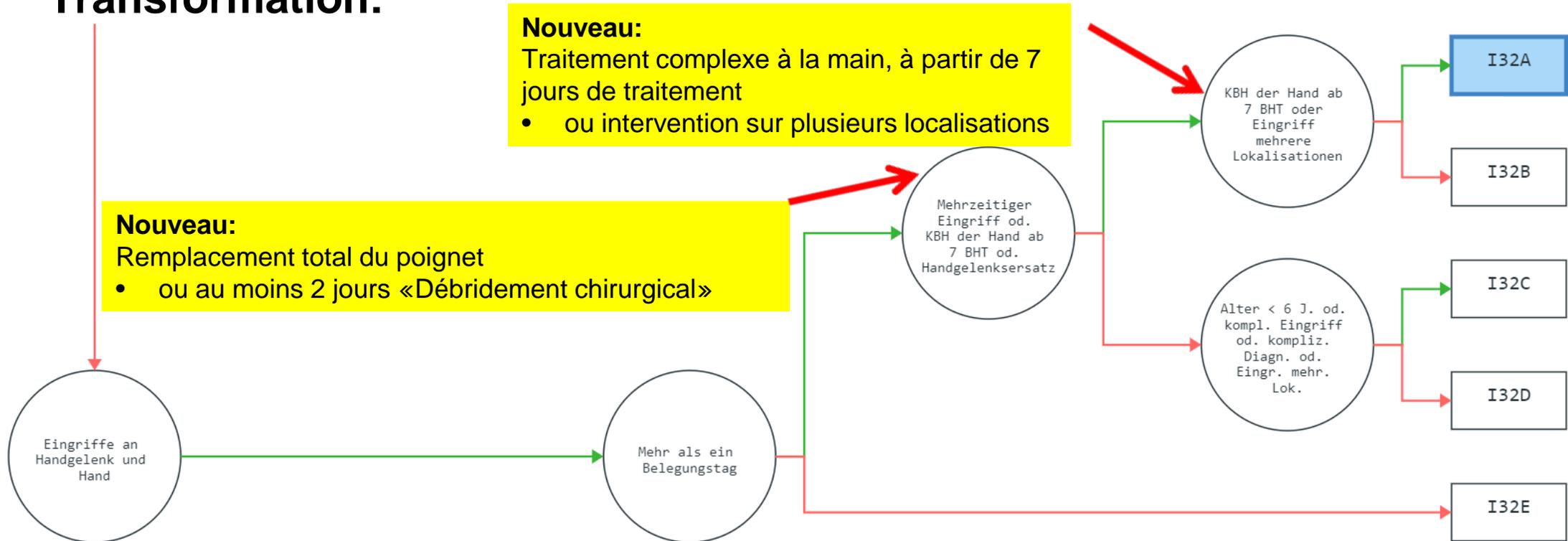
Analyse:

- Code CHOP 81.73 «*Remplacement total du poignet*» dans le DRG de base I32 n'est pas represente de maniere adequate adapte aux cots
- Cas avec «*Traitement complexe a la main, a partir de 7 jours de traitement*» montrent une consommation elevee de ressources
- les interventions multiples en cas de debridement ne sont pas remunerees de maniere adequate

Systeme locomoteur MDC 08

Implantation de prothèses de poignet

Transformation:



- Inclusion de codes CHOP et adaptation des tableaux dans les DRG I32B et I32C

Systeme locomoteur MDC 08

Colonne vertébrale

Situation :

- Catalogue CHOP 2019 révision des codes pour les interventions sur la colonne vertébrale
- en raison d'un codage incertain, révision des DRG colonne vertébrale non pertinente pour les versions 11.0 et 12.0
- sur les données 2021, de nouvelles analyses approfondies
- la saisie des coûts et des prestations s'est améliorée

→ Révision des DRG de base I06, I09 et I10 dans la version 13.0

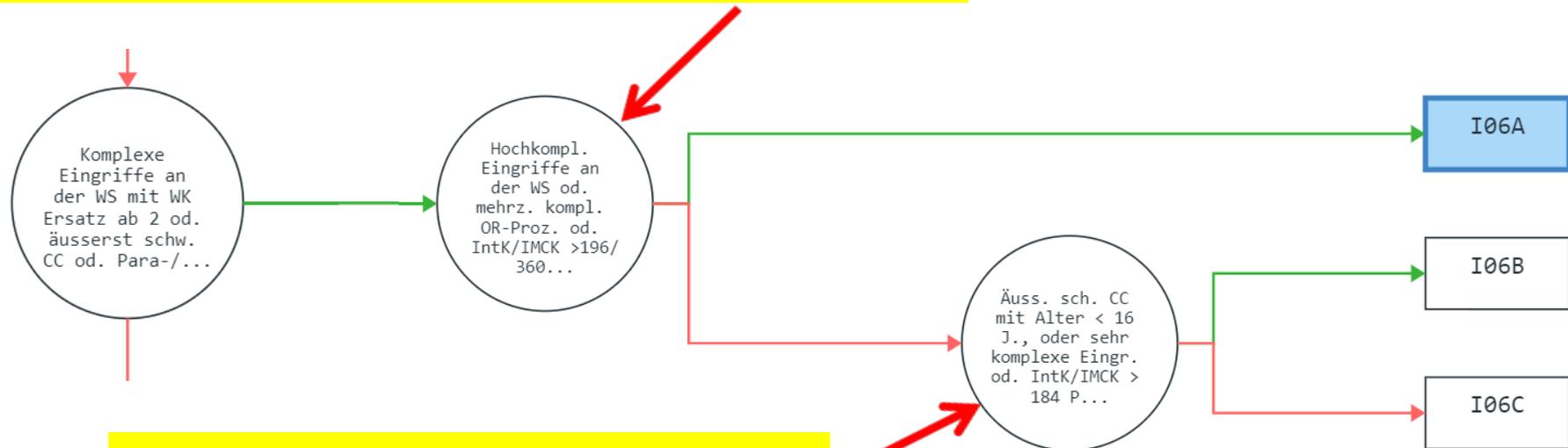
Systeme locomoteur MDC 08

Colonne vertébrale

Transformation du DRG de base I06 «Interventions complexes sur la colonne vertébrale...» :

Sup. : Gériatrie_14

Nouveau : Correction de position 7-10 segments avec PCCL > 4



Sup. : Remplacement de corps vertébral à partir de 2 avec PCCL > 3

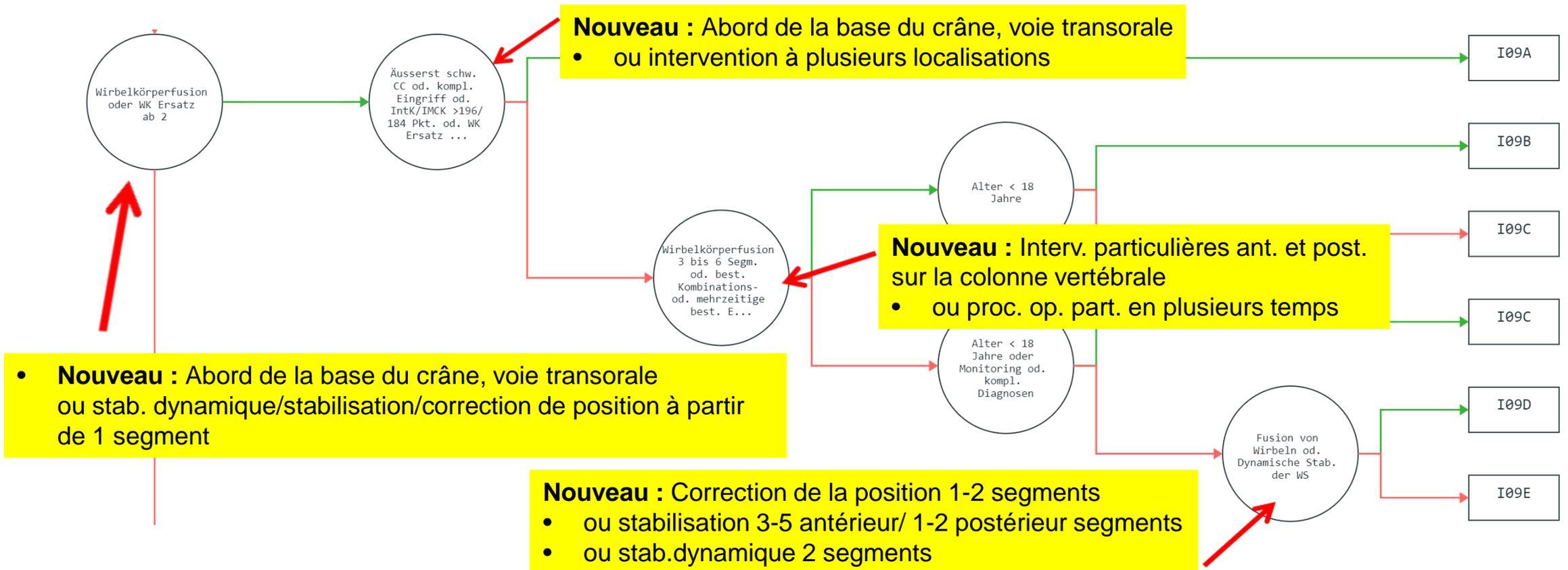
- ou stabilisation 7 segments
- ou correction de position 7 segments

Nouveau : Gériatrie_14

Systeme locomoteur MDC 08

Colonne vertébrale

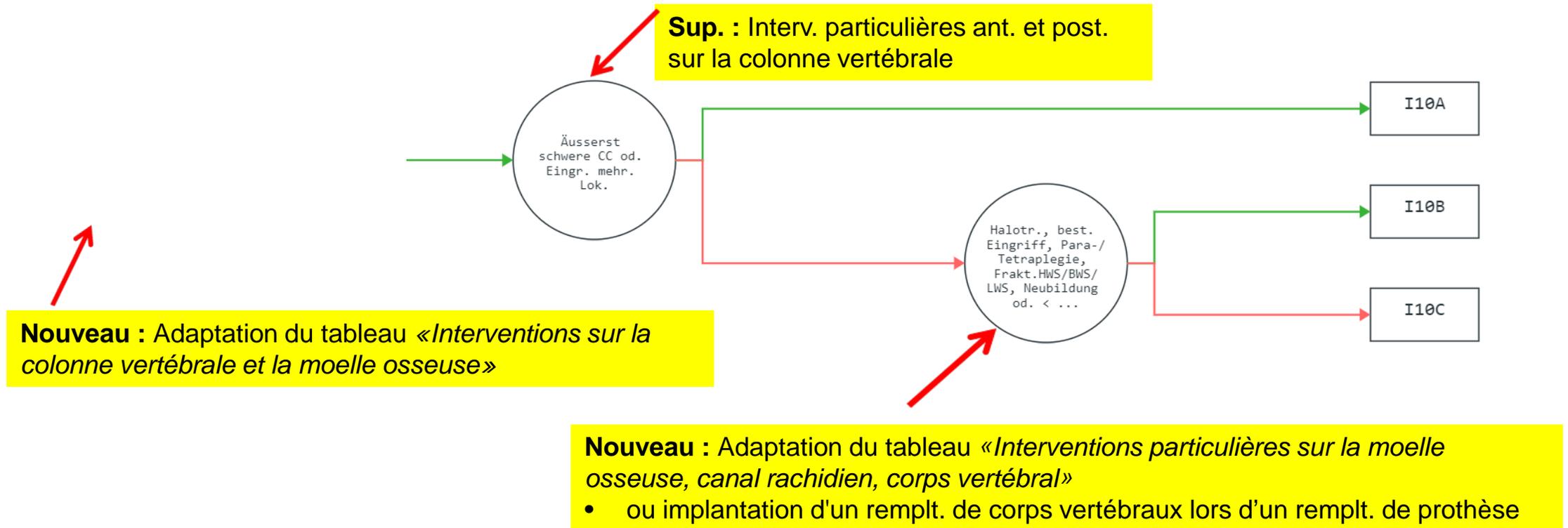
Transformation du DRG de base DRG I09 « Fusion de corps vertébraux ou.... » :



Systeme locomoteur MDC 08

Colonne vertébrale

Transformation du DRG de base I10 «Autres interventions sur la colonne vertébrale ou...» :



Peau et glande mammaire MDC 09

Renforcement de tissu

Demande:

- les opérations de la glande mammaire avec implantation d'un renforcement de tissu présentent des coûts de matériel plus élevés
- les cas sont sous-rémunérés dans le MDC 09

Transformation:

- Revalorisation du code CHOP 00.9A.2A «*Utilisation d'une matrice acellulaire animale ou humaine (réticulée ou non)*» dans le DRG J06A «*Mastectomie bilatérale avec implantation de prothèse ou chirurgie plastique...*» et dans le DRG J23A «*Grandes interventions bilatérales sur la glande mammaire pour néoformation maligne avec plastie réparatrice ou implant...*»

Peau et glande mammaire MDC 09

Sarcoïdose

Remarque :

- Cas avec ICD D86.3 «*Sarcoïdose de la peau*» ne sont pas représentés de manière adéquate dans le MDC 04 «*Organes respiratoires*»

Transformation :

- Déplacement du code ICD D86.3 «*Sarcoïdose de la peau*» dans le tableau DP du MDC 09 et dans le DRG de base J64 «*Infection/inflammation de la peau et du tissu sous-cutané...*»

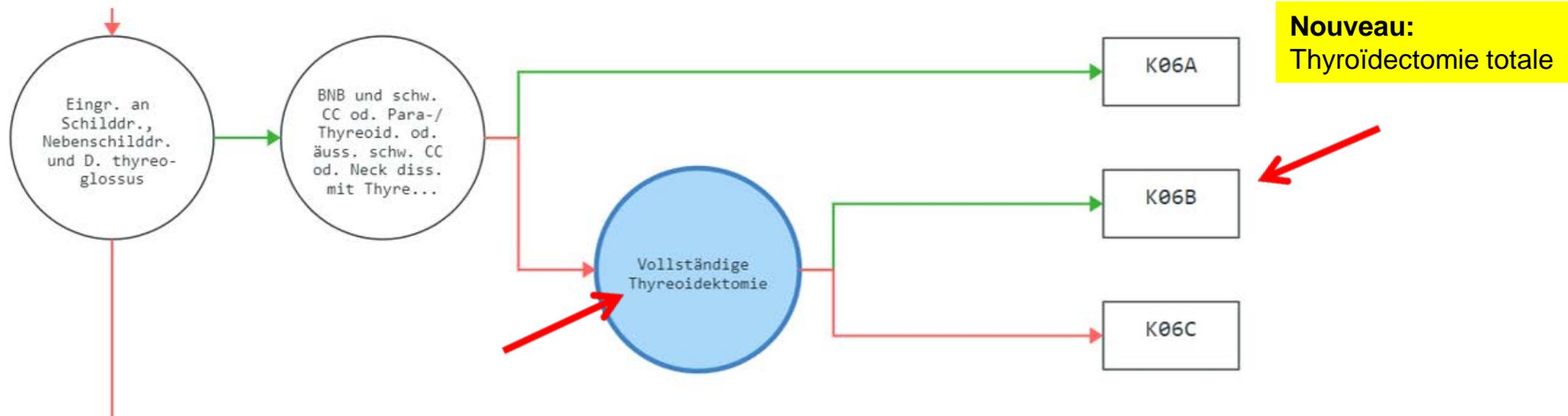
Maladies métaboliques MDC 10

Thyroïdectomie

Demande:

- Examiner la représentation adéquate des «*Lobectomie thyroïdienne*» et des «*Thyroïdectomie totale*»

Transformation:



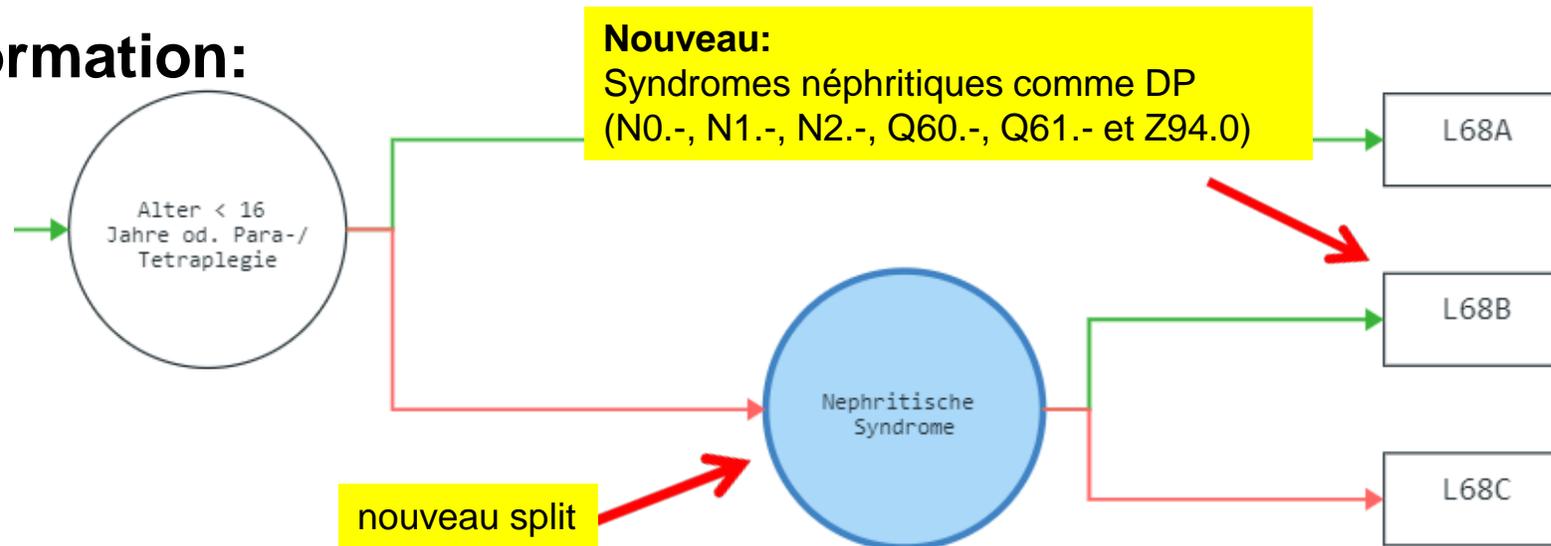
Organes urinaires MDC 11

Diagnostic principal rein

Demande:

- Cas avec un DP rein présentent des coûts plus élevés que ceux avec un DP vessie
- et sont sous-rémunérés dans le DRG L68B «*Autres affections moyennement sévères des organes urinaires ou paralysie de la vessie,..*»

Transformation:



Organes génitaux féminins MDC 13

Hystérectomie (HE)

Remarque :

- Sous-rémunération de l'hystérectomie radicale malgré les coûts supplémentaires dans particulières situations coûteuses
- en raison d'autres procédures
 - Cas avec CHOP 68.61 «*Hystérectomie radicale*» dans le DRG N04B
 - Cas avec CHOP 68.41 «*Hystérectomie totale*» dans le DRG N01C

Transformation :

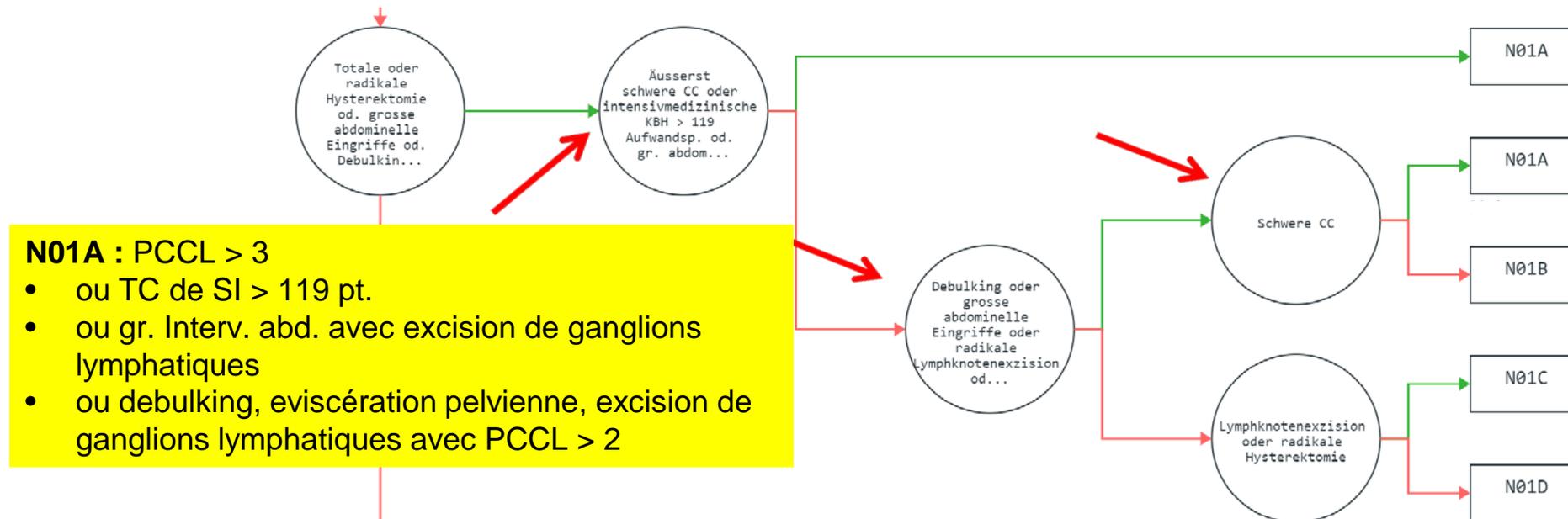
- Modifications approfondies dans les DRG de base N01 et N04
- nouveaux critères de split avec une logique plus compréhensible

Organes génitaux féminins MDC 13

Hystérectomie (HE)

Transformation :

- DRG de base N01 : HE radicale, totale ou subtotale, debulking, grande intervention abdominale ou eviscération pelvienne, **pour néoformation maligne**
- HE supprimé du DRG de base N02

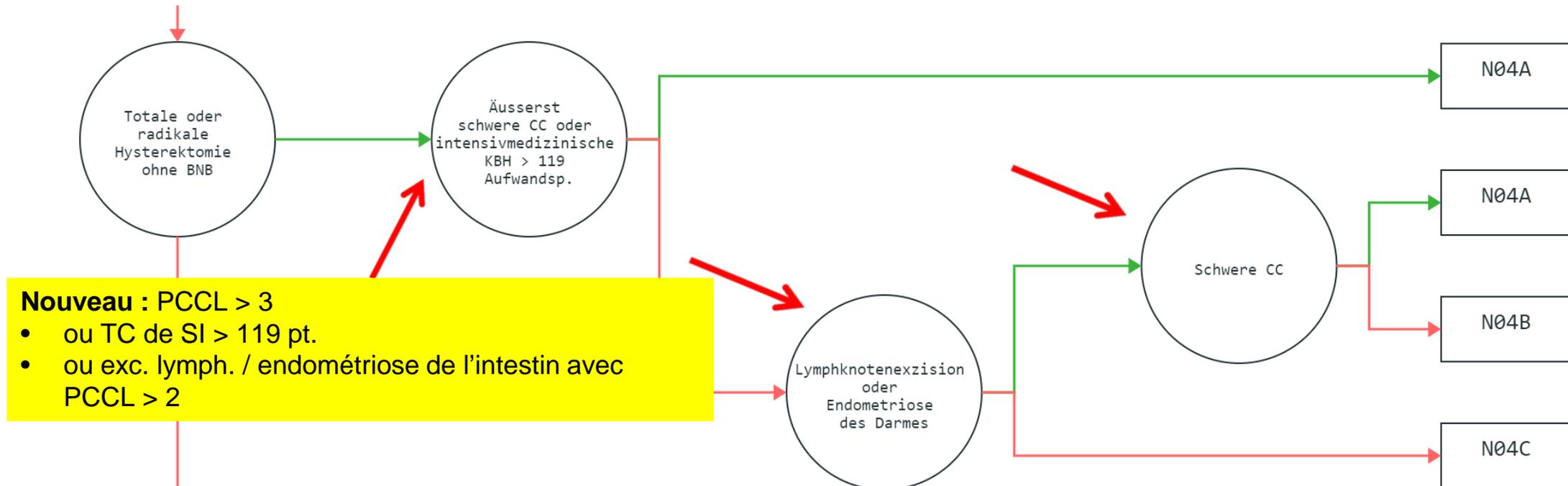


Organes génitaux féminins MDC 13

Hystérectomie (HE)

Transformation :

- DRG de base N04 : HE radicale, totale ou subtotale, **sans néoformation maligne**



- les excisions de ganglions lymphatiques sont désormais représentées dans le DRG de base N06

Nouveau-nés MDC 15

Diagnostic néonatalogique

Problème :

- 2021 nouveau code CHOP 99.A8.1- «*Diagnostic néonatalogique et surveillance dans une unité de soins néonataux (Special, Intermediate, Intensive),*»
- aucune demande reçue

Transformation :

- Inclusion des codes 99.A8.12/13/14 «*Diagnostic néonatalogique, de plus de 24 heures*» dans le MDC 15
- Complément aux logiques existantes avec «*TC en U-IMC > 196 points*» dans les DRG P60B, P67A et P66B

Néoformations MDC 17

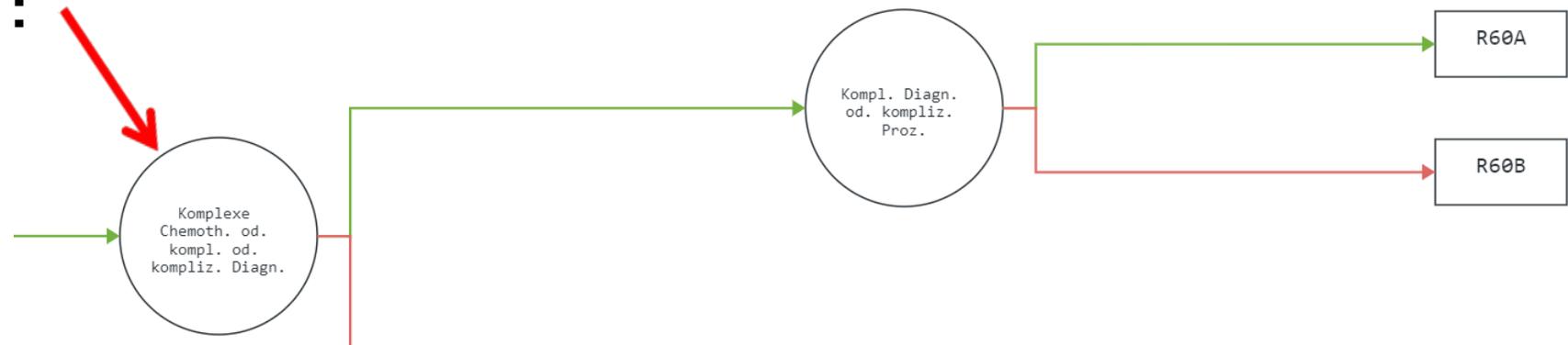
Prélèvement de cellules souches hématopoïétiques

Remarque :

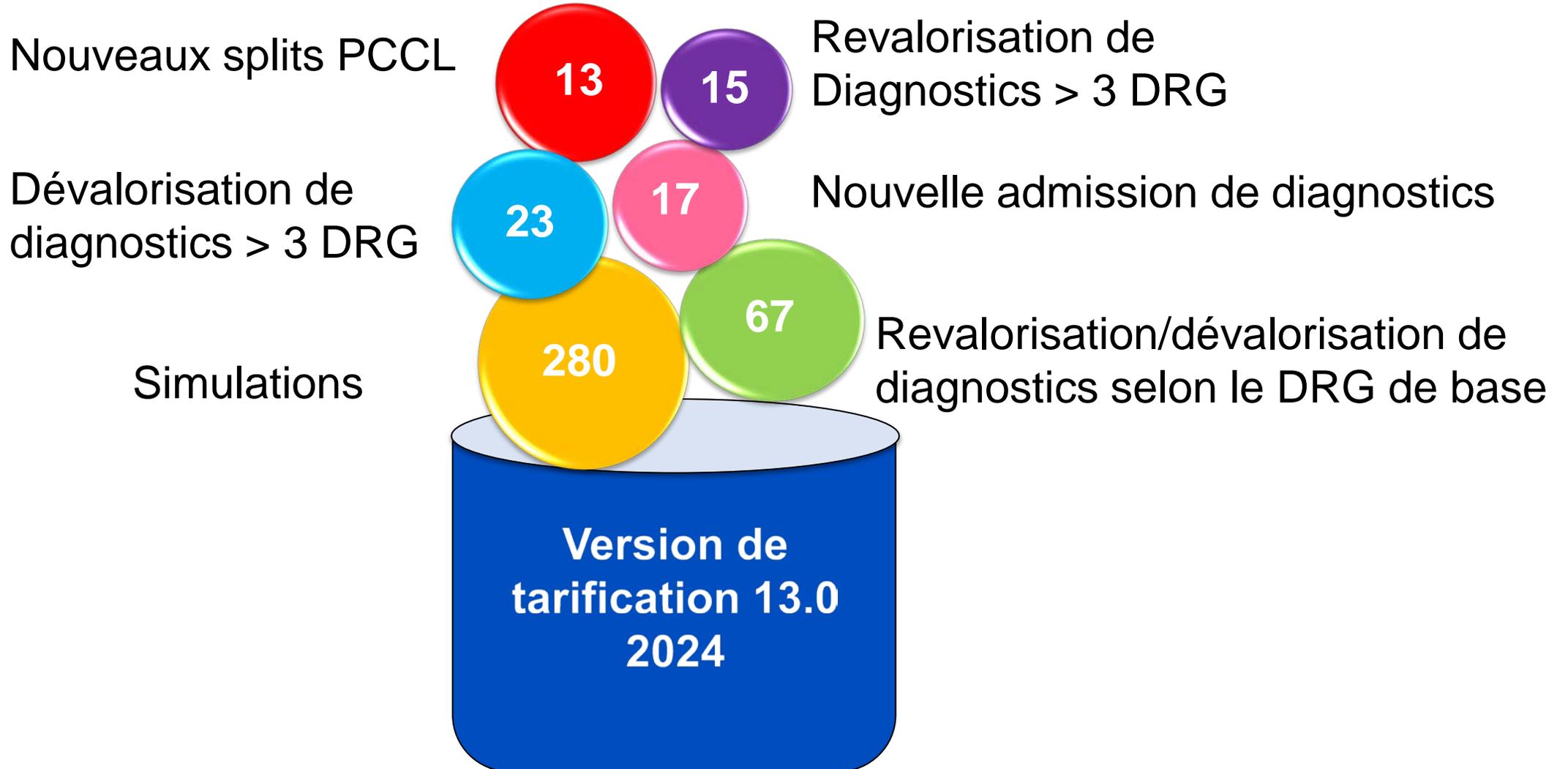
- les cas avec prélèvement de cellules souches hématopoïétiques, autologue et chimiothérapie sont regroupés dans le MDC 17 en raison de la redirection vers le DRG de base A42 «Prélèvement de moelle osseuse ou de cellules souches, autologue»
- Représentation en partie non adéquate

Transformation :

Nouveau : Chimiothérapie avec prélèvement de cellules souches hématopoïétiques, autologue



Matrice CC



Analyses globales dans le domaine de spécialité et des MDC

Remarque de la société de discipline médicale en médecine interne

- Symtômes en tant que DP
- nombreux examens
- Impossibilité de définir un diagnostic clair
- Examen d'un diagnostic complexe pour les CIM suivantes :

Analyses globales dans le domaine de spécialité et des MDC

R55	Syncope et collapsus	R11	Nausées et vomissements
R42	Étourdissements et éblouissements	R29.6	Chutes à répétition, non classées ailleurs
R40.0	Somnolence	R10.1	Douleur localisée à la partie supérieure de l'abdomen
R50.80	Fièvre d'étiologie inconnue	R07.3	Autres douleurs thoraciques
R10.4	Douleurs abdominales, autres et non précisées	R41.0	Désorientation, sans précision
R53	Malaise et fatigue	R10.3	Douleur localisée à d'autres parties inférieures de l'abdomen
R04.0	Epistaxis	R07.4	Douleur thoracique, sans précision
R26.8	Anomalies de la démarche et de la motilité, autres et non précisées	R06.0	Dyspnée
R51	Céphalée	R50.88	Autre fièvre précisée

Analyses globales dans le domaine de spécialité et des MDC

Analyse

- Focalisation sur les cas sous-rémunérés avec symptôme comme DP
- Déclaration concernant le diagnostic complexe non confirmée
- Dispersion des coûts et DS très élevée sans séparateurs de coûts évidents
- Procédures non attribuables au DP ou à la clarification

Analyses globales dans le domaine de spécialité et des MDC

Exemples

- DP: R40.0 «Somnolence»

- DP: R10.4 «Douleurs abdominales, autres et non précisées»

Analyses globales dans le domaine de spécialité et des MDC

- **G52h le diagnostic principal**
- ... Cela signifie que ce n'est qu'à la fin du séjour hospitalier que l'on détermine la maladie ou l'affection **qui a entraîné le plus de ressources médicales pendant le séjour stationnaire**. Le diagnostic à l'admission (cause de l'hospitalisation) ne coïncide pas nécessairement avec le diagnostic principal.

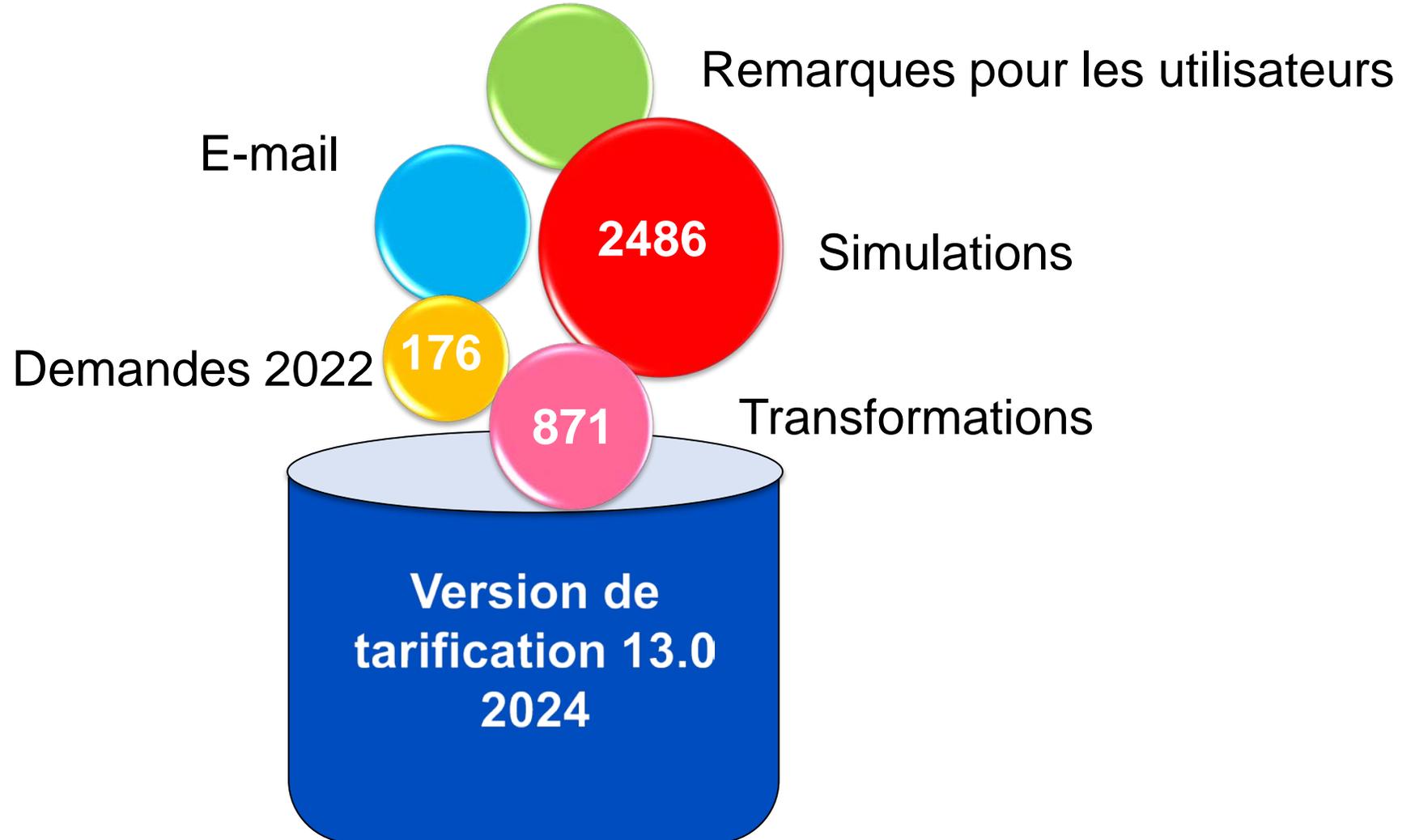
Révision de la classification des DRG

Procédure de demande

	2022	2021	2020	2019
Demandes	176	108	188	180
réalisées	119	47	111	93
Taux	67%	43%	59%	52%

Révision de la classification des DRG

Simulations



Rémunérations supplémentaires - CHOP

Établissement de nouvelles rémunérations supplémentaires:

ZE-2024-213

- Diagnostic génomique complet tumeur solide, profilage de tumeur de plus de 100 gènes (code CHOP 99.AA.11)

ZE-2024-215

- Résection de l'aorte thoracique avec remplacement par prothèse hybride (code CHOP 38.45.14)

Rémunérations supplémentaires - CHOP

Suppression des rémunérations supplémentaires:

ZE-2024-74

- Radiothérapie intravasculaire sélective [SIRT]

ZE-2024-174

- Radiothérapie par ciblage de récepteurs avec l'analogue de la somatostatine TATE (octréotate) conjugué au DOTA

Rémunérations supplémentaires - ATC

Établissement de nouvelles rémunérations supplémentaires :

- Argatroban
- Canakinumab
- Caplacizumab
- Cémiplimab
- Dinutuximab bêta
- Eltrombopag
- Hémine
- Létermovir
- Osimertinib
- Ravulizumab
- Teclistamab
- Tréosulfan

Suppression des rémunérations supplémentaires :

- Erlotinib
- Trastuzumab, sous-cutané

Remarque:

- Trastuzumab (intraveineuse / intrathécal) complété par le mode d'administration sous-cutané

Rémunérations supplémentaires non planifiées

(pas dans le catalogue des forfaits par cas)

Liées au COVID:

- Remdesivir (ZE 161) → Élargissement des classes de dosage vers le haut
- Casirivimab et Imdevimab (ZE 196)
- Sotrovimab (ZE 201)
- Tixagevimab et Cilgavimab (ZE 216)

→ les rémunérations supplémentaires non planifiées sont valables indépendamment de la version 13.0

SwissDRG – Version 13.0 / 2024

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

Aperçu des analyses de la méthode de calcul V13.0

- Modification de la répartition des coûts principaux, différentiels et mixtes :
 - Répartition des coûts d'utilisation des immobilisations (CUI) et frais médicaux
 - Répartition dynamique des frais de matériel médical
- nouveau calcul de la réduction pour transfert journalier

Coûts principaux, différentiels et mixtes

Objectif :

- Attribution plus détaillée coûts d'utilisation des immobilisations et frais médicaux à la catégorie des coûts correspondante

Jusqu'à présent :

- Composantes de coûts CUI forfaitaires comme coûts mixtes
- Composantes de coûts médicaux forfaitaires comme coûts différentiels

Nouveau :

- les composantes de coûts CUI et de coûts médicaux sont attribuées à la catégorie correspondante de la composante de coûts supérieure

Coûts principaux, différentiels et mixtes

Exemple :

v210	Salles d'opération, coûts indirects sans CUI	Coûts principaux
v211	Salles d'opération, CUI ¹	Coûts mixtes
v212	Corps médical de la salle d'opération - activités 6a ₁ , coûts indirects sans CUI	Coûts différentiels
v213	Corps médical de la salle d'opération - activités 6a ₁ , CUI ¹	Coûts mixtes

↓

v210	Salles d'opération, coûts indirects sans CUI	Coûts principaux
v211	Salles d'opération, CUI ¹	Coûts principaux
v212	Corps médical de la salle d'opération - activités 6a ₁ , coûts indirects sans CUI	Coûts principaux
v213	Corps médical de la salle d'opération - activités 6a ₁ , CUI ¹	Coûts principaux

Attribution dynamique du matériel médical

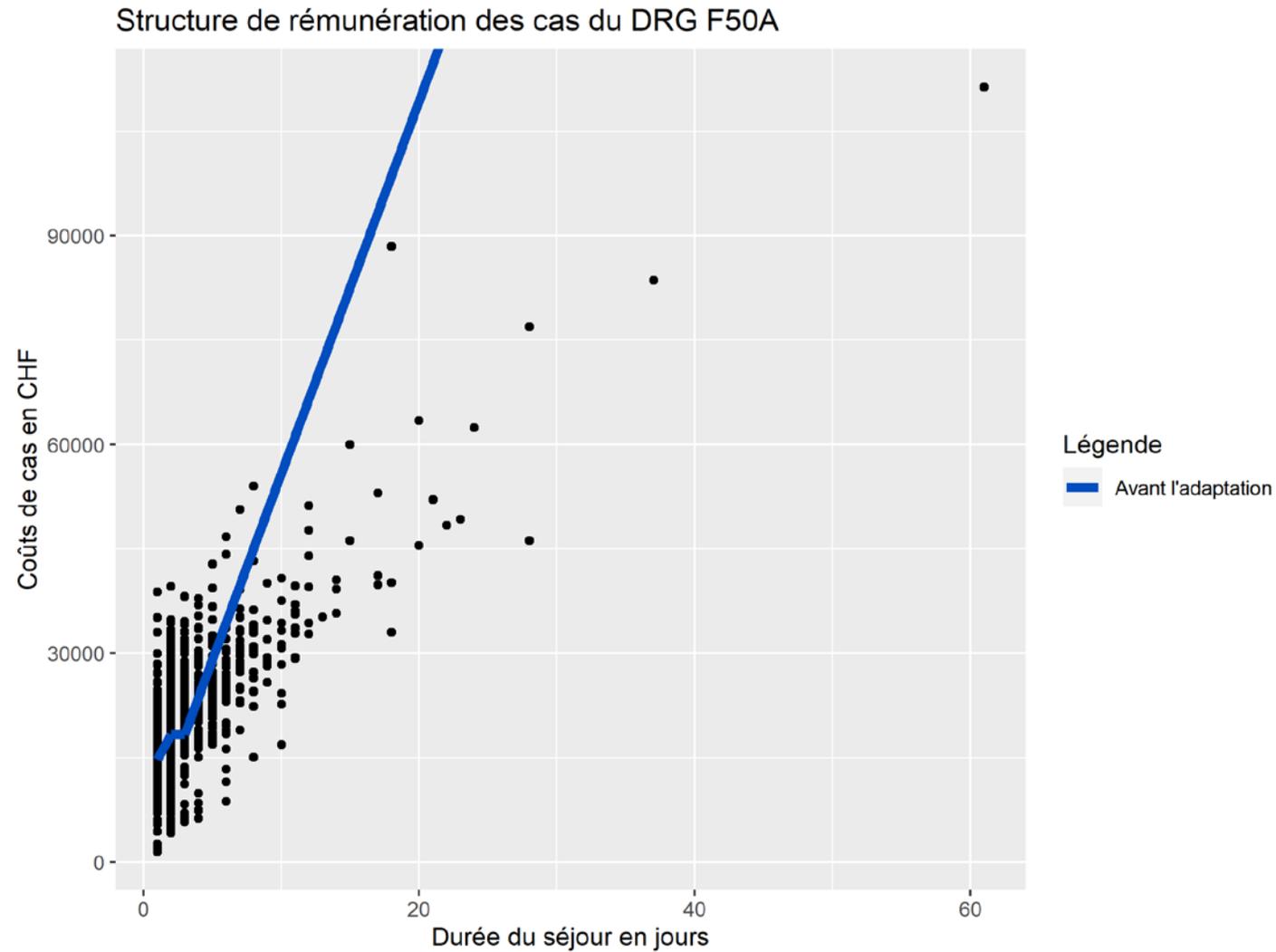
Contexte :

- Traitements comportant une part importante de coûts de matériel médical (v103) en rapport avec la prestation principale (p. ex. cathéter)
- V103 est jusqu'à présent défini comme une composante de coûts mixtes
- fort impact sur les suppléments et les déductions des DRG concernés
- Création potentielle d'incitations inopportunes

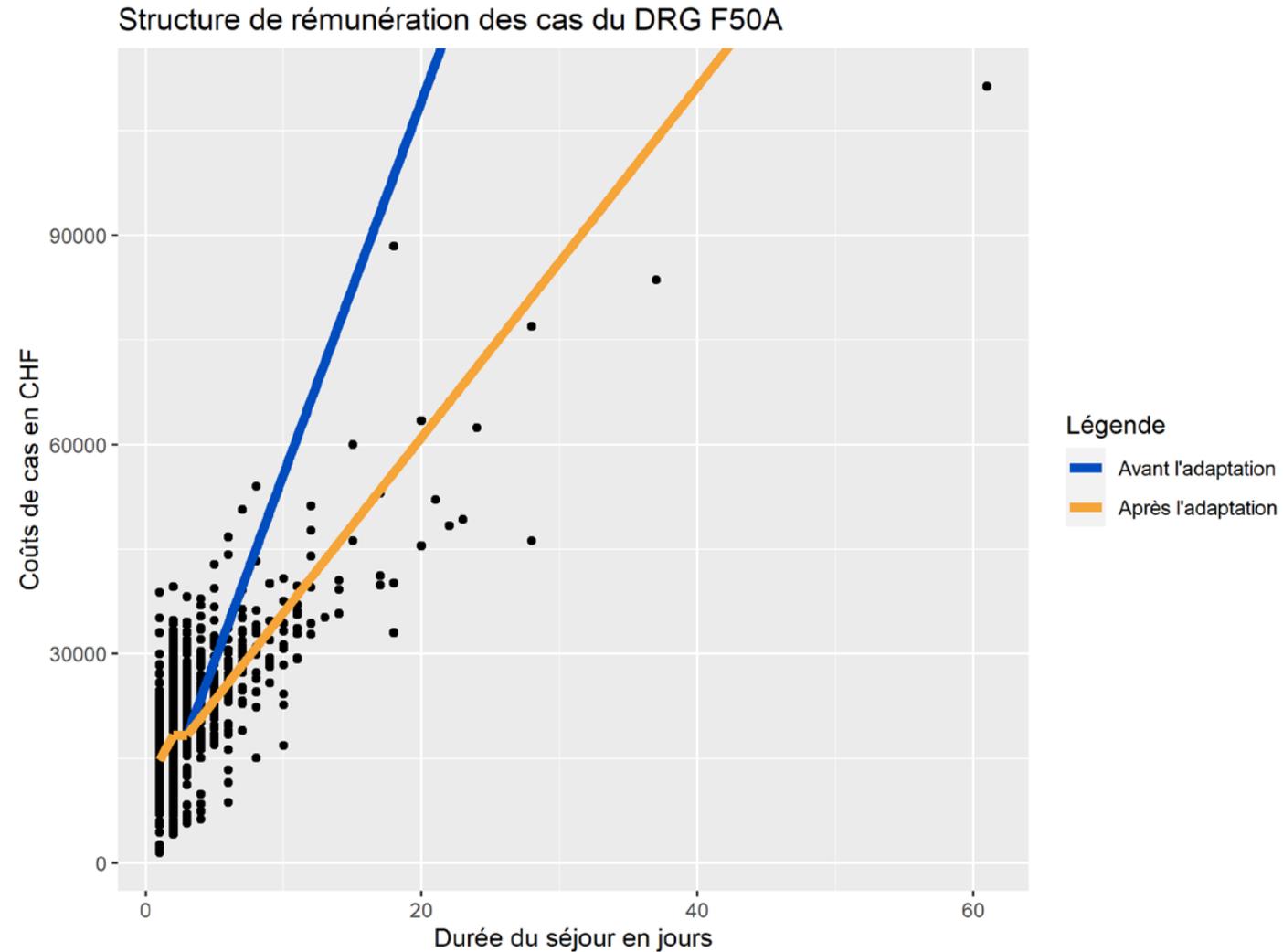
Mesure :

- V103 est désormais déplacé vers les coûts principaux si nécessaire pour certains DRG

Attribution dynamique du matériel médical



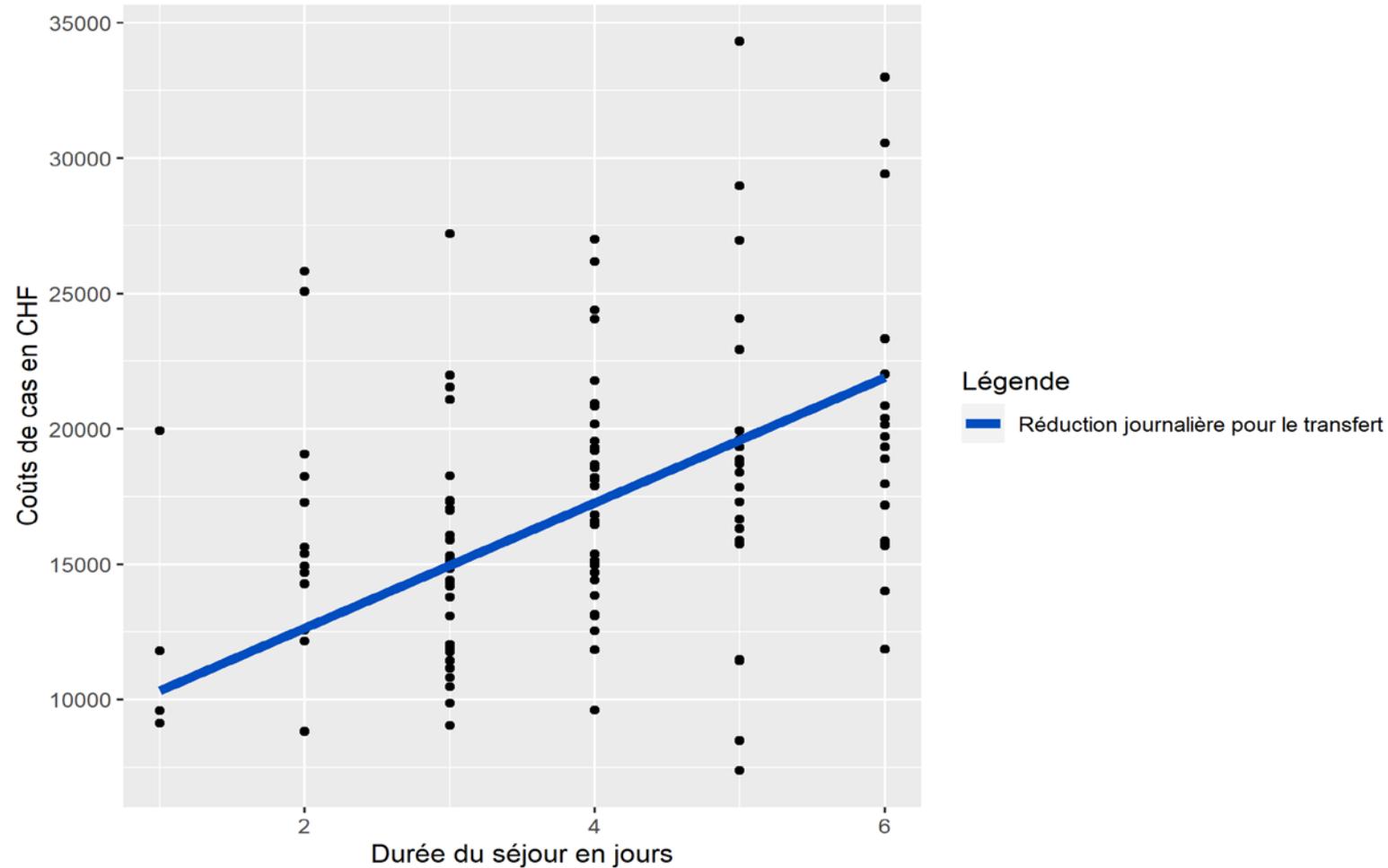
Attribution dynamique du matériel médical



Calcul de la réduction pour transfert journalier

Structure de rémunération du DRG F24B

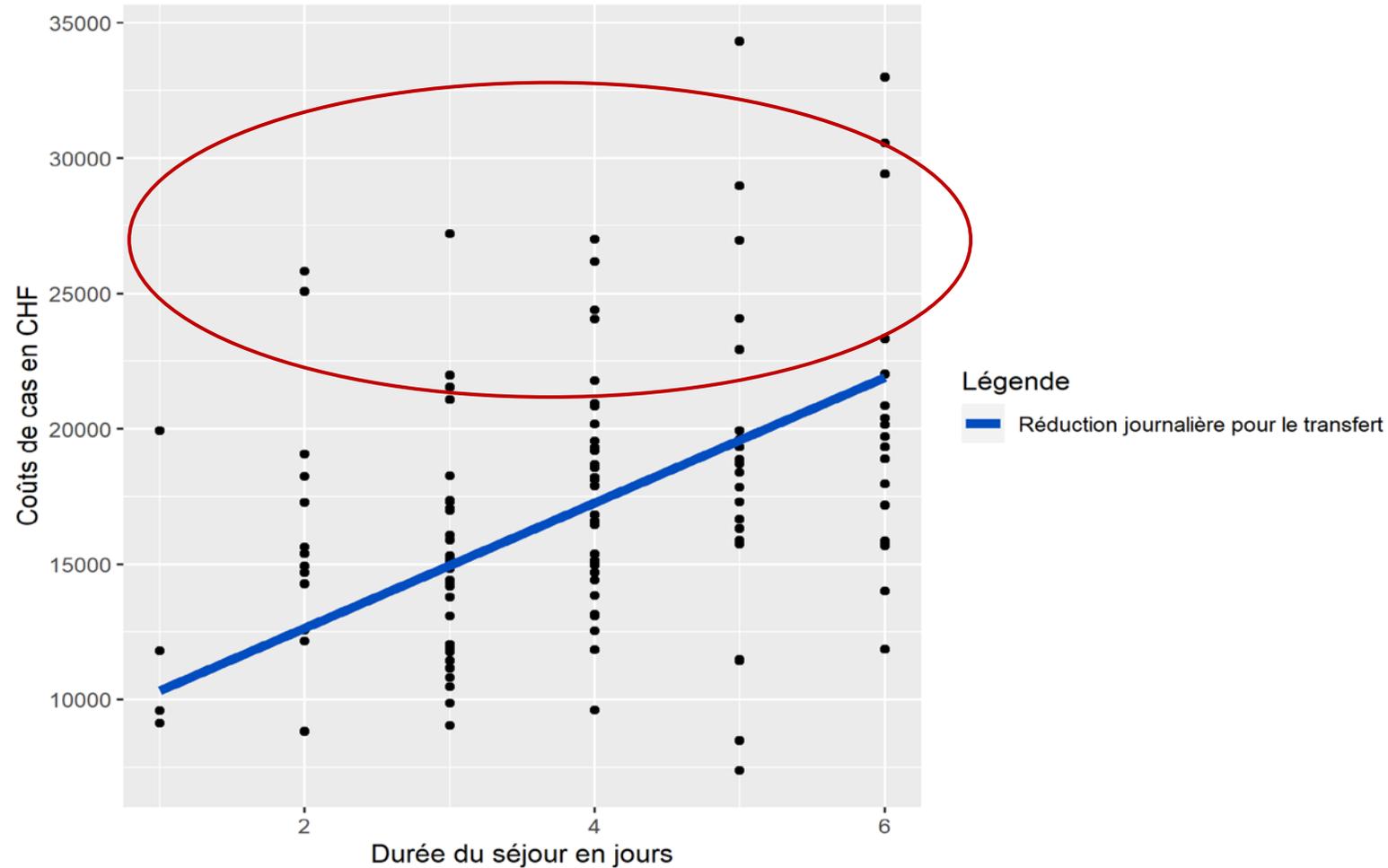
Seuls les cas transférés en dessous de la durée moyenne de séjour sont affichés



Calcul de la réduction pour transfert journalier

Structure de rémunération du DRG F24B

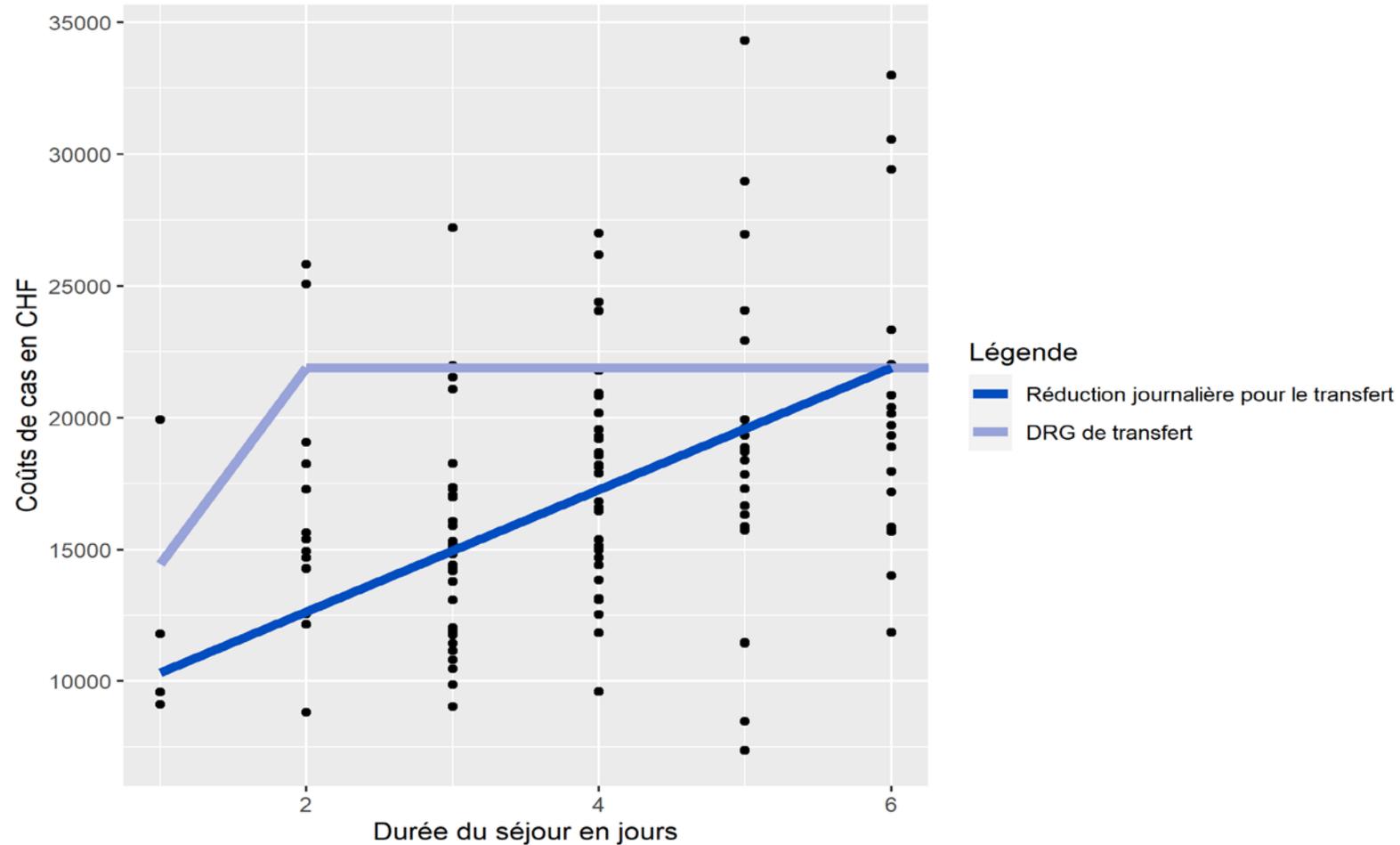
Seuls les cas transférés en dessous de la durée moyenne de séjour sont affichés



Calcul de la réduction pour transfert journalier

Structure de rémunération du DRG F24B

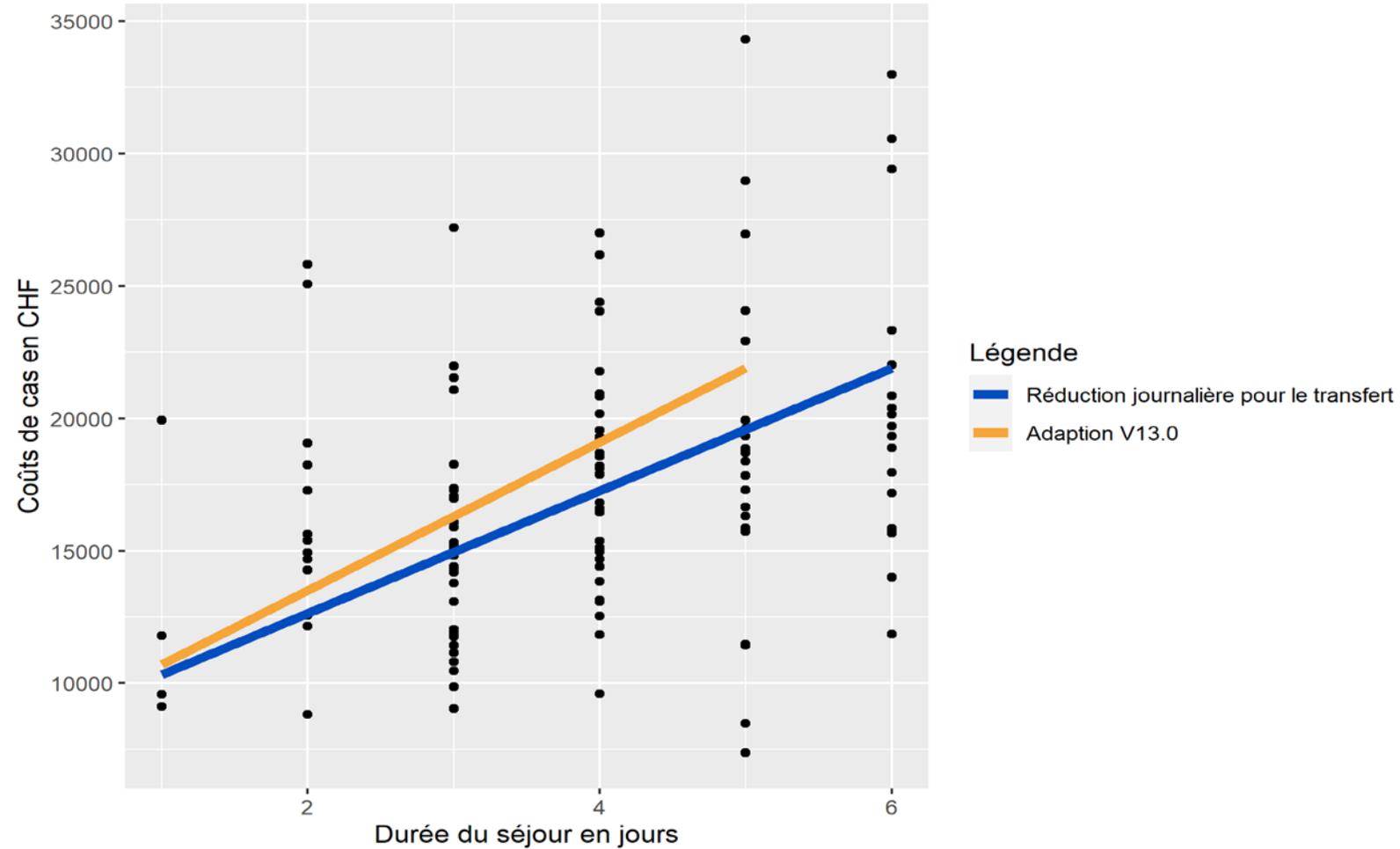
Seuls les cas transférés en dessous de la durée moyenne de séjour sont affichés



Calcul de la réduction pour transfert journalier

Structure de rémunération du DRG F24B

Seuls les cas transférés en dessous de la durée moyenne de séjour sont affichés



Application de la réduction pour transfert journalier

Règles de facturation – Chapitre 4.3.1, Règle de réduction pour transfert

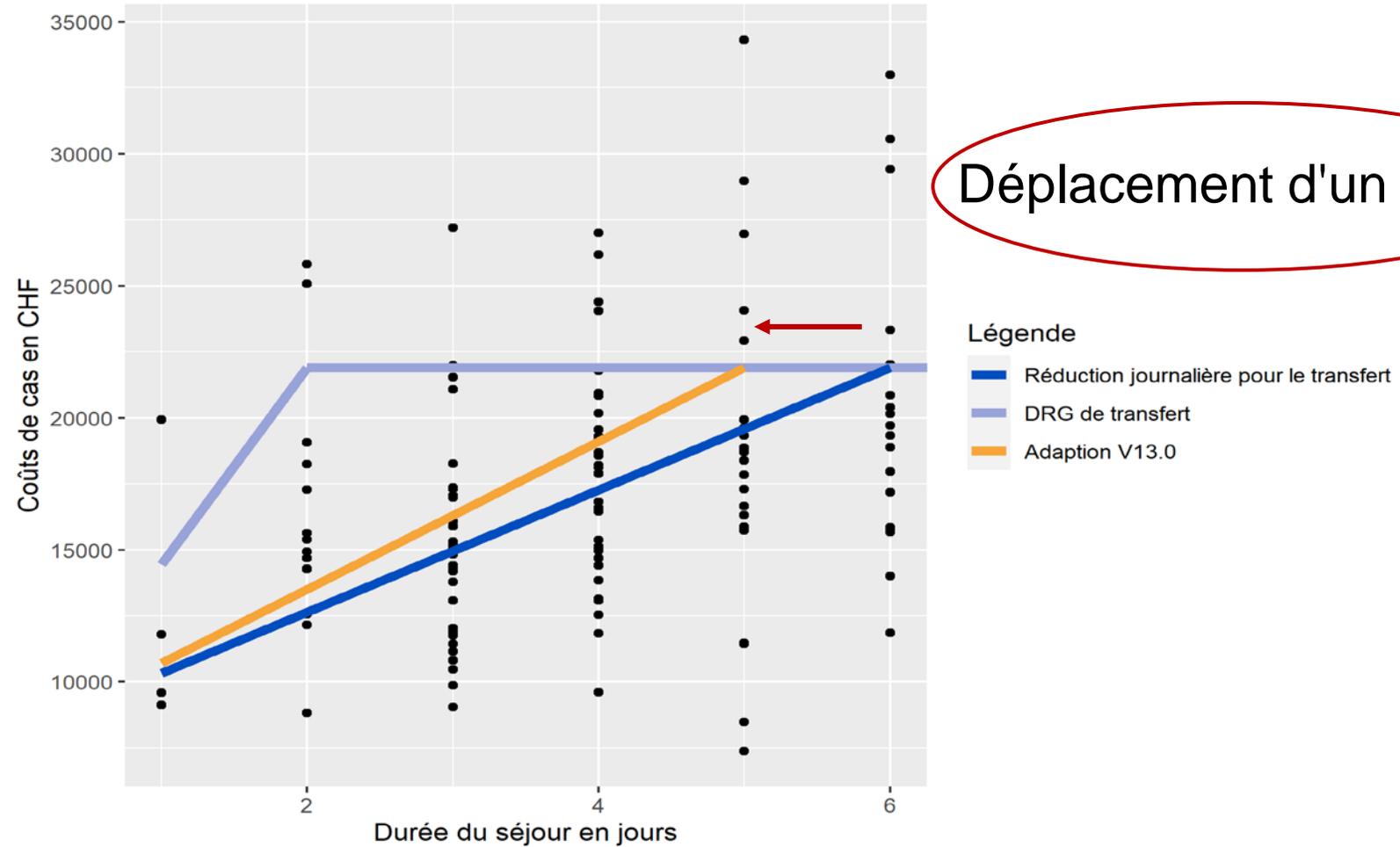
*Dans le cas d'un transfert, chaque hôpital impliqué facture le forfait par cas qui résulte de son traitement. Tant l'hôpital qui transfère que l'hôpital qui accepte le cas sont soumis à une réduction si la durée de séjour du patient dans l'hôpital concerné se situe en dessous **de la durée de séjour moyenne (arrondie à des journées entières) DSM du DRG** facturé selon le catalogue des forfaits par cas.*

La réduction se calcule sur la base du taux de réduction journalier (propre à chaque DRG et figurant dans le catalogue des forfaits par cas) multiplié par le nombre de jours pour lesquels il faut procéder à une réduction (voir la documentation du Groupier).

Application de la réduction pour transfert journalier

Structure de rémunération du DRG F24B

Seuls les cas transférés en dessous de la durée moyenne de séjour sont affichés



SwissDRG – Version 13.0 / 2024

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

Résumé des modifications

	V13.0	V12.0	V11.0
Nombre de DRG	1'082	1'077	1'063
DRG non évalués	0	0	0
DRG non facturables	4	4	4
DRG d'un jour	241	244	239
explicite	57	54	50
implicite	184	190	189
Rémunérations supplémentaires	166	157	157
évaluées	165	156	156
non évaluées	1	1	1

Pourcentage d'outliers

	V13.0		V12.0	
	Nombre de cas	Pourcentage	Nombre de cas	Pourcentage
Inlier	833'597	78.7%	847'347	80%
High Outlier	75'032	7.1%	58'567	5.5%
Low Outlier	66'391	6.3%	69'106	6.5%
Cas transférés	83'711	7.9%	83'711	7.9%
DRG non évalués	0	0%	0	0%
DRG non facturables	91	0%	91	0%
Tous les cas	1'058'822	100%	1'058'822	100%

Base de données : 2021, données de calcul

Homogénéité des coûts R²

Version V13.0 en comparaison avec les versions précédentes

Version du Groupeur	Année de données	Tous les cas	Inlier (selon V13.0)
V13.0	2021	0.781	0.867
V12.0		0.766	0.847
V11.0		0.762	0.845

Base de données : 2021, données de calcul

Calcul de la valeur de référence

La valeur de référence est calculée de manière à ce que pour une base de données identique 2021

Somme des cost-weights effectifs groupés avec V13.0

=

Somme des cost-weights effectifs groupés avec V12.0

SwissDRG V13.0	SwissDRG V12.0	SwissDRG V11.0
10'617 CHF	10'314 CHF	10'275 CHF

Base de données : 2021, données du domaine d'application SwissDRG, évaluées avec V12.0 et V13.0

Indice casemix selon la typologie

Niveau de prestation	Nombre de cas	CMI V13.0	CMI V12.0	Delta V12.0/V13.0
K111 Prise en charge centralisée - niveau 1	215'151	1.480	1.473	+0.5%
K112 Prise en charge centralisée - niveau 2	657'581	1.059	1.060	-0.1%
K121 Soins de base - niveau 3	118'205	0.925	0.924	+0.0%
K122 Soins de base - niveau 4	90'380	0.885	0.889	-0.4%
K123 Soins de base - niveau 5	27'292	0.929	0.938	-0.9%
K221 Cliniques de réadaptation	1'276	5.298	5.223	+1.4%
K231 Chirurgie	45'177	1.135	1.152	-1.4%
K232 Gyn. / Néonatalogie	6'421	0.368	0.375	-1.9%
K233 Pédiatrie	18'033	1.345	1.331	+1.1%
K234 Gériatrie	6'015	1.409	1.404	+0.4%
K235 Cliniques spécialisées	11'679	1.638	1.661	-1.4%
Tous	1'197'210	1.121	1.121	+0.0%

Base de données : 2021, données du domaine d'application SwissDRG, évaluées avec V12.0 et V13.0

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

	Nombre de cas	Part du total des cas	Taux de couverture V13.0	Taux de couverture V12.0	Changement V12.0/V13.0
Hôpitaux universitaires K111	203'721	19.24 %	90.75 %	90.21 %	+0.6 %
Hôpitaux indépendants pour enfants	17'162	1.62 %	97.63 %	96.40 %	+1.3 %
Hôpitaux non universitaires	855'010	80.76 %	103.60 %	103.81 %	-0.2 %
Inliers	905'728	85.55 %	104.00 %	104.85 %	-0.8 %
Low outliers	71'580	6.76 %	103.06 %	102.27 %	+0.8 %
High outliers	81'423	7.69 %	81.67 %	78.08 %	+4.6 %
Patients transférés (d'admission)	45'171	4.27 %	99.70 %	98.36 %	+1.4 %
Patients transférés (d'admission) inliers	37'787	3.57 %	103.45 %	102.68 %	+0.7 %
Enfants < 16 ans sans DRG P66D, P67D	67'318	6.36 %	101.15 %	100.80 %	+0.3 %

Baserate hypothétique pour bénéfices nuls incl. CUI V13.0 : CHF 10'995

Baserate hypothétique pour bénéfices nuls incl. CUI V12.0 : CHF 10'981

Base de données : 2021, données de calcul, évaluées avec V12.0 et V13.0

Explications sur l'effet des données et des versions

Effet de version positif (effet en cas d'année de données constante) de la typologie K111

- Données 2021, **Version 12.0** : degré de couverture 90.21 %
- Données 2021, **Version 13.0** : degré de couverture 90.75 %
- les modifications de la **structure tarifaire** sont responsables de cette augmentation

Effet négatif des données (effet en cas de version constante) de la typologie K111

- **Données 2019**, Version 12.0 : degré de couverture 92.78 %
- **Données 2021**, Version 12.0 : degré de couverture 90.21 %
- la modification de la **base de données** est à l'origine de cette baisse

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

	Nombre de cas	Part du total des cas	Taux de couverture V13.0	Taux de couverture V12.0	Changement V12.0/V13.0
Hôpitaux universitaires K111	203'721	19.24 %	90.75 %	90.21 %	+0.6 %
Hôpitaux indépendants pour enfants	17'162	1.62 %	97.63 %	96.40 %	+1.3 %
Hôpitaux non universitaires	855'010	80.76 %	103.60 %	103.81 %	-0.2 %
Inliers	905'728	85.55 %	104.00 %	104.85 %	-0.8 %
Low outliers	71'580	6.76 %	103.06 %	102.27 %	+0.8 %
High outliers	81'423	7.69 %	81.67 %	78.08 %	+4.6 %
Patients transférés (d'admission)	45'171	4.27 %	99.70 %	98.36 %	+1.4 %
Patients transférés (d'admission) inliers	37'787	3.57 %	103.45 %	102.68 %	+0.7 %
Enfants < 16 ans sans DRG P66D, P67D	67'318	6.36 %	101.15 %	100.80 %	+0.3 %

Baserate hypothétique pour bénéfices nuls incl. CUI V13.0 : CHF 10'995

Baserate hypothétique pour bénéfices nuls incl. CUI V12.0 : CHF 10'981

Base de données : 2021, données de calcul, évaluées avec V12.0 et V13.0

Un grand merci pour votre attention !

SwissDRG SA

Länggassstrasse 31
3012 Berne

 +41 (0)31 310 05 50

e-mail: info@swissdrg.org