



Présentation du système au Conseil d'administration SwissDRG SA

SwissDRG – Version 13.0 / 2024

26 avril 2023

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

Base de données pour le développement du système

- Données de l'année 2021
- Exclusion des cas de réadaptation et de psychiatrie, inclusion des cas de médecine palliative, de réadaptation précoce et de paraplégiologie
- Codage avec CHOP 2021 et CIM-10 GM 2021
- Données médicales et données de coûts des hôpitaux
- Relevé détaillé des médicaments, procédures onéreuses, produits sanguins et implants

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)

Cas livrés

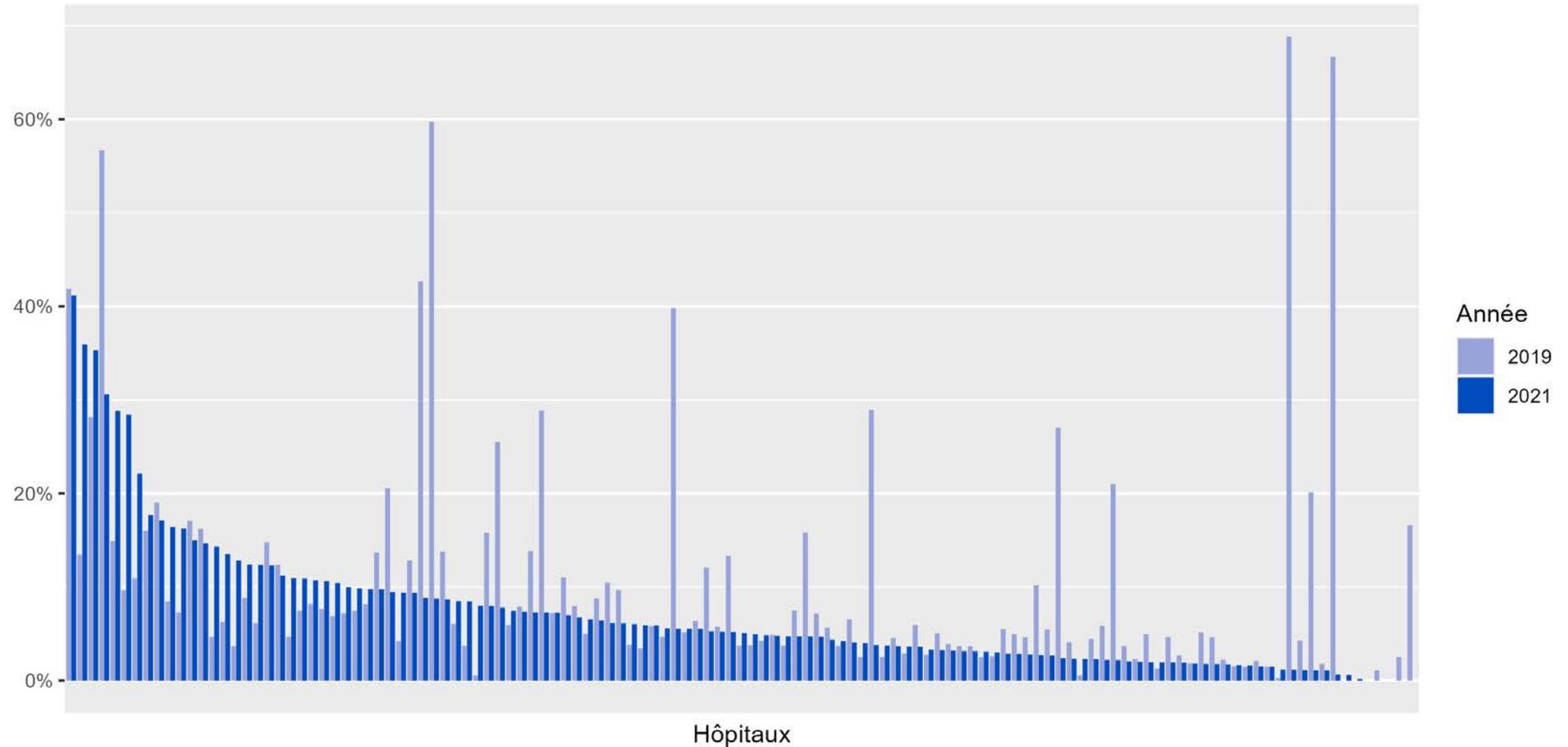
Années de données	2021	2019	2018
Structure tarifaire	SwissDRG 13.0	SwissDRG V11.0 / 12.0	SwissDRG 10.0
Données HR	1'197'531	1'182'252	1'172'590
Total des données	1'257'147	1'278'953	1'278'241
Échantillon	95.26 %	92.44 %	91.73 %

Aperçu de l'érosion des données

Total des données	Relevé SwissDRG	
1'258'124	1'201'565	Cas livrés
↓	↓	- Psychiatrie / Réadaptation - Cas ambulatoires - Sortie en dehors de la période du relevé
1'257'147	1'197'531	Cas dans le domaine d'application (y compris maisons de naissance)
	↓	- Cas privés non utilisables - Cas sans coûts complets
	1'174'206	Base de données avant plausibilisation
	↓	- Plausibilisation des cas (incl. suppression totale de 12 hôpitaux)
	1'058'822	Cas plausibles 2021 (données de calcul)
		+ 846 cas provenant des données 2019 + 126 cas provenant des données 2018

} Développement du système

Pourcentage de cas non plausibles par année



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

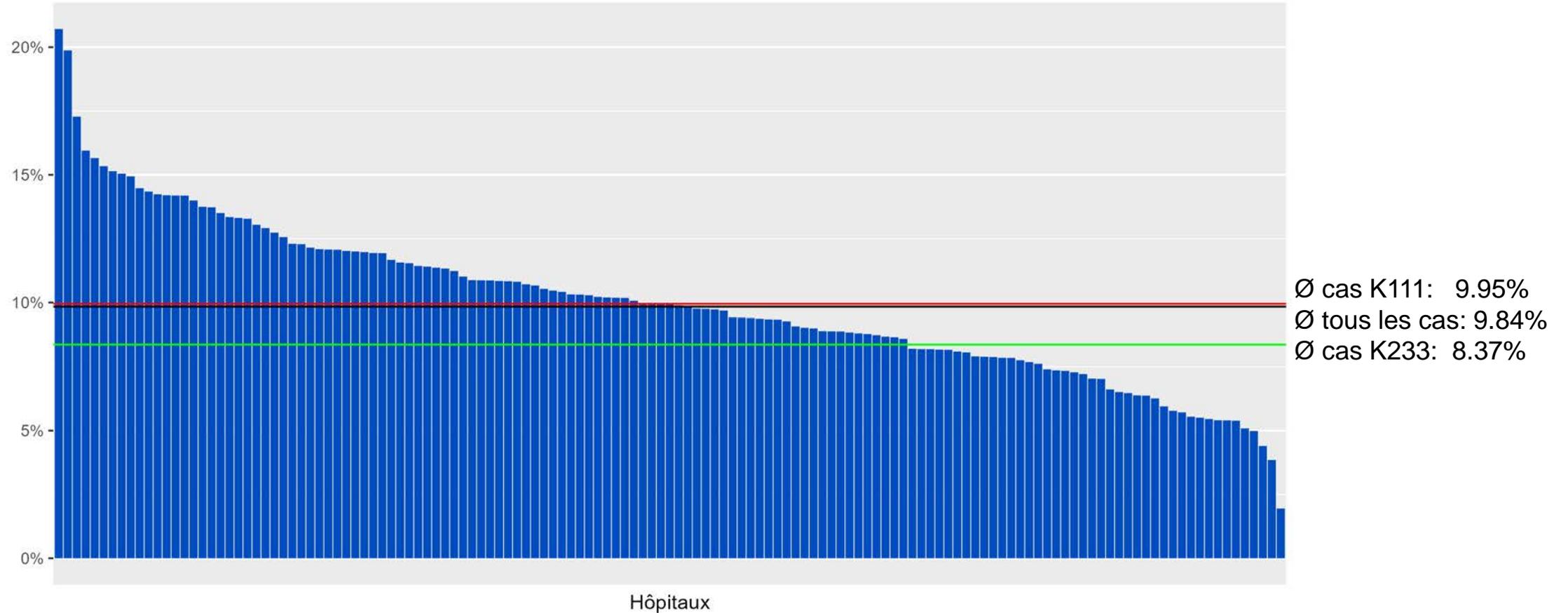
	V13.0			V12.0	V11.0
Année de données	2021	2021 Hôpitaux universitaires	2021 Hôpitaux pour enfants	2020	2019
Médicaments onéreux dans la statistique médicale					
	109	5	3	105	94
Relevé détaillé, indications des coûts...					
... médicaments onéreux	62	5	2	65	61
... implants onéreux	41	5	2	47	48
- dont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

Coûts d'utilisation des immobilisations

- Utilisation des données de 137 hôpitaux pour le développement du système
- Base pour évaluation des coûts d'utilisation des immobilisations :

Méthode de comptabilité analytique REKOLE®	137
autres méthodes de comptabilité analytique	0

Pourcentage des coûts d'utilisation des immobilisations



Base de données : 2021, données de calcul

SwissDRG – Version 13.0 / 2024

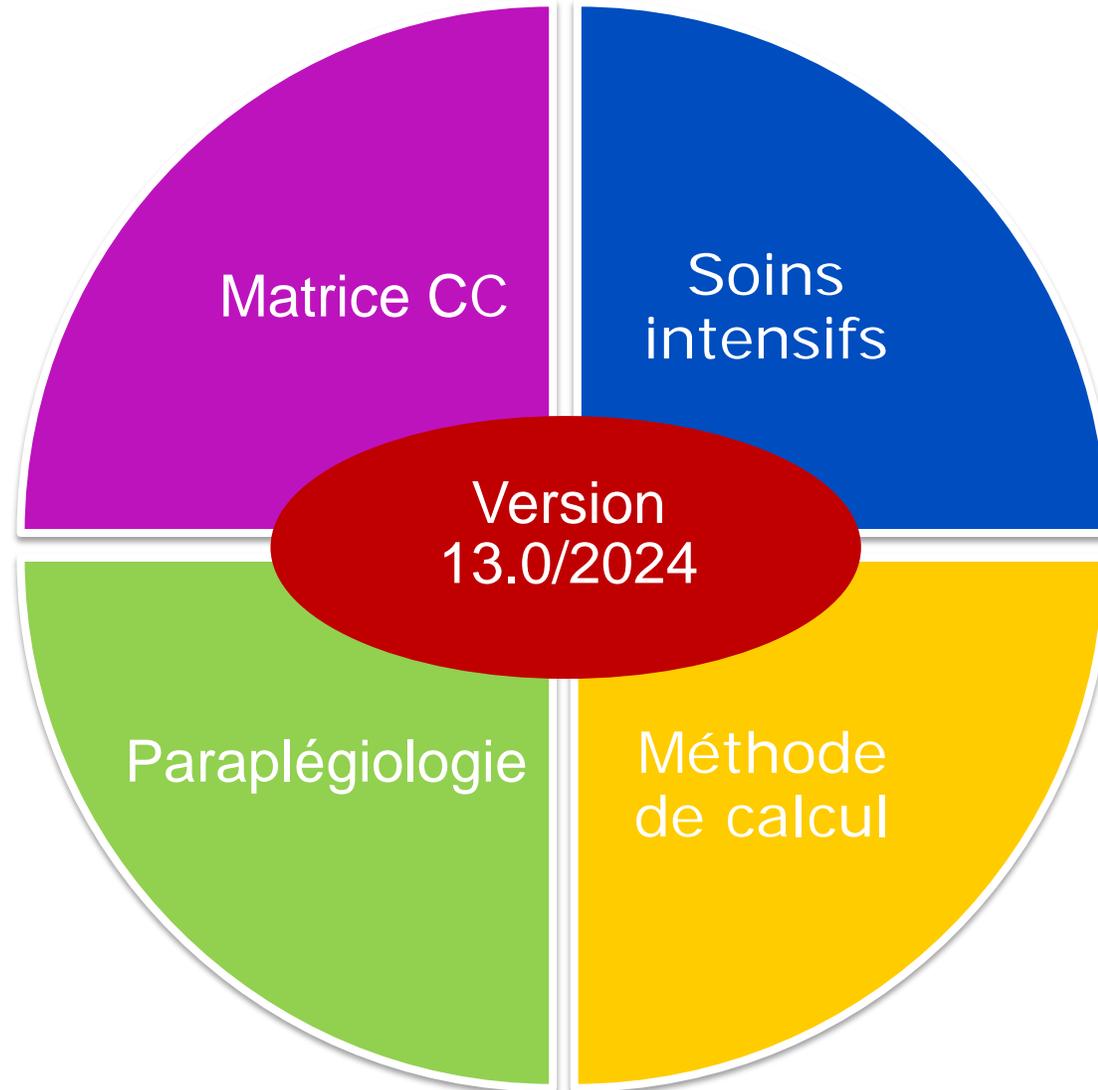
- Procédure de consultation sur la version tarifaire jusqu'au 10.05.2023
- Transmission des axes de développement jusqu'au 24.05.2023



SwissDRG – Version 13.0 / 2024

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

Axes de développement Version 13.0 / 2024

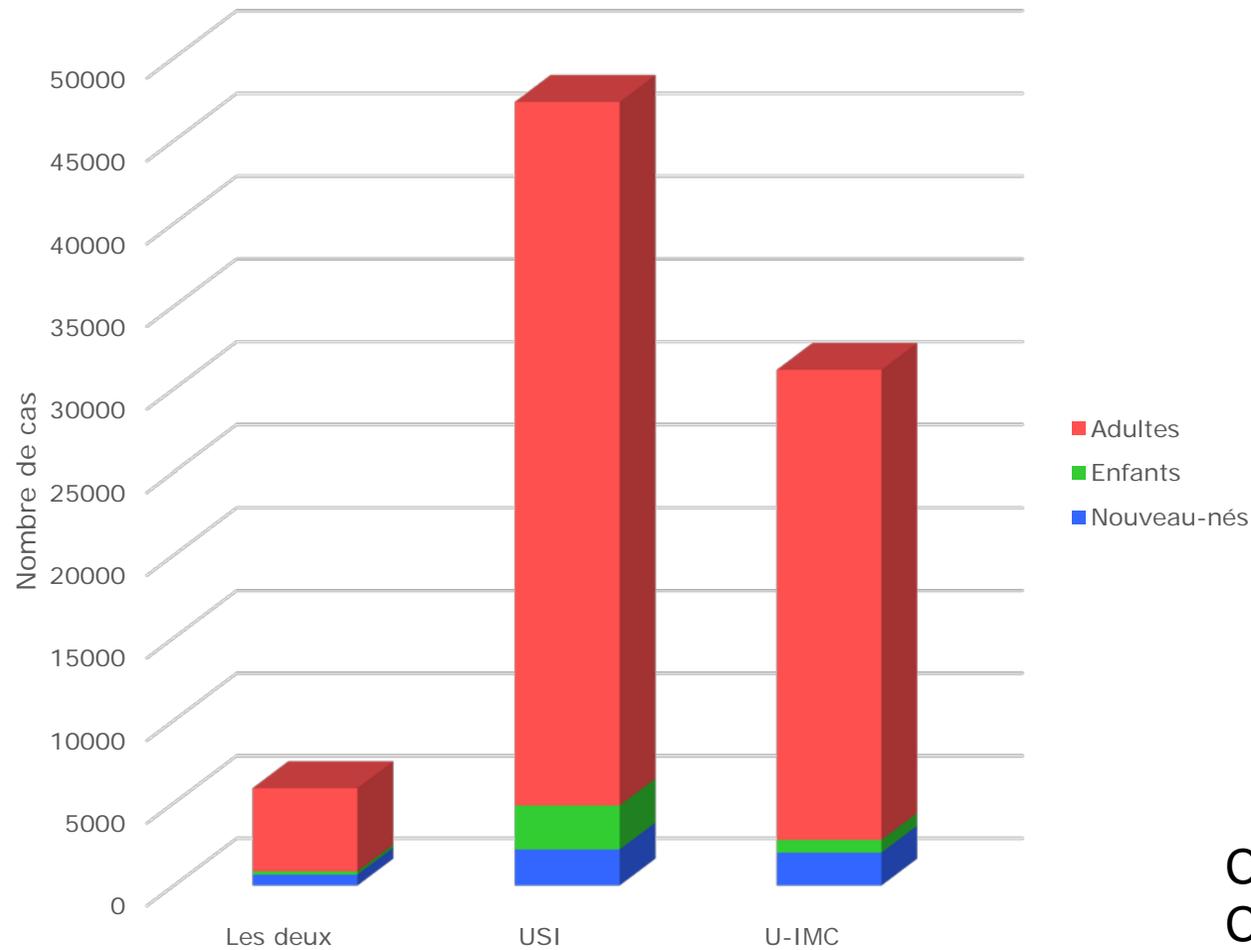


Aperçu des soins intensifs

Principaux éléments de la représentation dans le Grouper

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

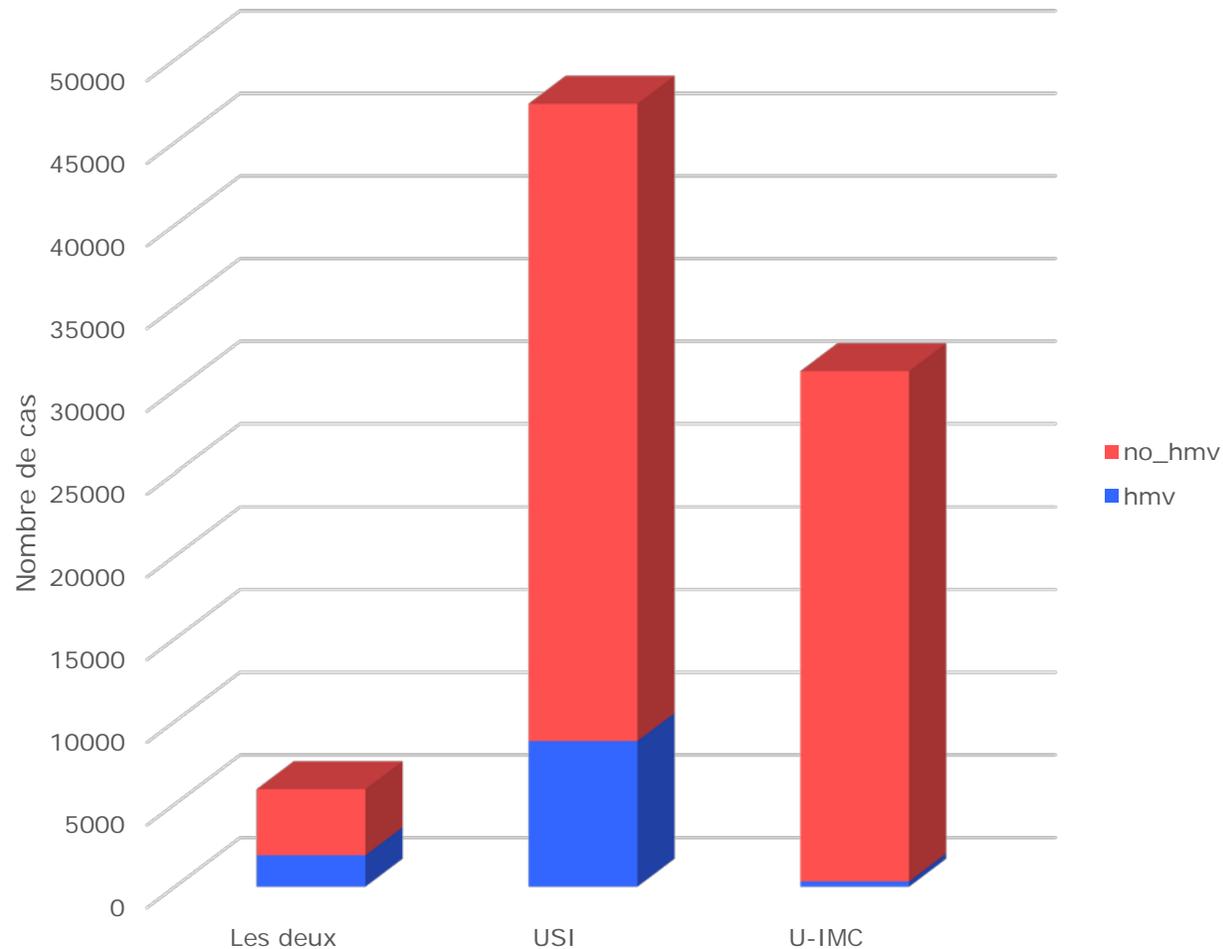
Nombre de cas USI / U-IMC



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

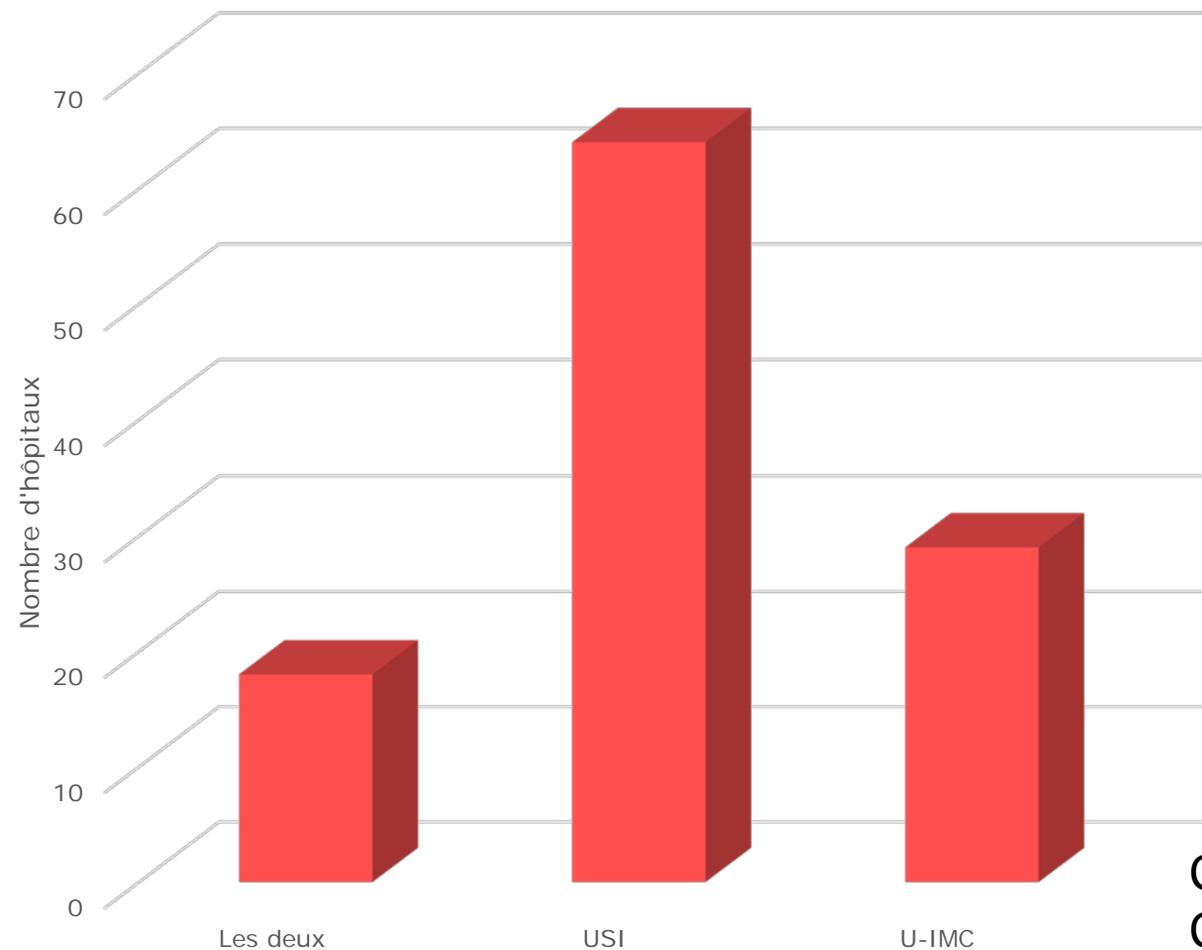
Nombre de cas USI / U-IMC avec HMV



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

Nombre d'hôpitaux avec cas de 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

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**

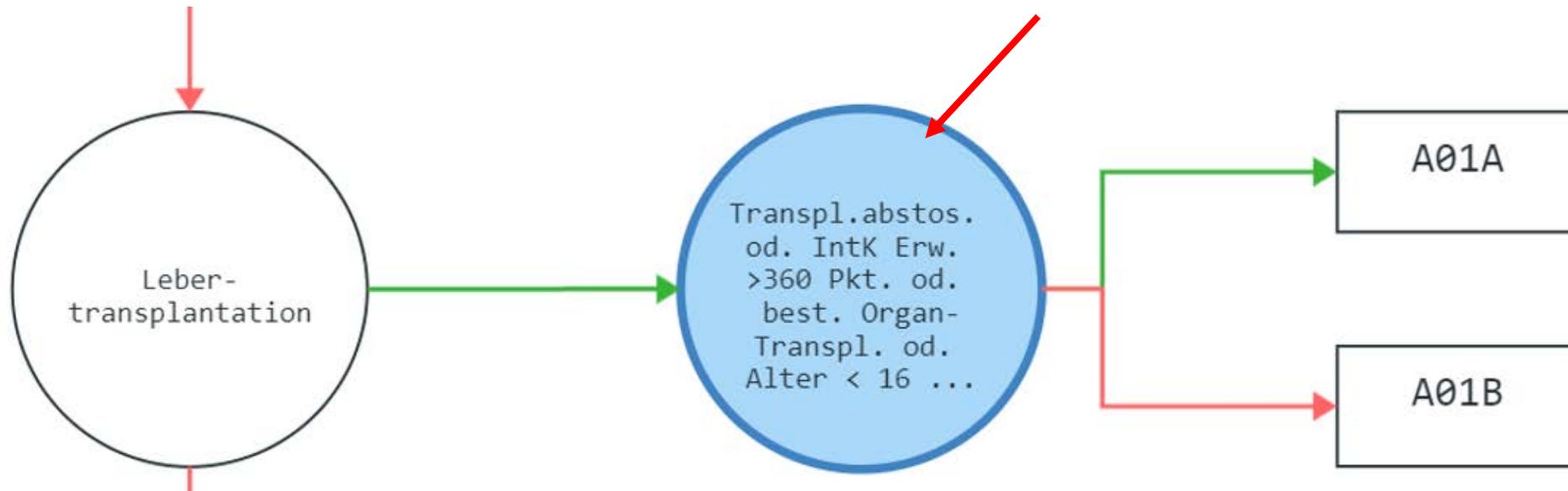
Points USI / U-IMC pour enfants

- 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

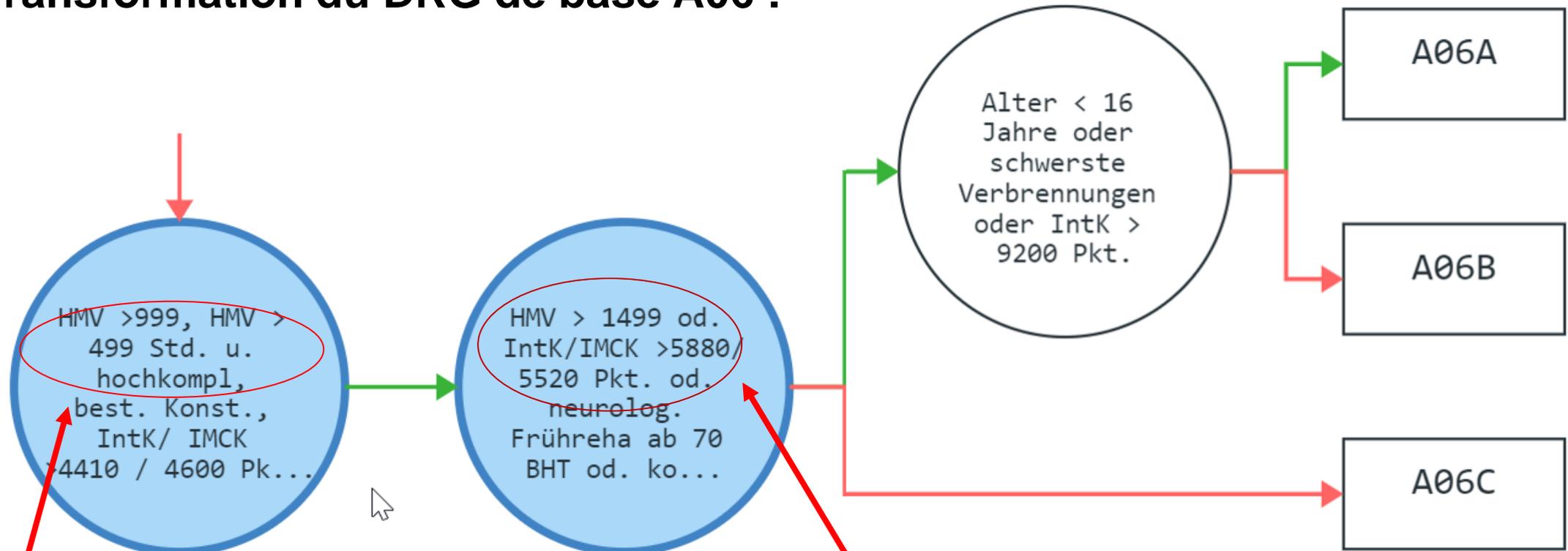
Transformation DRG A01A:

- 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 :



Nouveau : TC de SI NN/Enf/Ad > 2940/3220 pt. et situation part. hautement compl.

Suppression :

- HMV supprimé sans remplacement
- IMCK > 5880/5520 pt. supprimé

Transformation H MV / Soins intensifs Pré-MDC

Autre transformation du DRG de base A06:

Supprimée:

- H MV > 499 h et situations très coûteuses ou situations particulières complexes

Nouveau:

- TC de SI > 2352/2484 pt. et situations très coûteuses ou situations particulières complexes

Transformation H MV / Soins intensifs Pré-MDC

Autre transformation du DRG de base A06 :

- Adaptation des points TC en U-IMC dans la base
- TC en U-IMC NN/Enf/ Ad. de > 4410/4600 points
- TC en U-IMC NN/Enf/ Ad. augmenté à > 4900/5520 points

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.

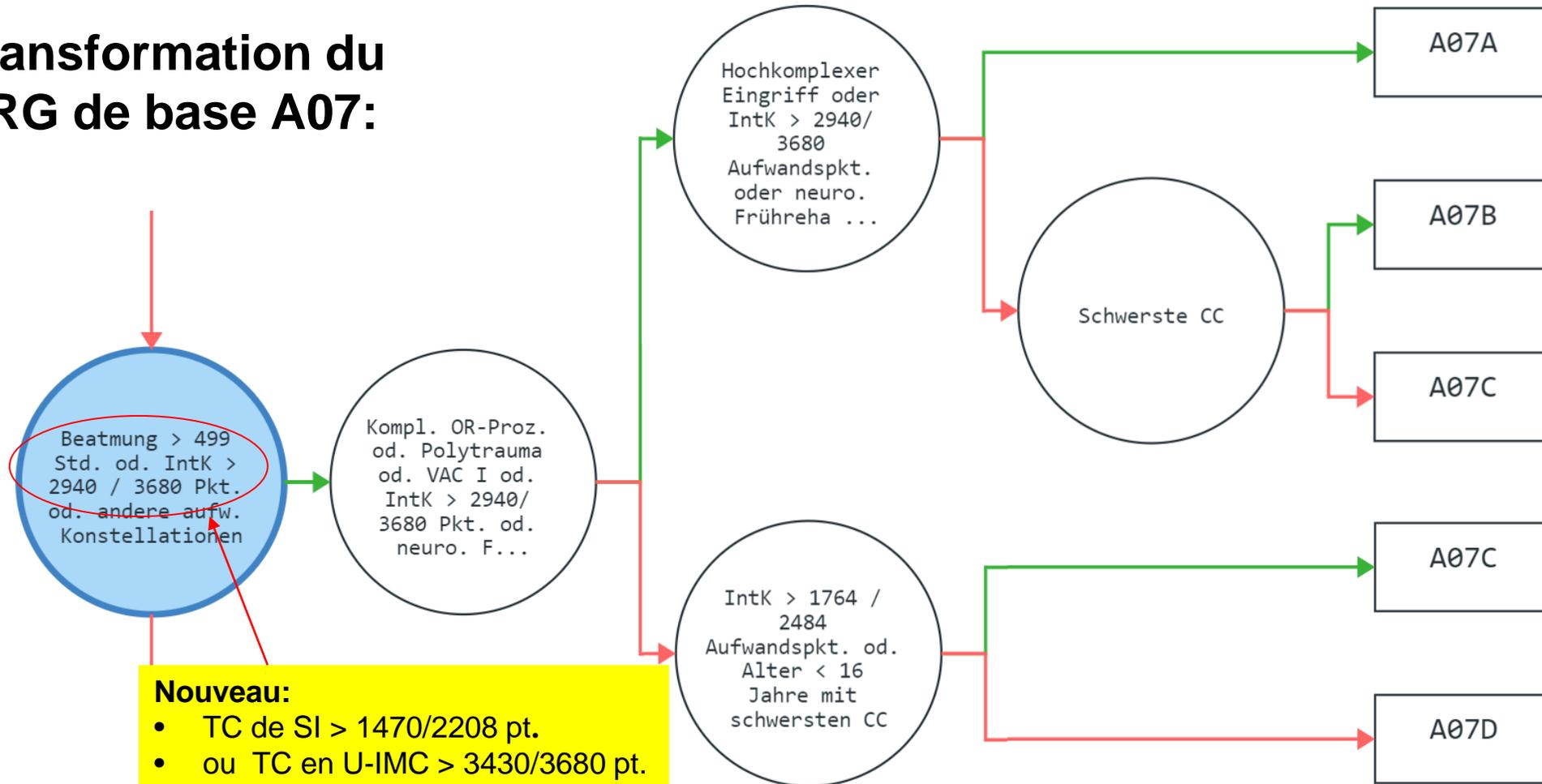
Nouveau: TC de SI > 3430/3220 pt. avec TC en U-IMC > 3430/3220 pt.

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 de base A07:

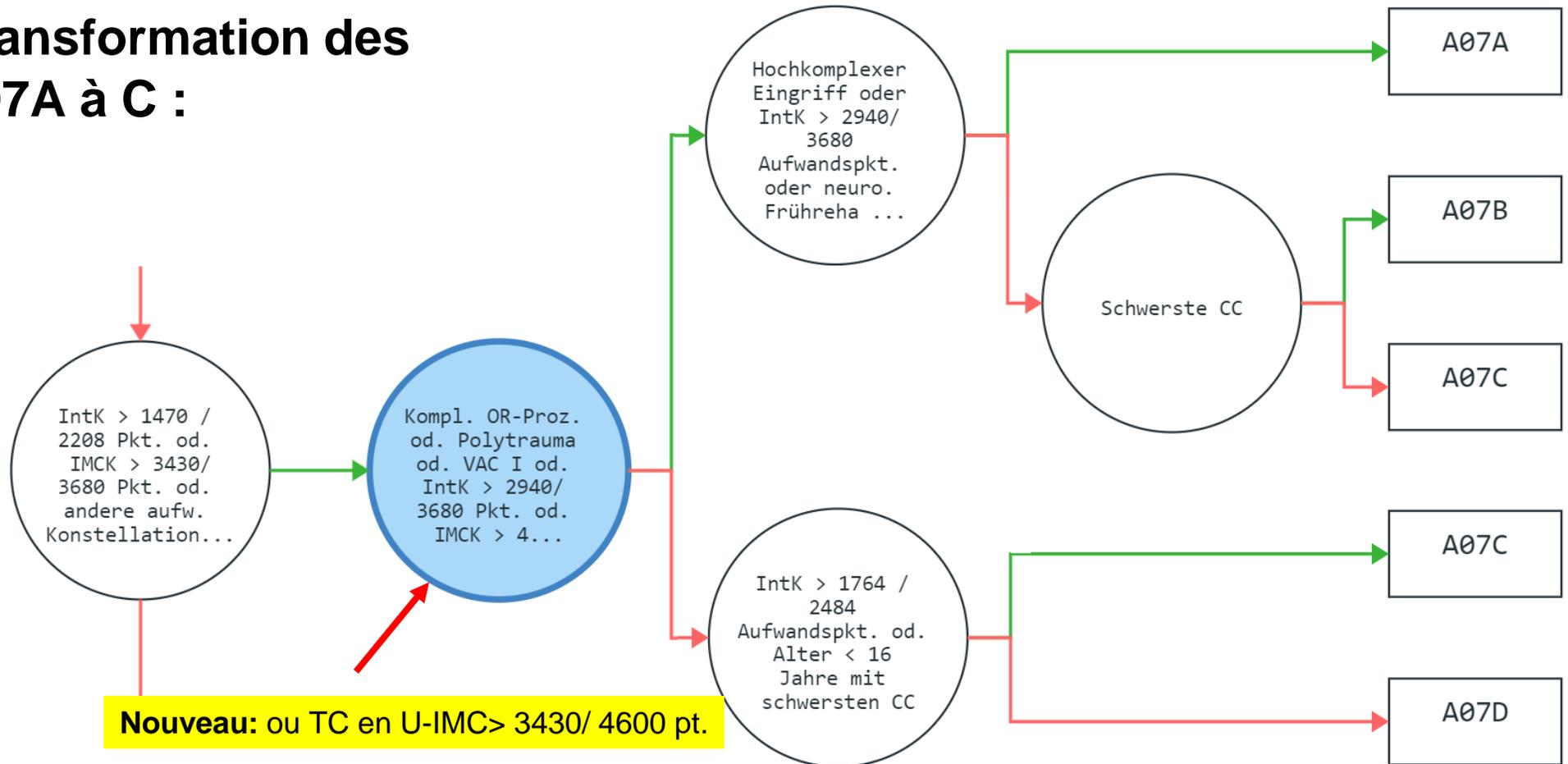


Nouveau:

- TC de SI > 1470/2208 pt.
- ou TC en U-IMC > 3430/3680 pt.

Transformation H MV / Soins intensifs Pré-MDC

Autre transformation des DRG A07A à C :



Transformation H MV / Soins intensifs Pré-MDC

Autre transformation du DRG A07A:

- Insertion d'autres interventions très complexes, comme par exemple les transplantations

Supprimée: H MV > 499 heures avec traitement sous vide complexe

Nouveau: TC de SI > 2058/ 2484 pt. avec traitement sous vide complexe

- Inclusion de la fonction «*Procédures opératoires complexes en quatre temps*»

Transformation H MV / Soins intensifs Pré-MDC

Autre transformation du DRG A07A :

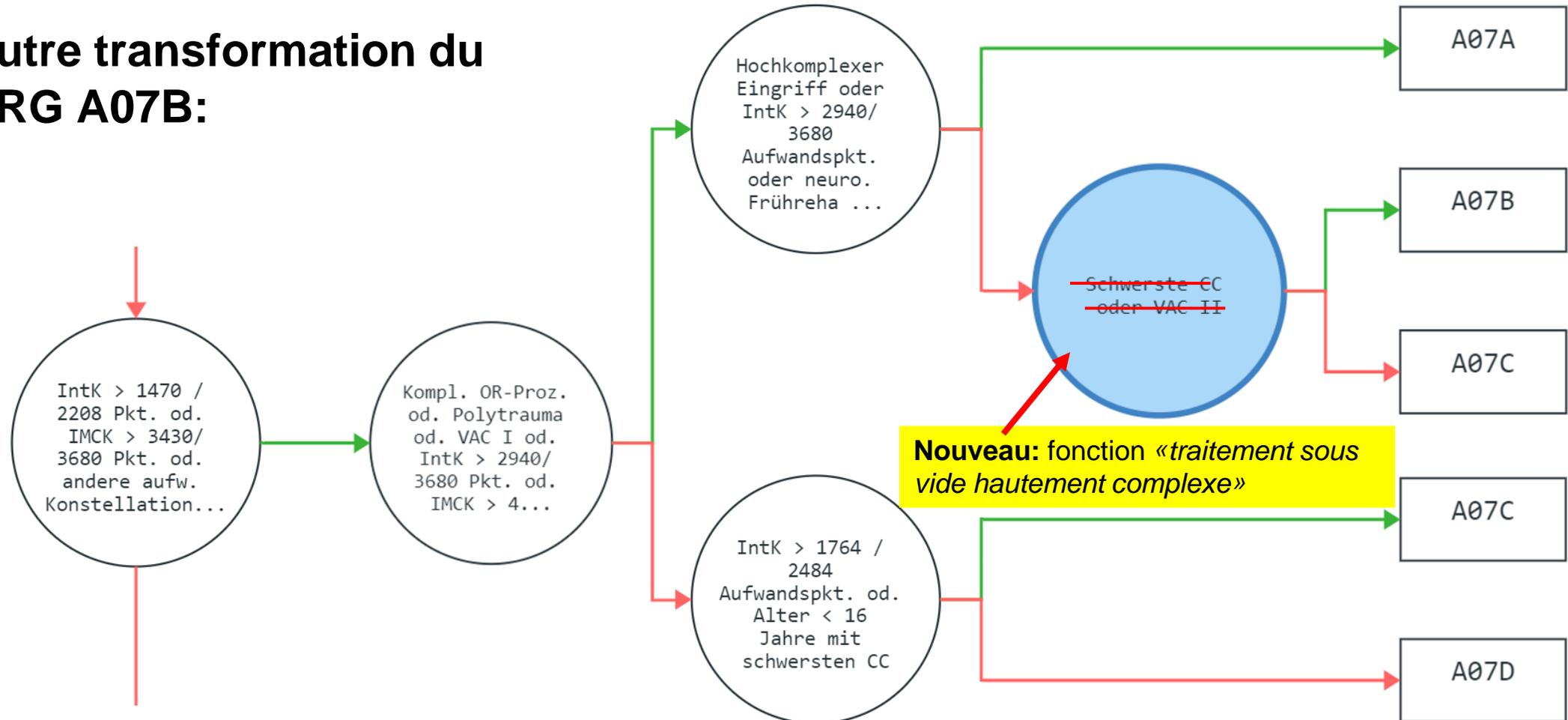
- Insertion de TC en U-IMC pt. > 3430/4600 pt.

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

Autre transformation du DRG A07B:

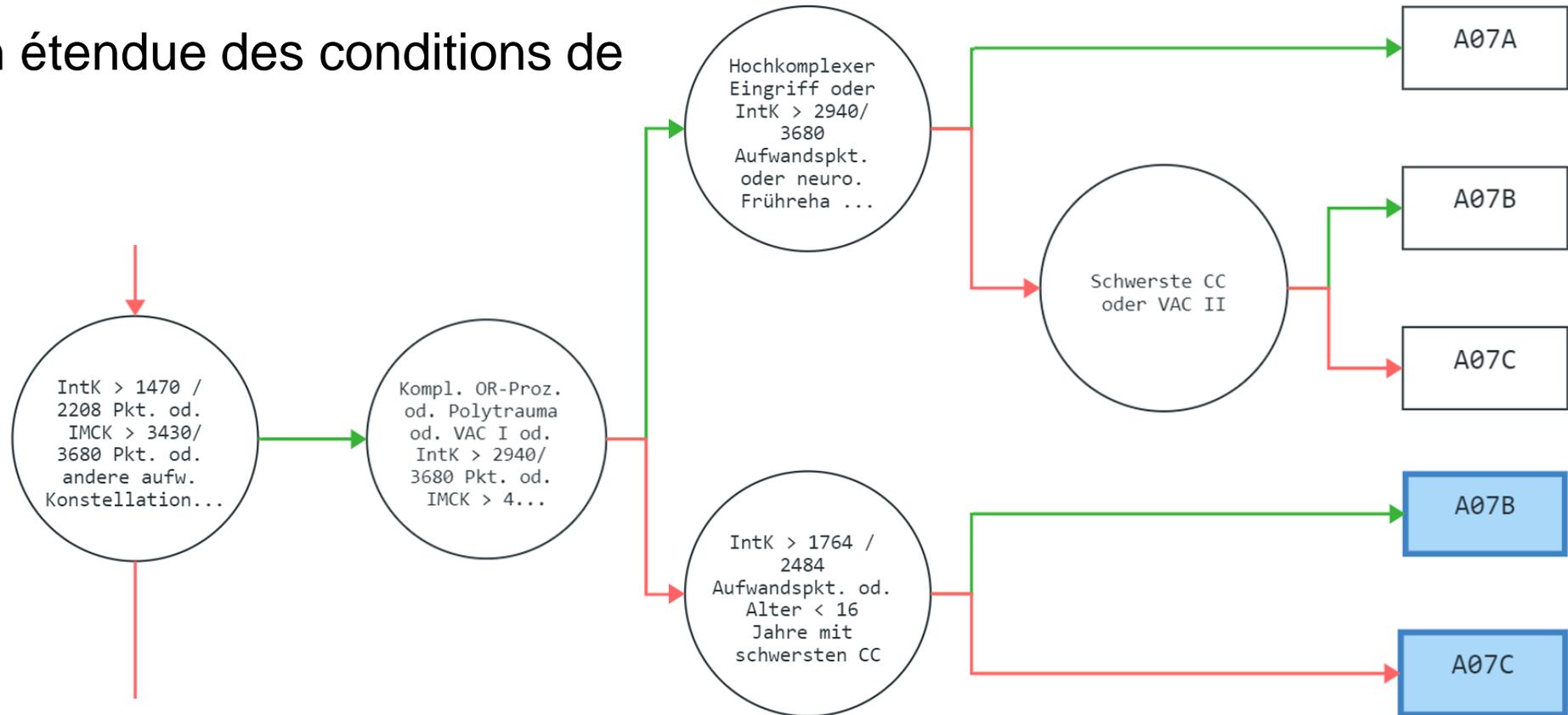


Transformation H MV / Soins intensifs

Pré-MDC

En raison d'autres analyses intensives :

- Révision étendue des conditions de split



Transformation H MV / Soins intensifs Pré-MDC

Transformation DRG A05A:

avec H MV:

- H MV > 179 h
- ou âge < 18 ans

Nouveau:

- TC de SI > 1176/1380 pt.
- ou TC de SI 980/1104 pt. et TC en U-IMC > 392/552 pt.
- ou âge < 18 ans

Transformation HMV / Soins intensifs Pré-MDC

Autre transformatione du DRG A05A:

avec HMV:

- ou ECMO avec ventilation artificielle > 95 et < 500h ou TC de SI > 196/552 pt.

Nouveau:

- ou ECMO avec TC de SI > 392/552 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 B90:

- Condition de split dans le DRG de base B90 «*....ou ventilation artificielle > 95 heures avec TC de SI > 196/360 points*» supprimée sans remplacement
- en raison de la transformation H MV en pré-MDC et donc des transferts de cas dans le DRG de base B36 «*Maladies et troubles du système nerveux avec traitement complexe de soins intensifs > 196/360 points ou procédure opératoire complexe en quatre temps*»
- autres transformations nécessaires →

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

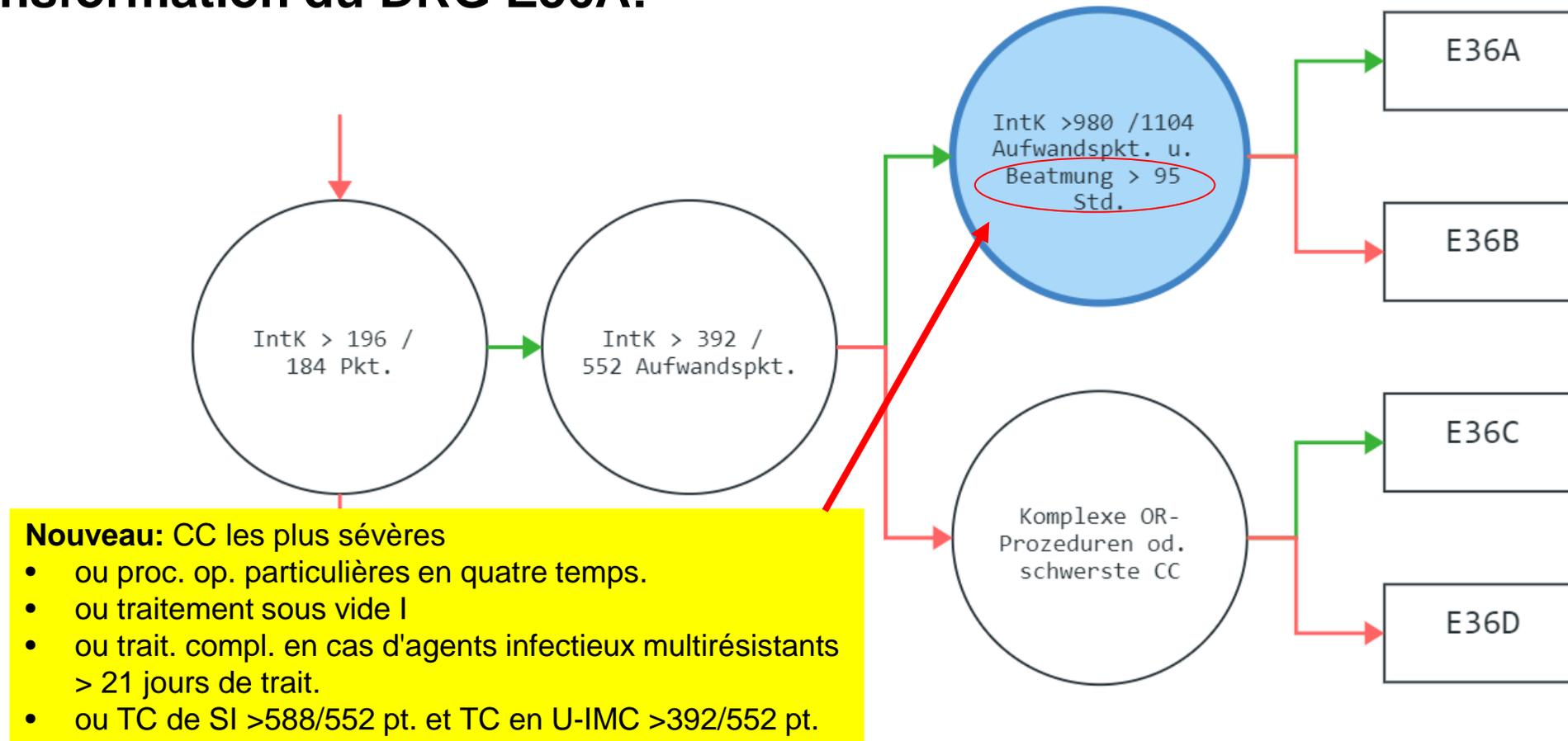
Transformation du DRG de base E01:

- Condition «*Radiothérapie avec ventilation artificielle > 24 heures*» dans le DRG de base E01 «*Interventions de révision, lobectomie bilatérale, radiothérapie avec intervention opératoire ou fermeture de communication interauriculaire*» supprimée sans remplacement
- en raison de transferts de cas et d'analyses après transformation H MV en pré-MDC et MDC 04
- autres transformations nécessaires →

Transformation H MV / Soins intensifs

Organes respiratoires MDC 04

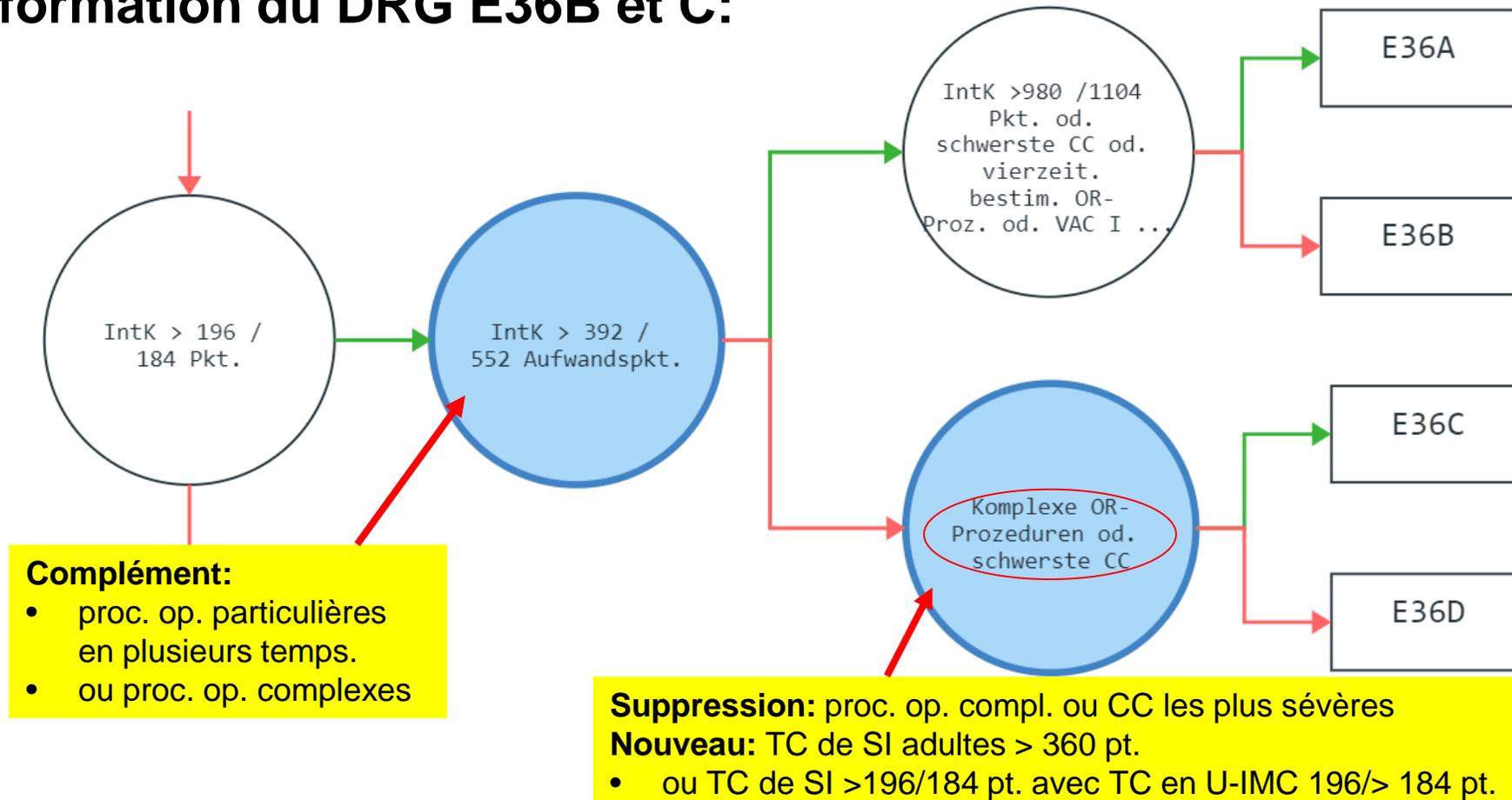
Transformation du DRG E36A:



Transformation HMT / Soins intensifs

Organes respiratoires MDC 04

Transformation du DRG E36B et C:

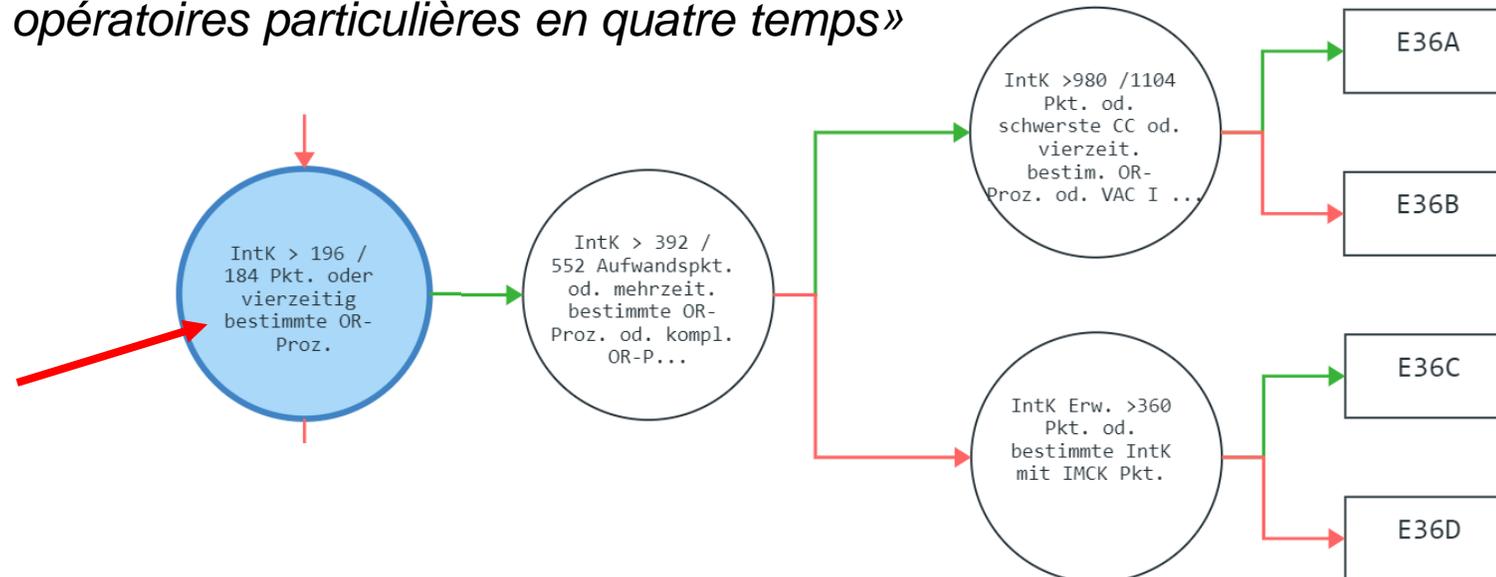


Transformation HMV / Soins intensifs

Organes respiratoires MDC 04

Transformation du DRG de base E36:

- en raison de la transformation HMV 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*»

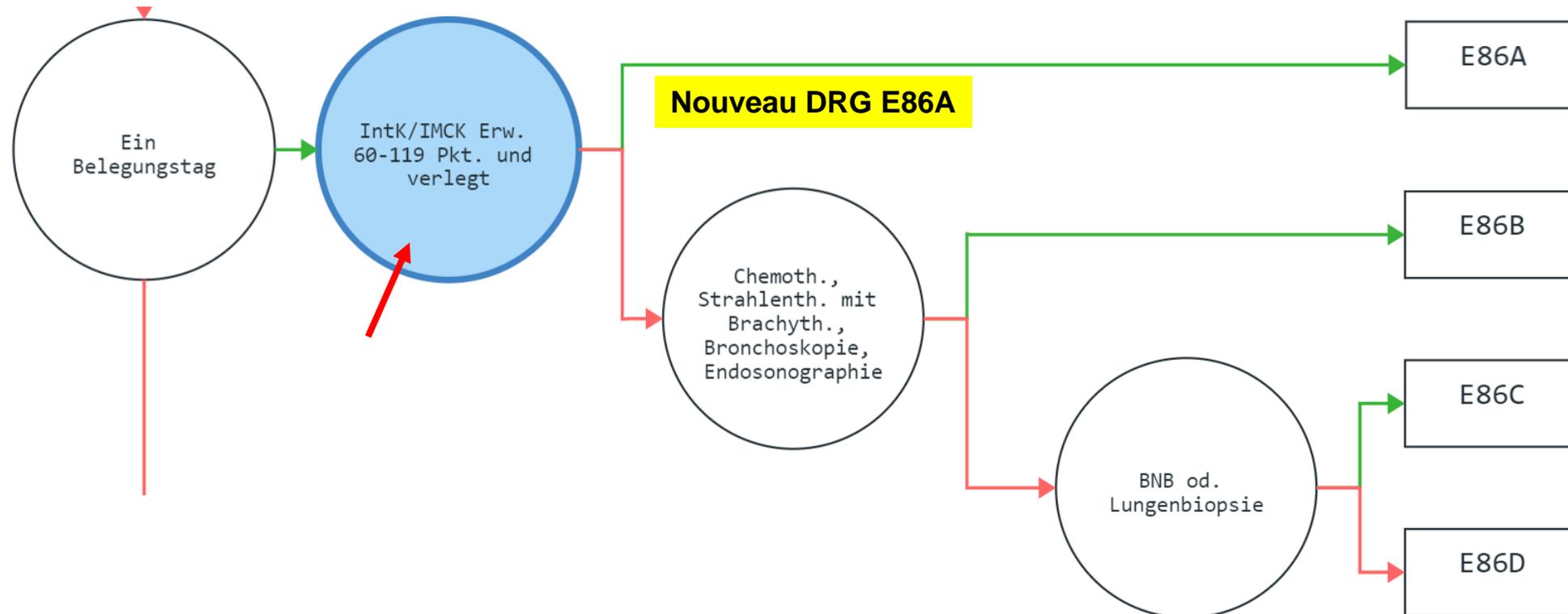


Transformation H MV / Soins intensifs

Organes respiratoires MDC 04

Transformation du DRG de base E86:

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

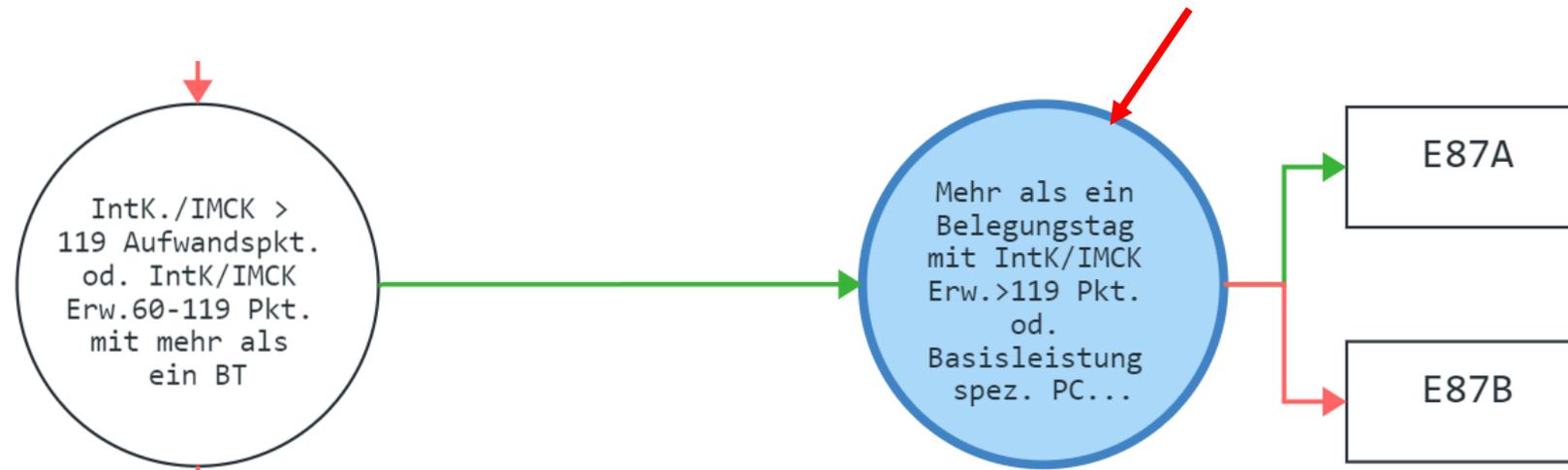


Transformation H MV / Soins intensifs

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»

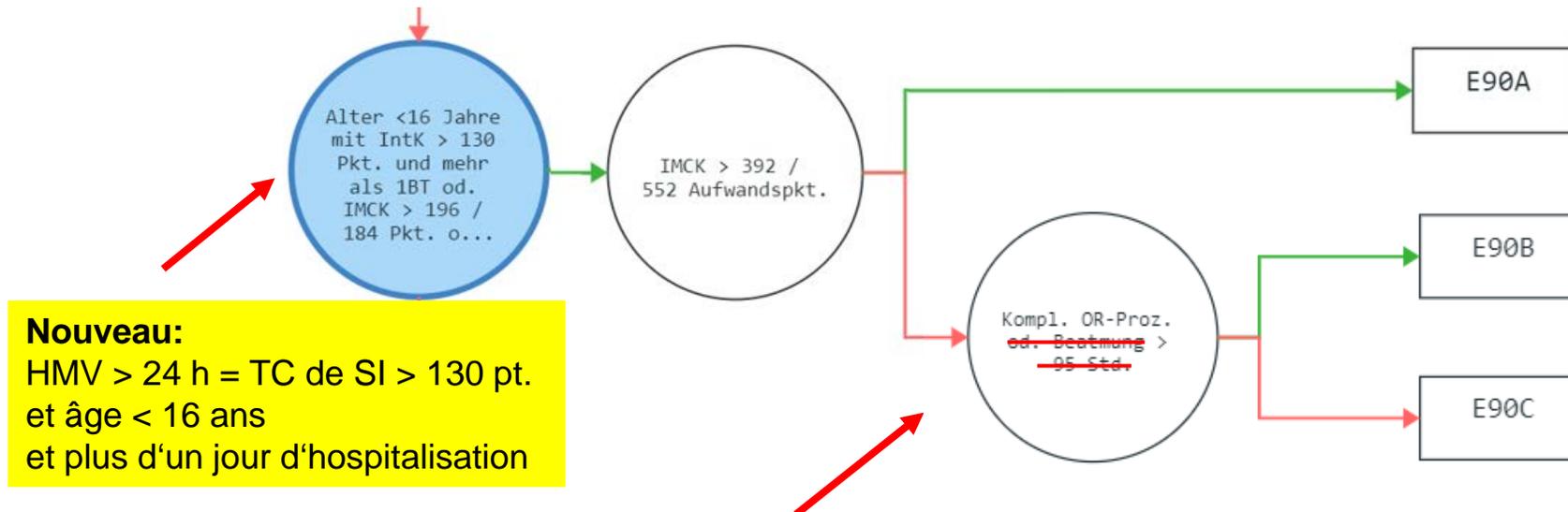


Transformation H MV / Soins intensifs

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

Appareil locomoteur MDC 08

Transformation:

- Condition de split «*Ventilation artificielle >24 heures*» dans le DRG I87A «*Maladies et troubles du tissu musculosquelettique et conjonctif avec CC extrêmement sévères...*» remplacée par «*TC de SI Ad. 361-552 pt.*»
- DRG I12A «*Infection/inflammation des os et des articulations avec différentes interventions...*» condition de split «*TC de SI/TC en U-IMC 120-552 pt.*» augmentée à «*TC de SI/TC en U-IMC 185-552 pt.*»

Transformation H MV / Soins intensifs

Nouveau-nés MDC 15

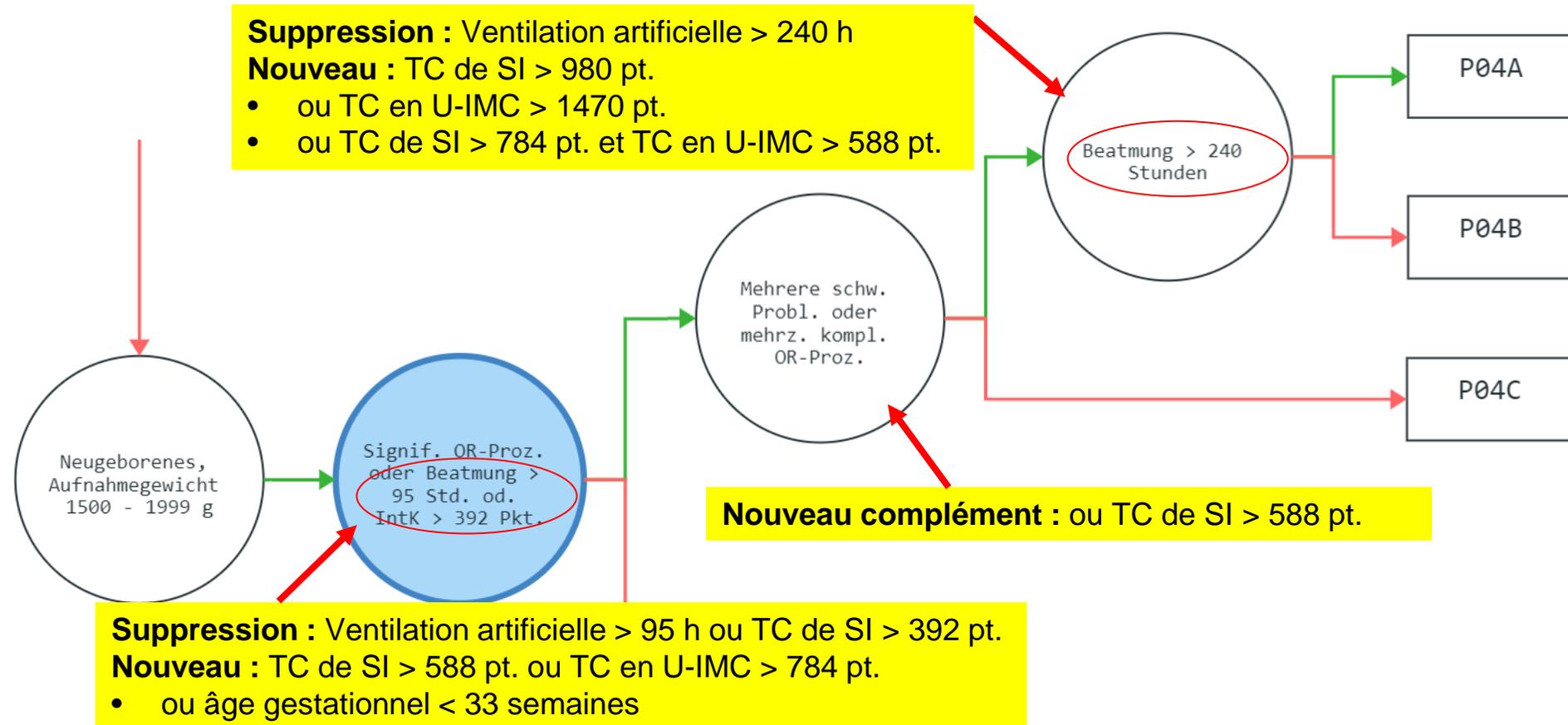
Transformation du DRG de base P03:

- Condition de split «*Ventilation artificielle > 95 heures*» dans le DRG de base P03 «*Nouveau-né, poids à l'admission 1000 - 1499 g*» remplacée par «*TC en U-IMC > 980 pt.*»
- Condition de split «*Ventilation artificielle > 479 heures*» dans le DRG P03A remplacée par la réduction de «*TC de SI > 2058 pt.*» à «*TC de SI > 1764 pt.*»
- Élargissement supplémentaire de la condition de split pour le DRG P03A par «*TC en U-IMC > 2352 pt.*» OU, «*TC de SI > 980 pt.*» et «*TC en U-IMC > 1176 pt.*»
- Fusion des DRG P03B et P03C → DRG P03B «*Nouveau-né, poids à l'admission 1000 - 1499 g avec procédure opératoire significative ou traitement complexe de soins intensifs > 392 ou TC en U-IMC > 980 points*»

Transformation H MV / Soins intensifs

Nouveau-nés MDC 15

Transformation du DRG de base P04 :

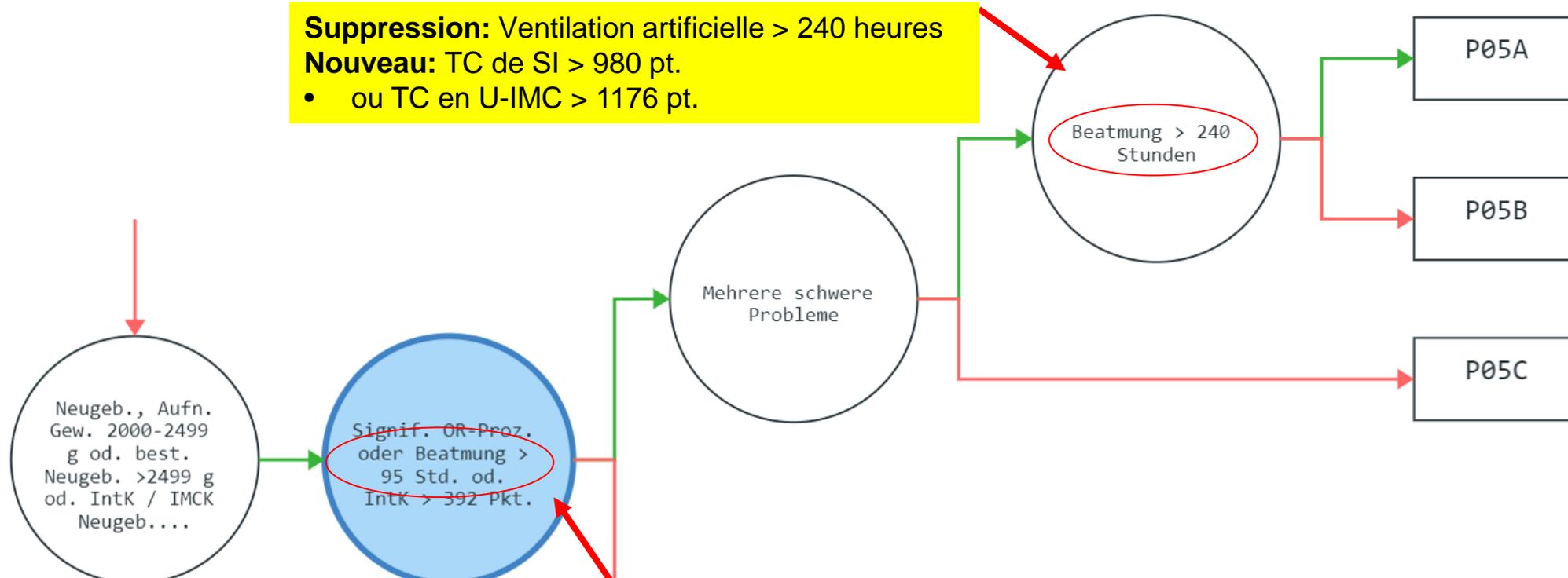


Transformation H MV / Soins intensifs

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.

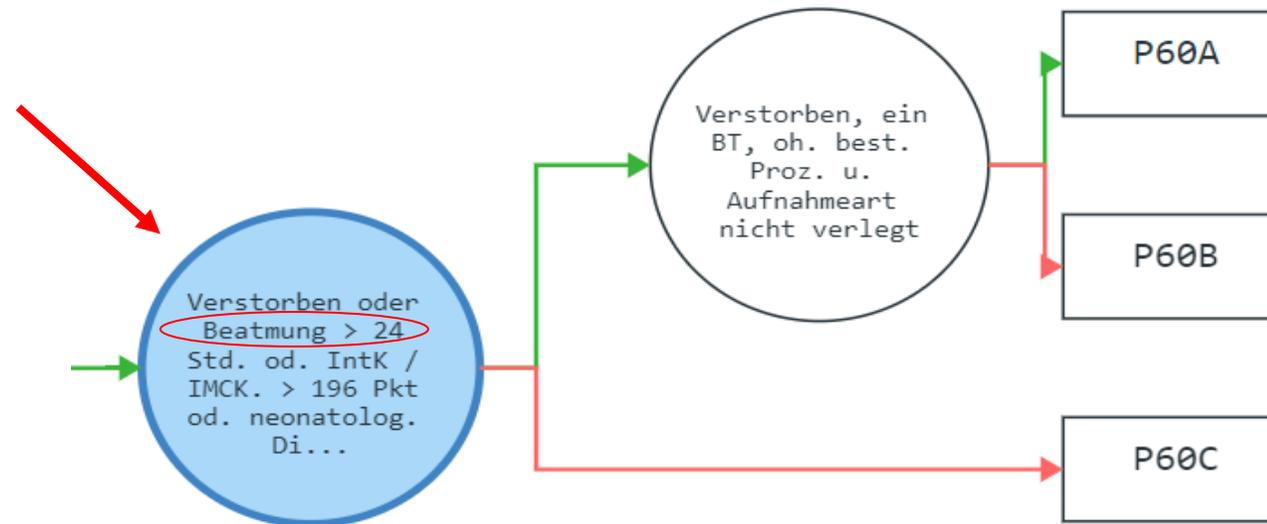
Transformation H MV / Soins intensifs

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.

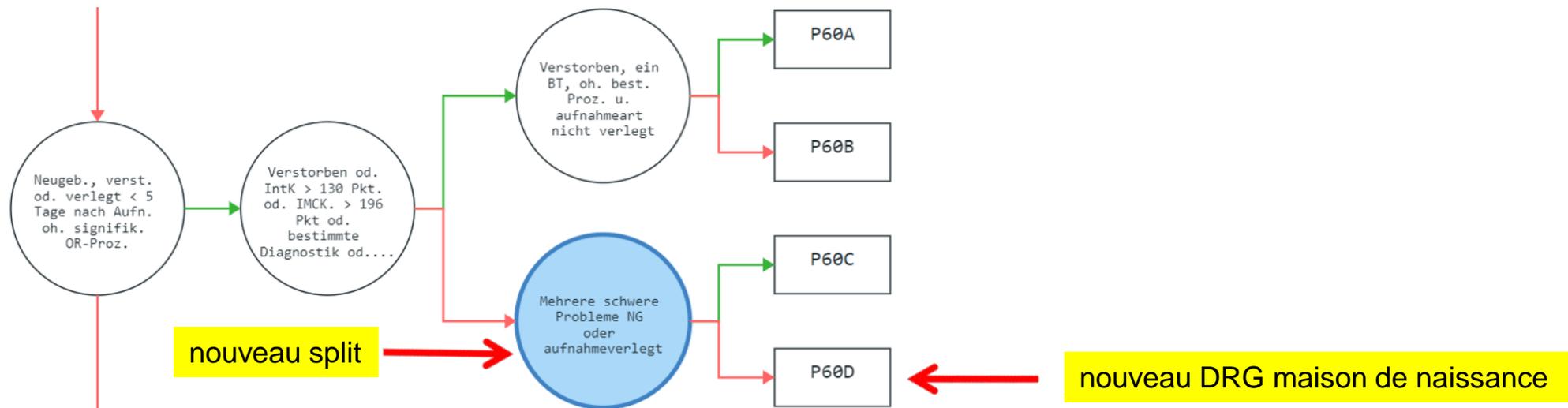


Transformation H MV / Soins intensifs

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

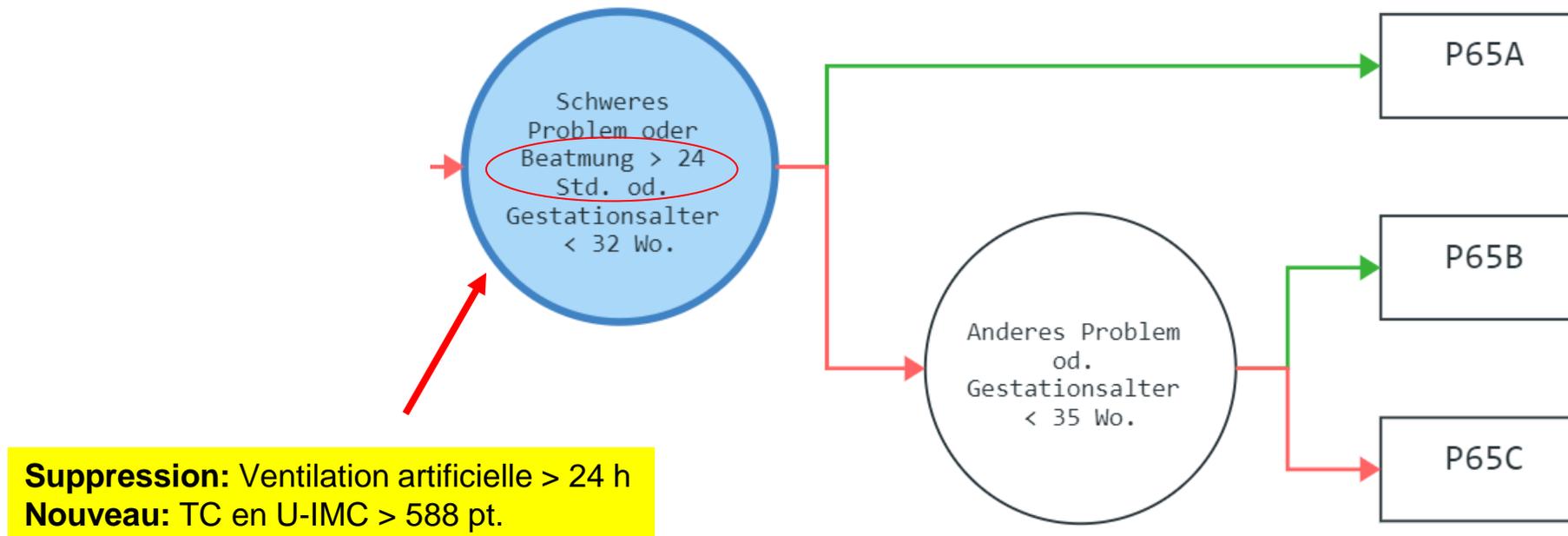
Transformation du DRG de base P61:

- nouvelle condition de split dans la base «*TC de SI > 2940 pt.*» et «*Âge gestationnel < 30 semaines*»
- Admission de la logique step down/ step up pour le DRG P61A «*TC de SI > 2940 pt. et TC en U-IMC > 196 pt.*»

Transformation H MV / Soins intensifs

Nouveau-nés MDC 15

Transformation du DRG de base P65:



Transformation H MV / Soins intensifs

Nouveau-nés MDC 15

Transformation du DRG de base P66:

- Heures de ventilation > 24 heures servant au classement pour les DRG P66A et P66B supprimées sans remplacement en raison des conditions de split déjà existantes

Transformation du DRG de base P67:

- Heures de ventilation > 24 heures servant au classement pour le DRG P67A supprimées sans remplacement en raison des conditions de split déjà existantes

Transformation H MV / Soins intensifs

Nouveau-nés MDC 15

Transformation du DRG de base P37:

- Modification de la condition du DRG de base P37 «*Nouveau-né avec traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en U-IMC...*»
- Réduction dans la base des points TC de SI de > 4900 pt. à > 4410 pt.
- maintenir les points TC en U-IMC à > 4900 pt.

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*»

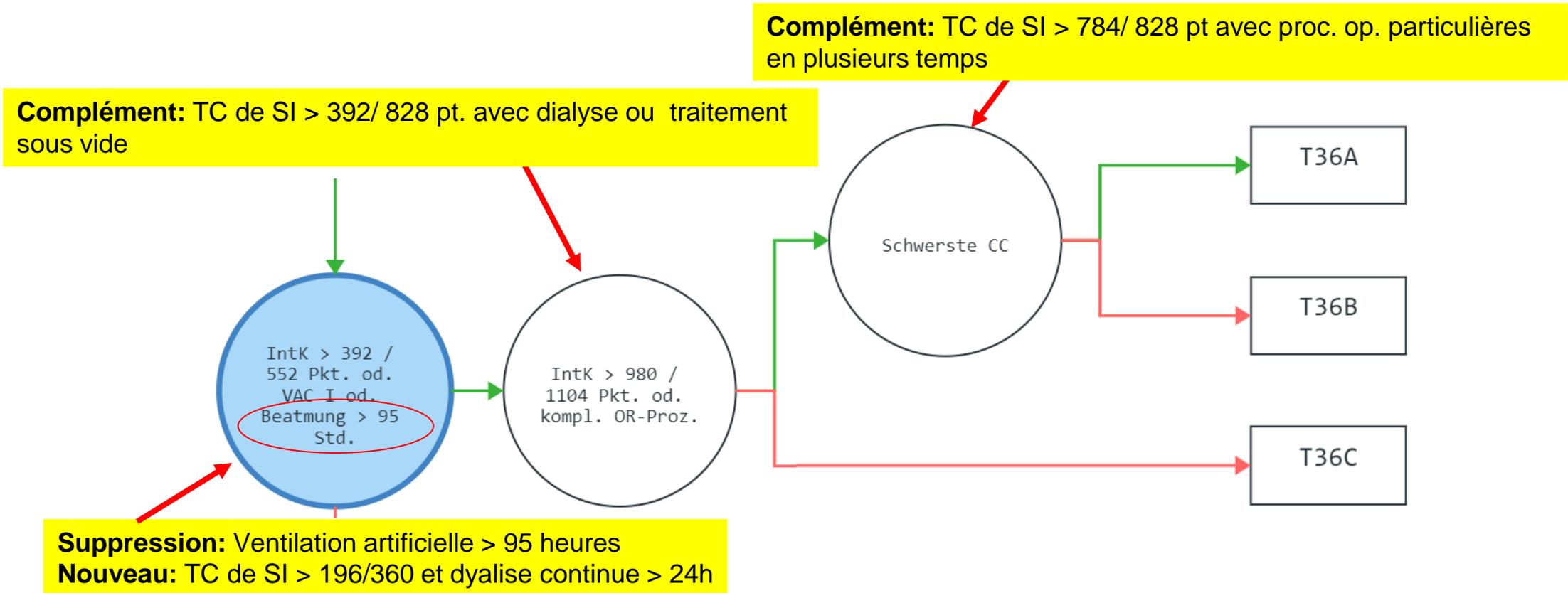
Transformation :

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

Transformation H MV / Soins intensifs

Infections MDC 18B

Transformation du DRG de base T36:



Transformation H MV / Soins intensifs

Traumatisme multiple MDC 21A

Transformation du DRG de base W60 «*Traumatisme multiple, décédé < 5 jours après hospitalisation*»:

- Représentation des cas «*Transférés à la sortie*» dans le DRG de base W60
- en raison de cas coûteux dans le DRG de base W60 autre différenciation
 - nouveau DRG W60A avec la condition «*Procédure opératoire complexe*»
 - Inclusion de la logique «*TC en U-IMC pt. > 196/119 pt.*» OU «*Procédure opératoire* » pour le DRG W60B

Transformation H MV / Soins intensifs

Traumatisme multiple MDC 21A

Transformation du DRG de base W36:

- Cas très coûteux sous-rémunérés dans le DRG W01A
- Revalorisation des cas avec «*Avec situation particulière*» et «*PCCL > 3*» OU «*Interventions sur plusieurs localisations*» dans le DRG de base W36 «*Traumatisme multiple, traitement complexe de soins intensifs > 980/1104 points ou ...*»

→ Revalorisation des cas très coûteux

Transformation H MV / Soins intensifs

Traumatisme multiple MDC 21A

Transformation du DRG de base W01:

- dans le DRG de base W01 «*Traumatisme multiple avec craniotomie ou traitement sous vide complexe ou intervention microvasculaire ou...*» H MV > 72 h supprimée, remplacée par «*TC de SI > 196/ 360 pt. et procédure opératoire* »
- DRG W01A «*H MV > 120 h.*» supprimée sans remplacement
- DRG W01A «*H MV > 72 h avec TC de SI > 392/552 pt.*» remplacée par «*TC de SI > 392/552 pt. avec interventions neurochirurgicales*» OU «*Interventions sur la colonne vertébrale*»
OU «*Procédures opératoires complexes en plusieurs temps*» OU «*Procédures opératoires particulières en quatre temps*»

Transformation H MV / Soins intensifs

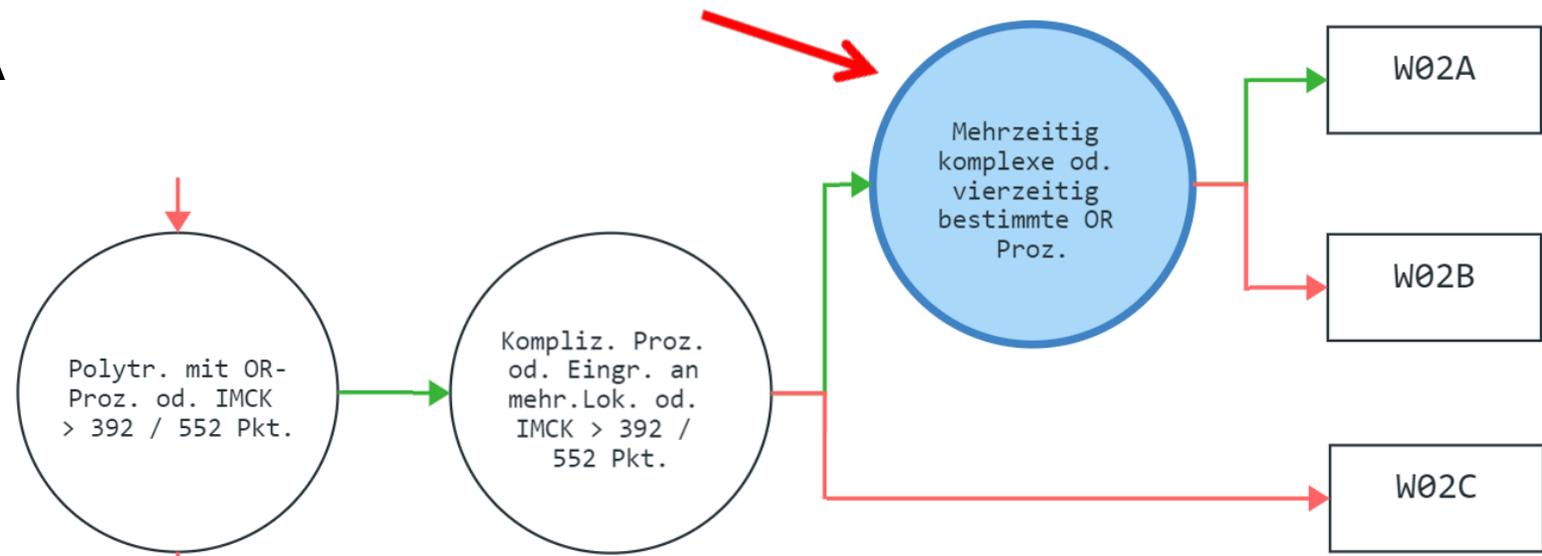
Traumatisme multiple MDC 21A

Problème:

- Cas très coûteux dans le DRG de base W02 «*Traumatisme multiple avec procédure opératoire ou traitement complexe en U-IMC > 392/552 points*» sous-rémunérés

Transformation:

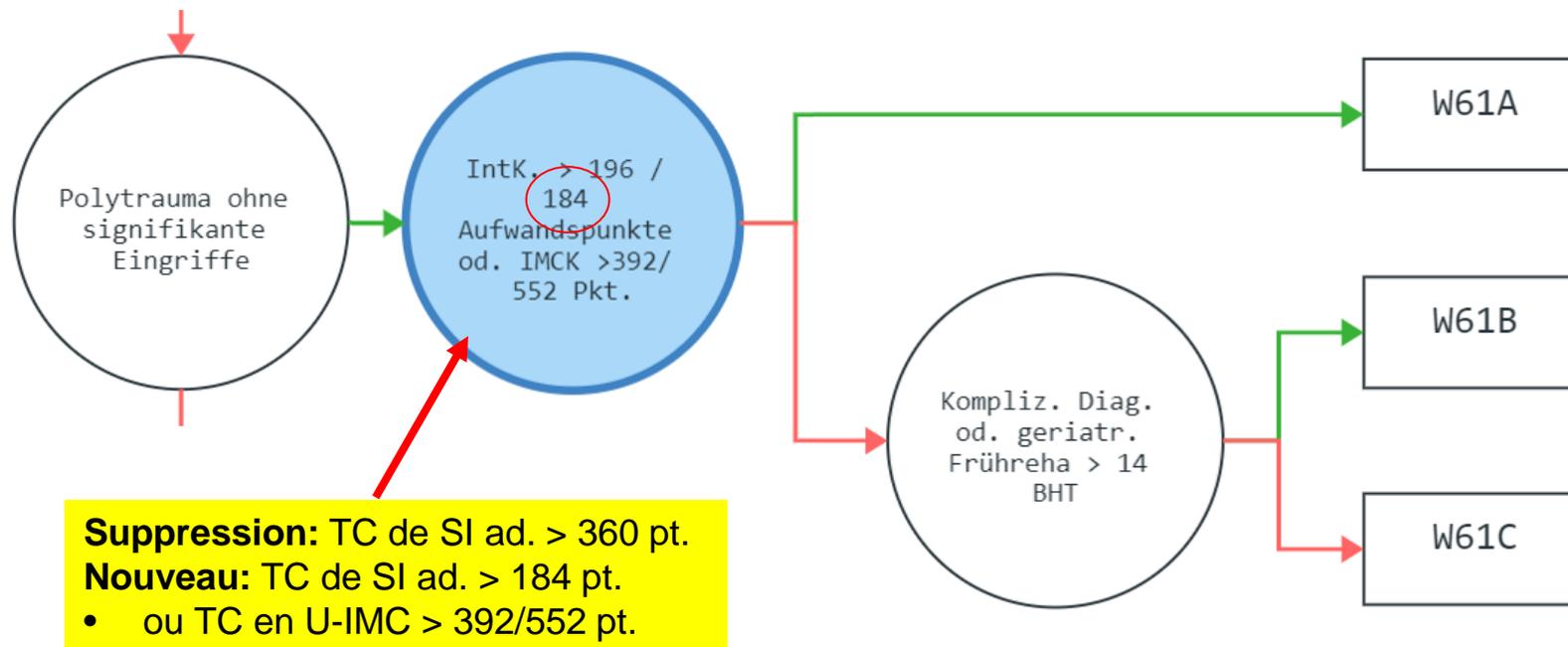
- Split du DRG W02A



Transformation H MV / Soins intensifs

Traumatisme multiple MDC 21A

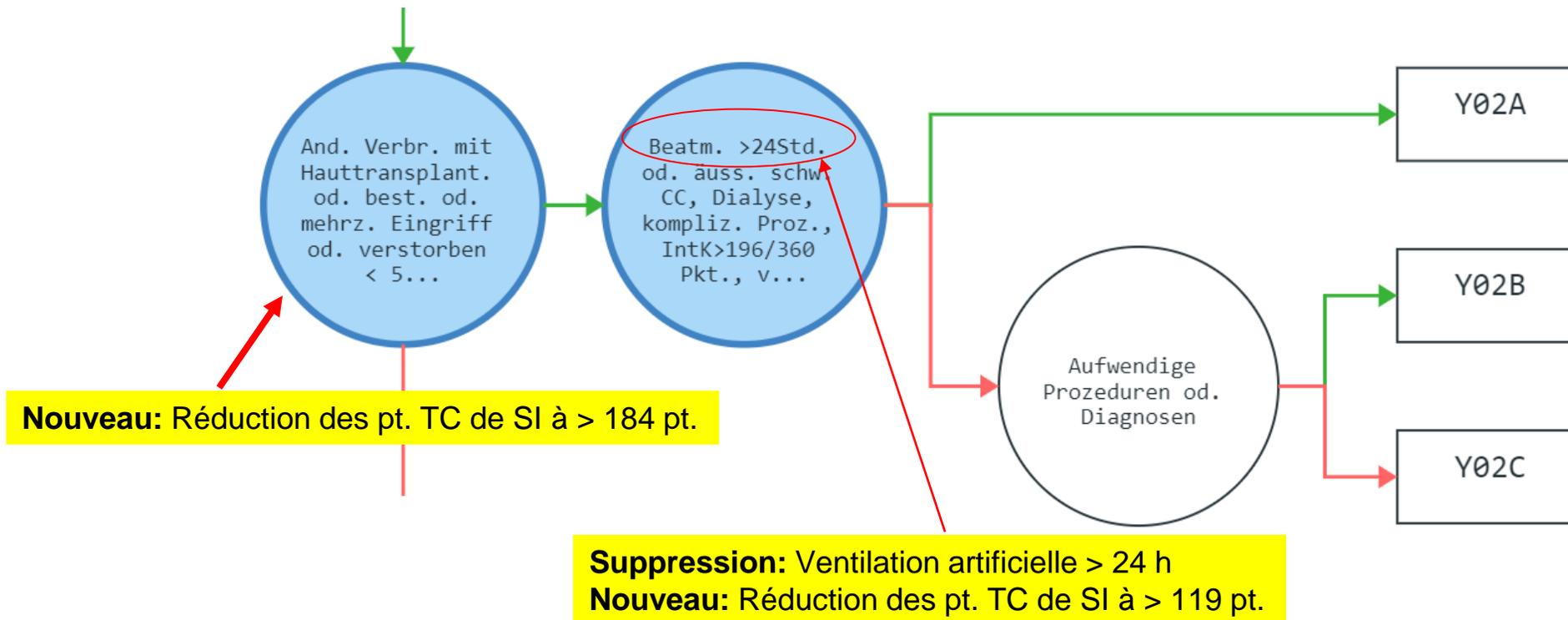
Transformation du DRG de base W61:



Transformation H MV / Soins intensifs

Brûlures MDC 22

Transformation du DRG de base Y02:



Transformation H MV / Soins intensifs

Brûlures MDC 22

Autre transformation:

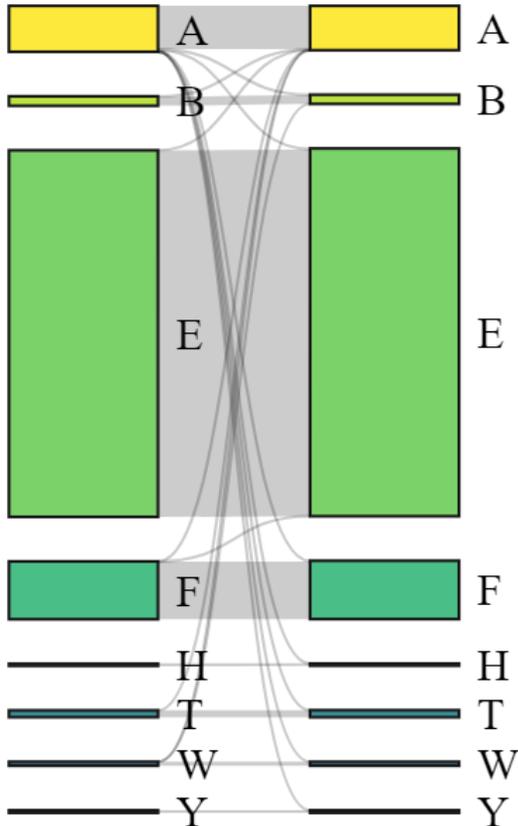
- Suppression de la condition H MV en fonction «*Brûlures graves*»
- Split pédiatrique «*âge < 6 ans*» pour le DRG Y62A n'est plus un séparateur de coûts
 - Fusion des DRG Y62A et Y62B → DRG Y62A
- Condition de split TC de SI > 196/360 pt. pour DRG Y62B «*Autres brûlures et plus d'un jour d'hospitalisation*» supprimée

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



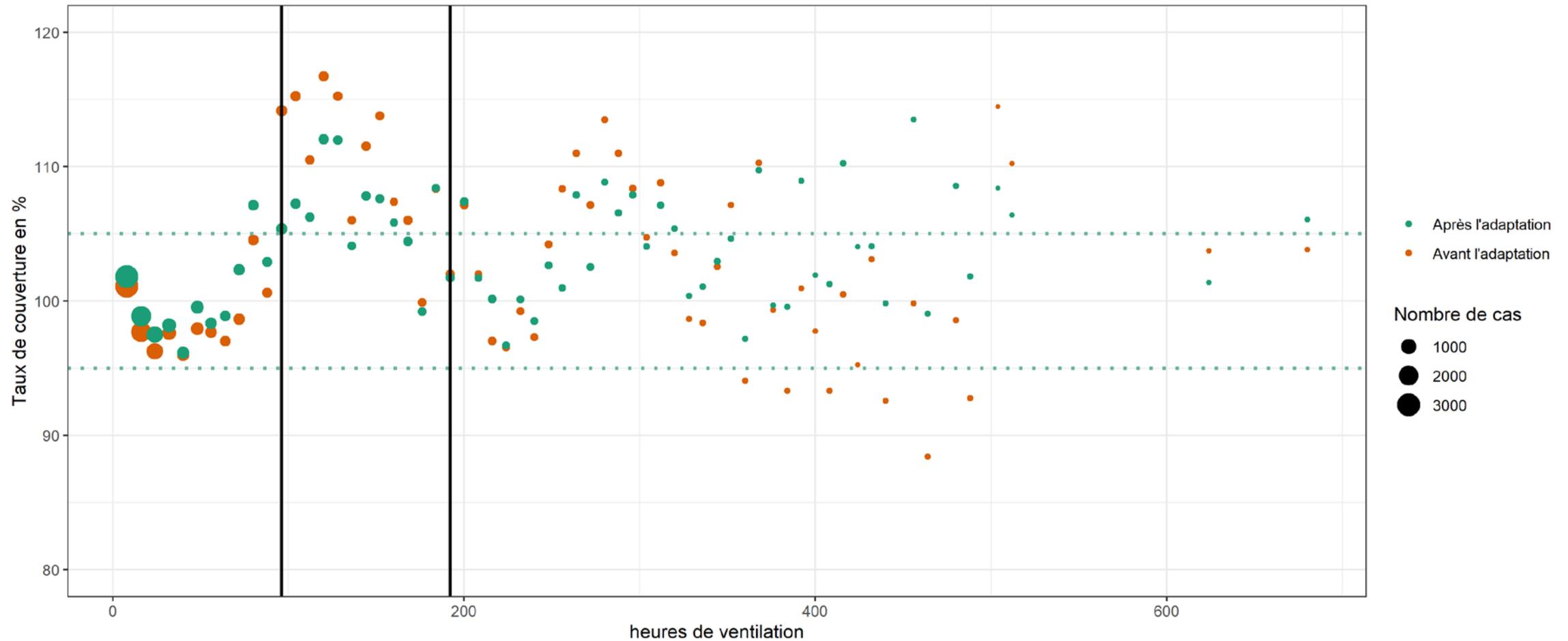
Cas concernés : 162'293
(16'072 dont avec heures de ventilation artificielle)

Nombre de cas avec changement de MDC : 588

dont 422 cas de pré-MDC

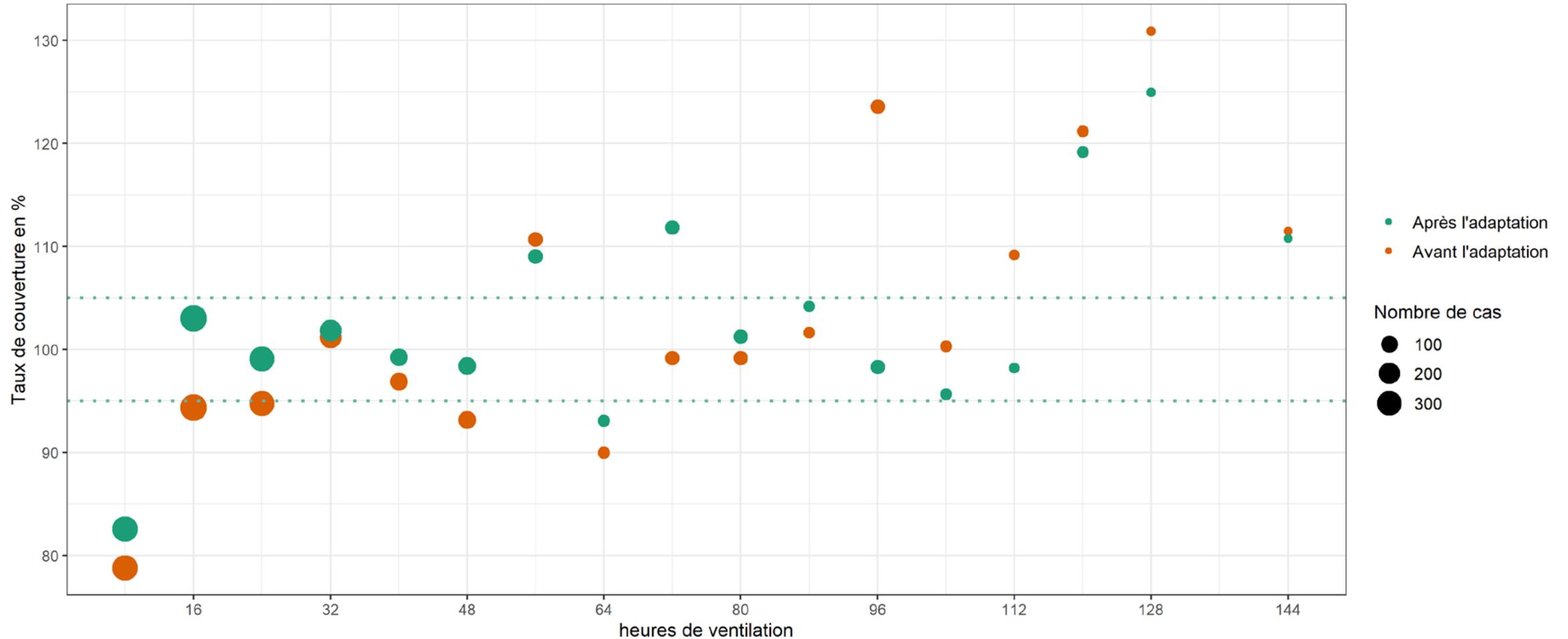
dont 163 cas en pré-MDC

Modification du taux de couverture pour les cas de ventilation artificielle



Baserate hypothétique : 10'981 CHF

Modification du taux de couverture pour les cas de ventilation artificielle MDC 15



Baserate hypothétique : 10'981 CHF

Modification du taux de couverture pour les cas avec code USI / U-IMC

Cas sans heures de ventilation artificielle

	Nombre de cas	Taux de couverture V12.0 en %	Taux de couverture après transformation en %
USI / U-IMC-Adults	9'501	96.42	98.58
USI / U-IMC-Enfants	365	93.06	93.3
USI / U-IMC-Nouveau-nés	2'171	92.92	99.36

Cas avec heures de ventilation artificielle

	Nombre de cas	Taux de couverture V12.0 en %	Taux de couverture après transformation en %
USI / U-IMC-Adults	12'657	101.67	102.26
USI / U-IMC-Enfants	746	105.62	101.36
USI / U-IMC-Nouveau-nés	2'550	101.06	100.98

Baserate hypothétique : 10'981 CHF

Modification du taux de couverture pour les cas en MDC 15

Catégorie	Nombre de cas	Taux de couverture V12.0 en %	Taux de couverture après transformation en %
Cas sans heures de ventilation artificielle	79'659	102.85	103.64
Cas avec heures de ventilation artificielle	2'548	100.72	100.52

Baserate hypothétique : 10'981 CHF

Modification du taux de couverture selon la typologie DRG

Catégorie	Nombre de cas	Taux de couverture V12.0 en %	Taux de couverture après transf. En %
K111 Prise en charge centralisée - niveau 1	36'767	94.07	94.55
K112 Prise en charge centralisée - niveau 2	88'587	106.04	106.19
K121 Soins de base - niveau 3	16'547	105.88	106.74
K122 Soins de base - niveau 4	13'092	113.89	114.35
K123 Soins de base - niveau 5	1'338	107.37	107.27
K221 Cliniques de réadaptation	590	112.93	112.46
K231 Chirurgie	882	109.20	109.99
K232 Gyn. / Néonatalogie	3'196	98.09	98.40
K233 Pédiatrie	183	125.02	124.82
K234 Gériatrie	310	106.75	106.07

Baserate hypothétique : 10'981 CHF

Pré-MDC

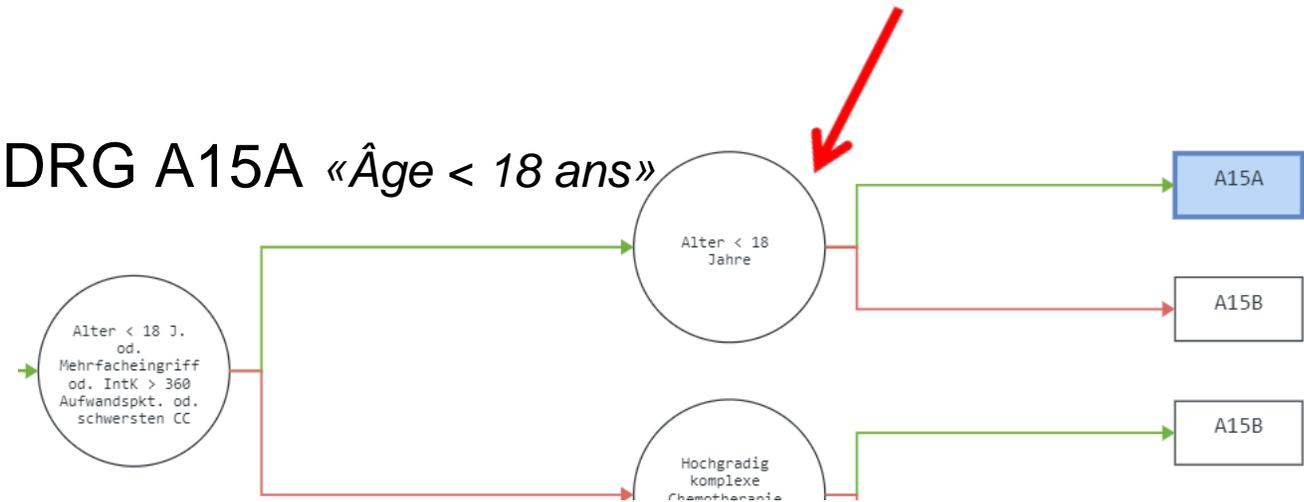
Transfusion de cellules souches

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*»



Pré-MDC

Transplantation rénale

Problème :

- Conditions de split dans le DRG de base A17 «*Transplantation rénale*» ne sont plus des séparateurs de coûts

Transformation:

- Révision des conditions de split
- Inclusion de «*TC de SI > 196/184 pt.*» ou «*PCCL > 4*» dans le DRG A17A
- Fusion des DRG A17B et A17C -> DRG A17B

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:

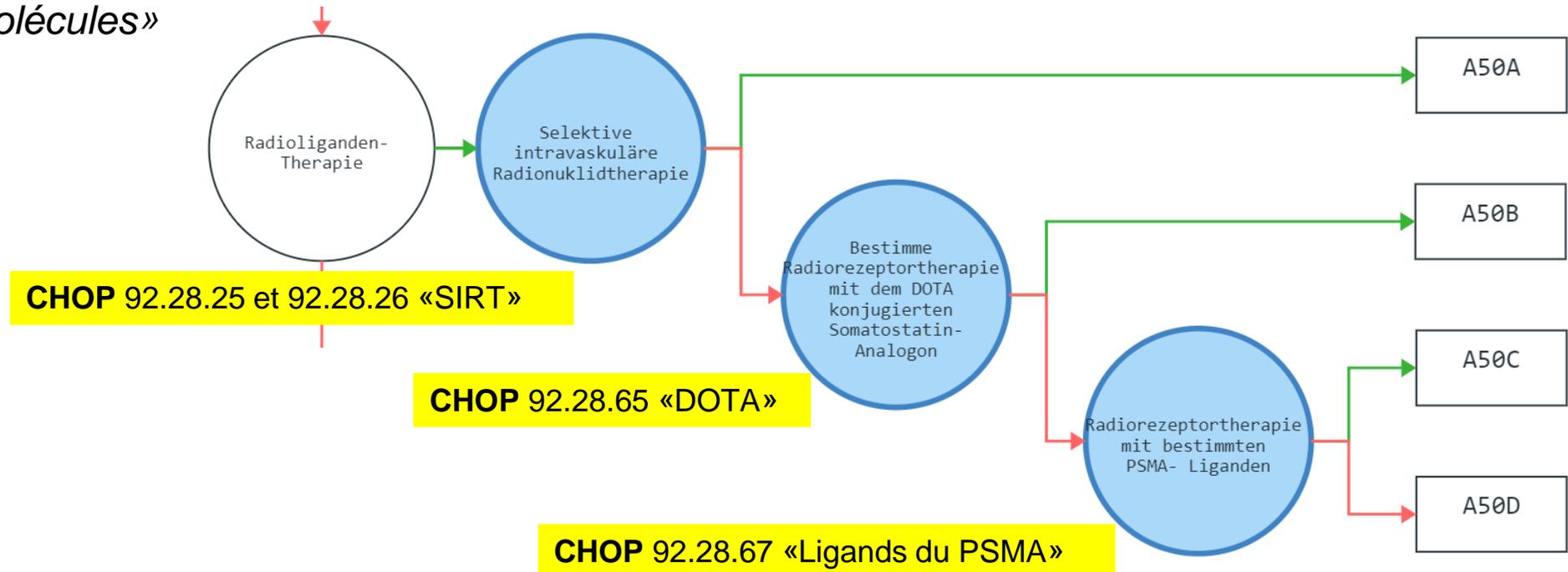
- Groupes de cas homogènes en coûts identifiables par des codes CHOP individuels
- Diagnostics principaux représentation indépendante dans le pré-MDC judicieuse
- Consommation de ressources déterminée par la procédure et non par DP

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

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
- – néanmoins coûts de traitement élevés

Pré-MDC

Paraplégiologie

Remarques :

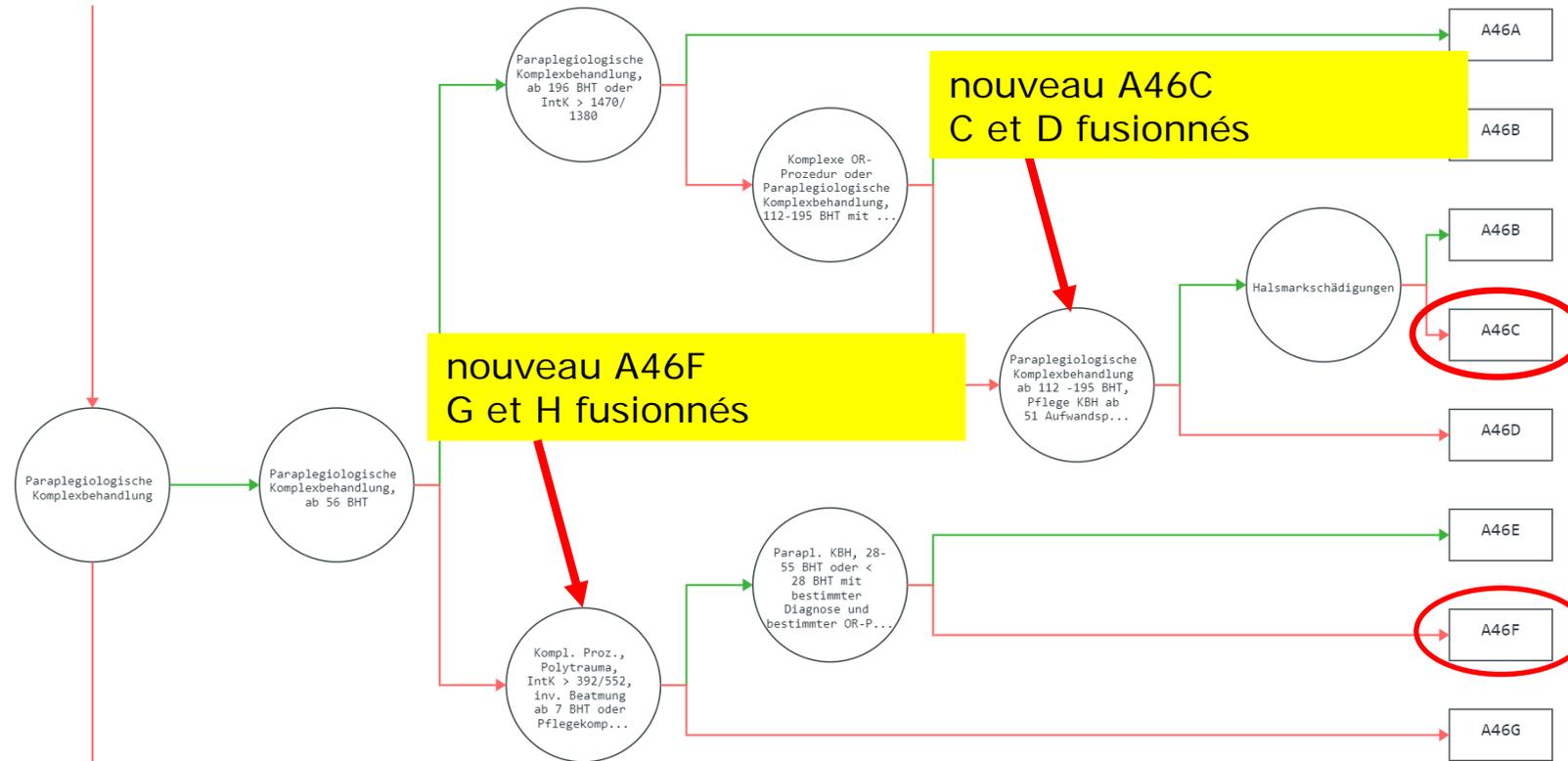
- Traumatisme multiple avec lésion simultanée de la moelle épinière dans MDC 21A
- Implantation d'une pompe à médicaments dans DRG A46 (dans B22Z bien représentée)
- Débridement non étendue (sans plastie de lambeau) dans DRG A46
- les troubles neurogènes de la fonction vésicale font partie d'un tableau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

Pré-MDC

Traitement complexe du patient paraplégique

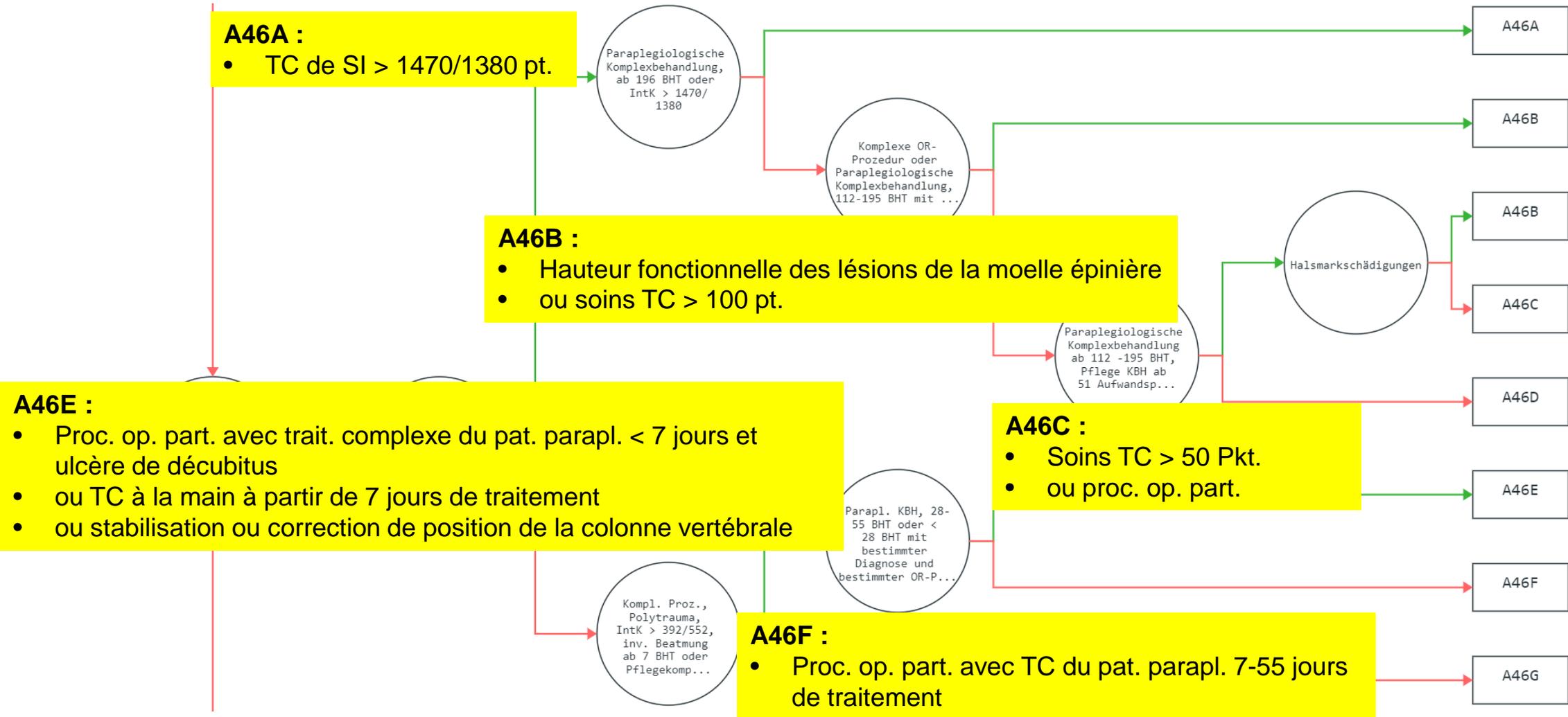
Transformation complexe du DRG de base A46 :

- 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:

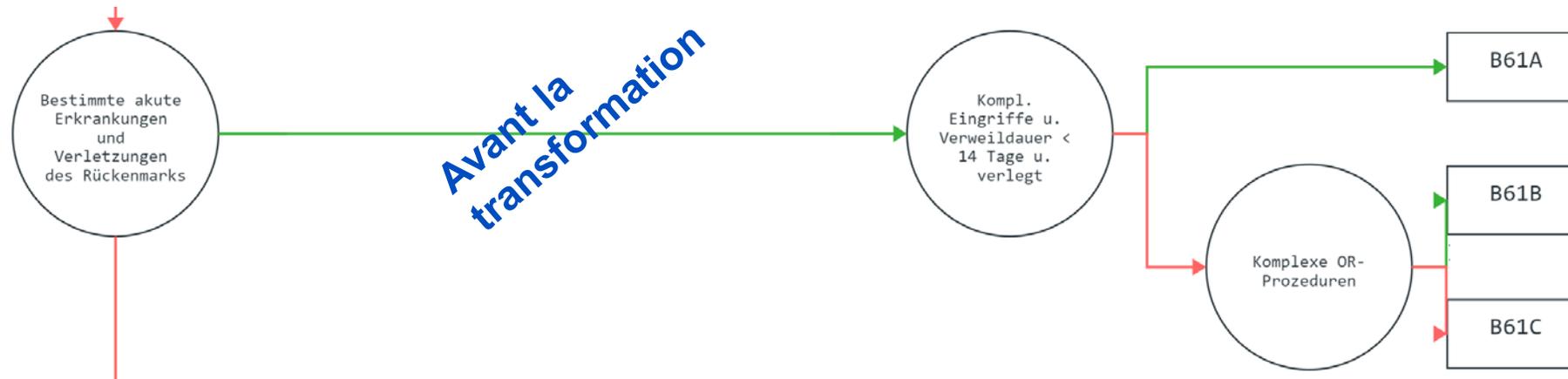
- DRG de base A46 exclu du déplacement du traumatisme multiple
- Admission des codes CHOP 03.9B.1- «*Implantation ou remplacement d'une pompe de perfusion totalement implantable*», 58.93.11 «*Implantation de sphincter vésical artificiel*», 86.7A.4- «*Plastie de glissement-rotation, étendue*»
 - dans 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*»



Paraplégiologie

Opérateur partition

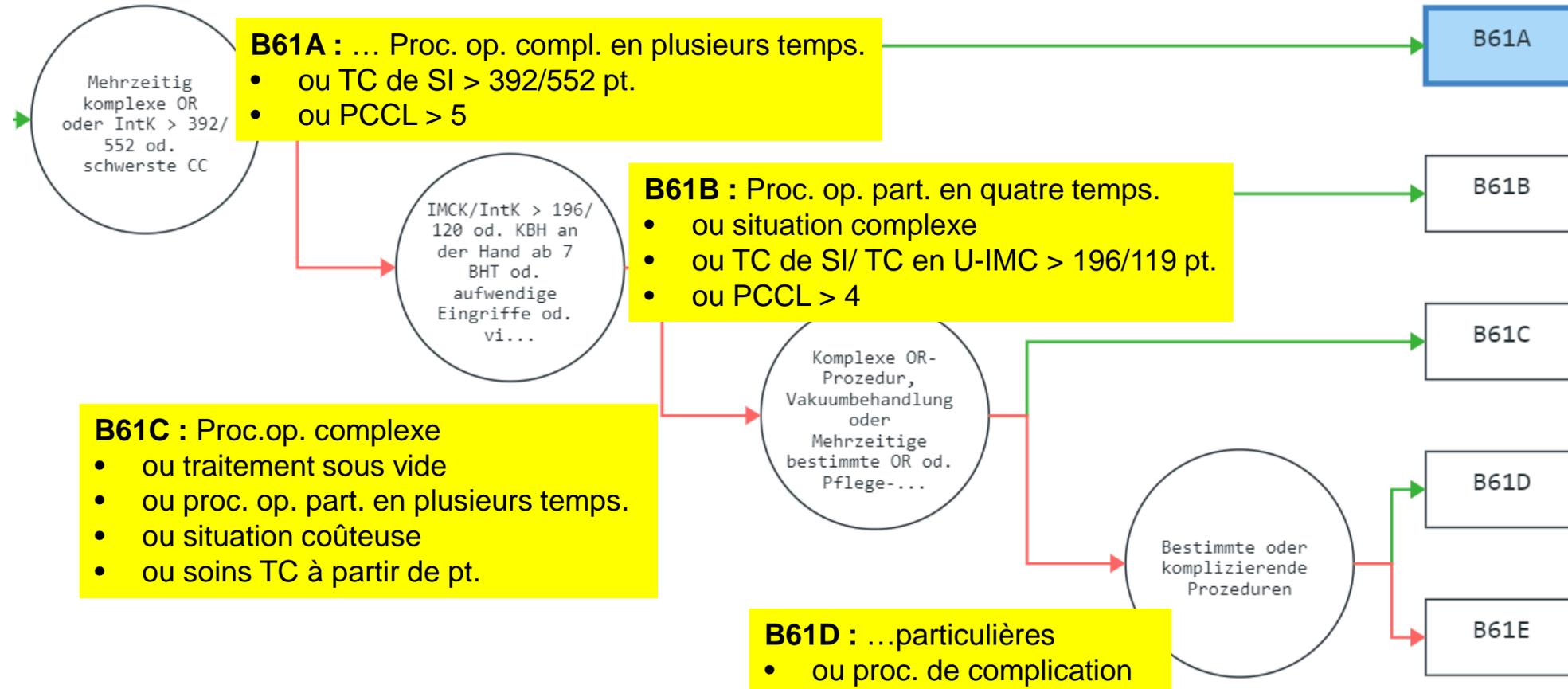
Transformation :

- 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

Traitement complexe à la main

Problème:

- 99.B6.2 - «*Traitement complexe de la main*» longue et coûteuse

Transformation:

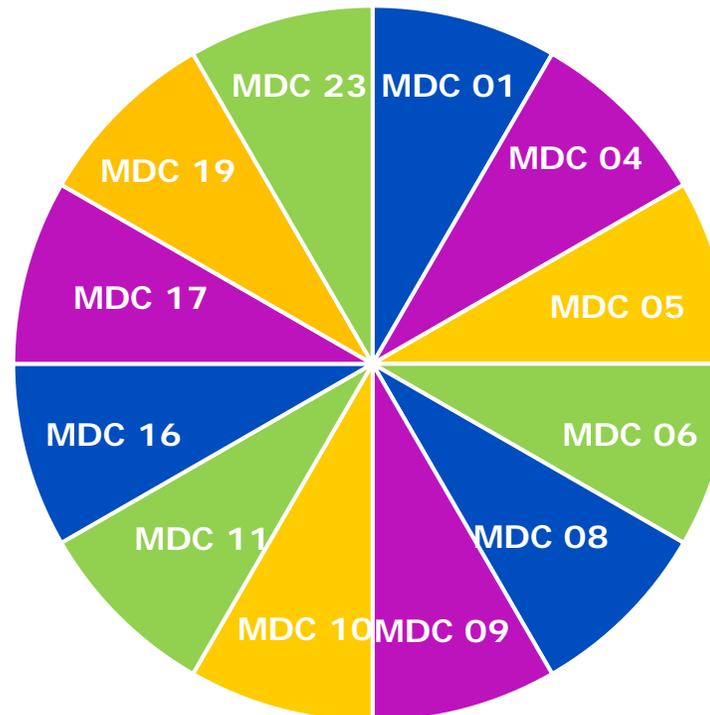
- Admission dans la fonction «*Procédures de complication*»
 - 99.B6.26 «*Traitement complexe de la main, d'au moins 7 à 13 jours de traitement*»
 - 99.B6.27 «*Traitement complexe de la main, d'au moins 14 à 20 jours de traitement*»
 - 99.B6.28 «*Traitement complexe de la main, 21 et plus de jours de traitement*»

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

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

Traitement sous vide

Remarque:

- Contenu des tableaux pour les fonctions globales VAC ; VAC I et VAC II incohérent

Transformation:

- Comparaison des tableaux et déplacement des codes CHOP par ex.
«Débridement chirurgical,...» OU *«Lavage péritonéal»*
- nouvelle admission des fonctions globales
 - VAC dans DRG A95B
 - VAC I dans DRG A95A; en association avec «Âge < 16 ans» dans DRG A43B
 - VAC II dans DRG A07B

Transformations globales des MDC

Traitement sous vide

Demande:

- Revalorisation des codes CHOP 86.88.I- «*Pose ou remplacement de système de thérapie par pression négative*» et 86.88.J- «*Pose ou remplacement de système de thérapie par pression négative*»
- surtout en cas de réalisation multiple

Transformation:

- Inclusion de la logique: «*Quadruple pose ou remplacement de système de thérapie par pression négative...*» codes CHOP 86.88.I- **avec** code CHOP 93.57.16ff «*Thérapie par pression négative continue, au moins 14 jours de traitement*» dans la fonction «*Procédures opératoires particulières en quatre temps*»

Transformations globales des MDC

Procédures opératoires particulières

Demande:

- Examen des codes CHOP 46.79.10 «*Suture d'autre lacération de l'intestin*», 57.0X.99 «*Drainage transurétral de la vessie, autre*», 83.14.1- «*Fasciotomie ou aponévrotomie –*», 83.65.14 «*Autre suture de muscle ou de fascia, paroi thoracique, abdomen et dos*», entre autres dans la fonction «*Procédures opératoires particulières*»

Transformation:

- Suppression des codes CHOP 46.79.10 «*Suture d'autre lacération de l'intestin*», 54.4X.10 «*Excision d'appendice épiploïque*», 83.14.1- «*Fasciotomie ou aponévrotomie...*», 83.65.- «*Autre suture de muscle ou de fascia...*», 76.2X.12 «*Résection (ostectomie modelante) d'os de la face*», 40.3X.2- «*Lymphadénectomie régionale dans le cadre d'une autre intervention*», 39.A1.12 «*Recours à un Cutting Sheath*»

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

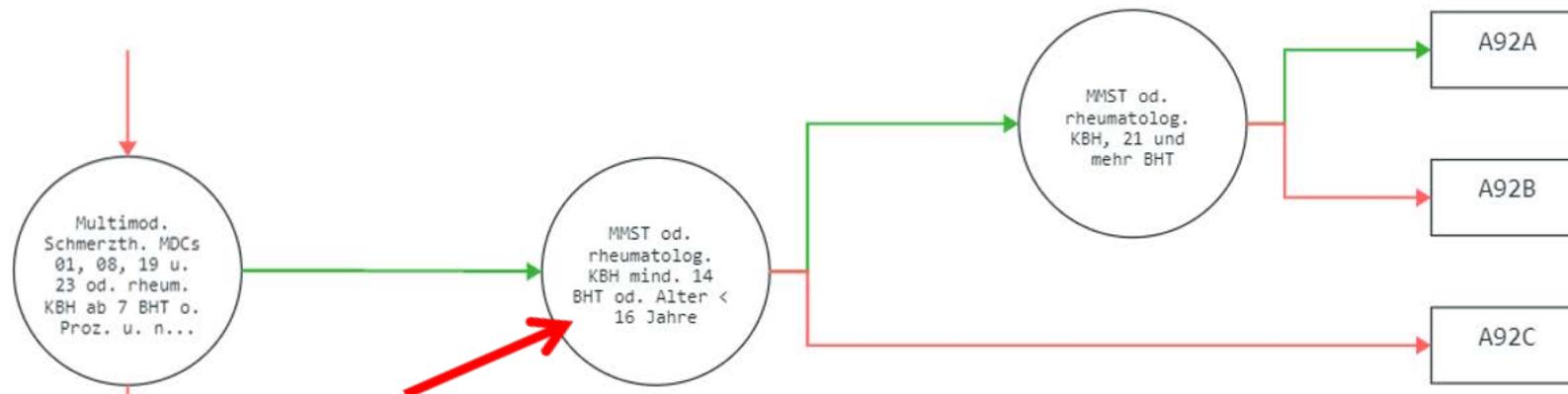
Traitement multimodal de la douleur

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)

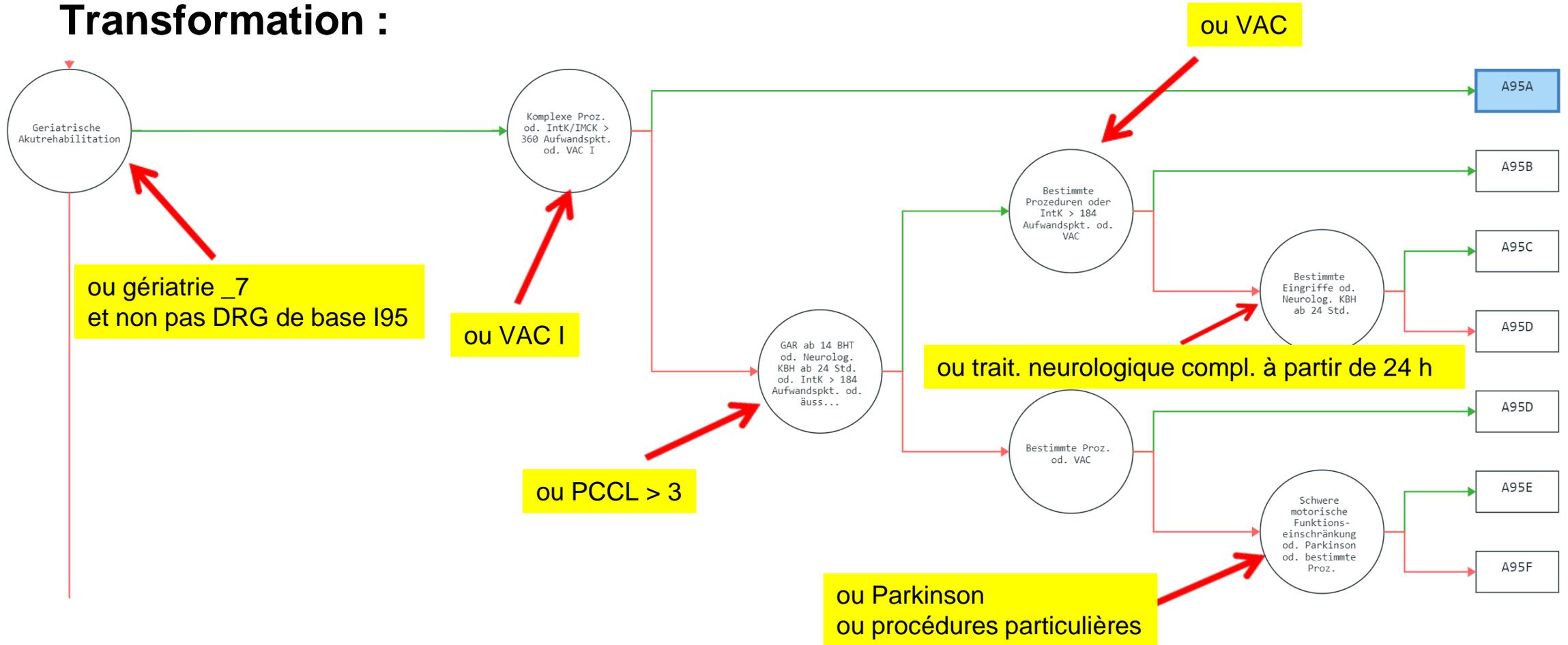
Demands :

- 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

Transformations globales des MDC

Traitement complexe de médecine palliative

Demande:

- Cas avec «*Traitement complexe de médecine palliative à partir de 7 jours de traitement*» et les interventions très coûteuses du MDC 03 dans le DRG de base A97 sous-rémunérées

Transformation:

- Ajout de codes CHOP à la fonction globale «*Procédures opératoires complexes (KORP)*»:
 - 86.7D.11 «*Plastie à lambeau libre microvascularisé et anastomosé, à la tête*»
 - 29.4X.1- «*Réparation plastique du pharynx, ...* »
 - 83.43.1- «*Prélèvement de lambeau pour greffe, ...* »
- Cas avec une «*KORP*» et «*TC de médecine palliative à partir de 28 jours de traitement*» OU «*TC de SI/TC en U-IMC points particuliers* » se regroupent désormais dans le DRG A97A

Transformations globales des MDC

Traitement complexe de médecine palliative

Demande:

- Cas avec «TC de médecine palliative à partir de 7 jours de traitement» et les interventions très coûteuses du MDC 06 dans le DRG de base A97 sous-rémunérées

Transformation:

- Ajout de codes CHOP à la fonction globale «Procédures opératoires complexes (KORP)»:
 - 46.41.11 / 46.43.11 «Nouvelle implantation de stomie de l'intestin grêle/de colostomie»
 - 46.12.1- / 46.15.1- «Colostomie terminale/Double colostomie, par chirurgie ouverte/par laparoscopie»
 - 46.25.1- / 46.26.1- «Jéjunostomie terminale/Double jéjunostomie, par chirurgie ouverte/par laparoscopie»
- Cas avec proc. op. complexe et «TC de médecine palliative à partir de 28 jours de traitement» ou «TC de SI/TC en U-IMC points particuliers» se regroupent désormais dans le DRG A97A

Transformations globales des MDC

Interventions sur les structures lymphatiques

Demande:

- Revalorisation du code CHOP 40.71.- «*Réparation et transplantation de structures lymphatiques par anastomose microchirurgicale*»
- Représentation non adéquate des cas avec DP du groupe ICD I97.8- «*Lymphoedème après un acte à visée diagnostique et thérapeutique*»

Transformation:

- Admission des codes CHOP dans la fonction «*Procédures op. complexes*» et dans les tableaux de procédures globales des MDC «*Transplantation de tissu avec anastomose microvasculaire*» et «*Interventions avec anastomose microvasculaire*»
- Déplacement des codes ICD en tant que diagnostic principal du MDC 05 «*Appareil circulatoire*» vers le MDC 09 «*Peau et glande mammaire*»

Transformations globales des MDC

Malnutrition

Demande:

- Revalorisation des codes ICD E40-E46 «*Malnutrition*», R64 «*Cachexie*», M62.5 «*Atrophie et fonte musculaires,...*» dans la matrice CC

Analyse:

- Revalorisation des codes dans la matrice CC n'est pas adéquate
- certains codes ICD en lien avec les codes CHOP 89.0A.42 - 44 «*Conseil/traitement diététique multimodal, plus de 7 jours de traitement*» ne sont parfois pas représentés de manière adéquate

Transformations globales des MDC

Malnutrition

Transformation:

- Codes ICD E40 «*Kwashiorkor*», E41 «*Marasme nutritionnel*», E42 «*Kwashiorkor avec marasme*» et E43 «*Malnutrition protéino-énergétique grave, sans précision*» **en lien avec** les codes CHOP 89.0A.42-44 «*Conseil/traitement diététique multimodal, plus de 7 jours de traitement*»
- dans le DRG E77C «*Autres infections et inflammations des organes respiratoires ...*»
- dans le DRG A95F «*Réadaptation gériatrique aiguë, de 7 à 13 jours de traitement avec...*»

Transformations globales des MDC

Opérations prophylactiques

Remarque:

- Rémunération différente pour une même intervention en fonction du diagnostic principal
- Z40.01 «Opération prophylactique de l'ovaire pour facteur de risque de tumeurs malignes»
→ DRG N04B
- Z40.08 «Opération prophylactique d'autres organes pour facteur de risque de tumeurs malignes»
→ DRG Z01Z

Transformation 1/2:

- Admission Z40.08 dans les MDC 12 et 13 (organes génitaux masculins/féminins)
- supprimé du MDC 23

Transformations globales des MDC

Opérations prophylactiques

Transformation 2/2:

- Admission dans le tableau tumeur maligne du sein dans les DRG de base J06, J08, J14, J23, J25, J62
 - Z80.3 «*Antécédents familiaux de tumeur maligne du sein*»
 - N60.1 «*Mastopathie kystique diffuse*»
- Suppression dans des DRG de base J06, J14, J23, J25:
 - Z42.1 «*Soins de contrôle comprenant une opération plastique du sein*»

Transformations globales des MDC

Adaptations des tableaux

Problème:

- les codes CHOP 85.2C.1-/86.2A.- «*Débridement chirurgical...*» et 86.88.-/86.A2.- «*Couverture temporaire de tissu mou...*» ne sont pas représentés de la même manière au sein des groupes

Transformation:

- Adaptation des tableaux avec mise à niveau globale des codes CHOP «*Débridement chirurgical...*» et «*Couverture temporaire de tissu mou...*» d'un groupe MDC

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
- Revalorisation de l'implantation **simultanée** d'électrodes et d'un neurostimulateur
- Examen / revalorisation Implantation d'électrodes permanentes vs. électrodes temporaires

Analyses :

- Interventions particulières ou interventions en plusieurs temps ne sont pas représentées de manière adéquate dans le DRG de base B21

Systeme nerveux MDC 01

Neurostimulateurs

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*»

Systeme nerveux MDC 01

Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale

Analyse:

- Hétérogénéité des coûts dans le DRG B36C «*Maladies et troubles du système nerveux avec traitement complexe de soins intensifs > 392/552 points*»

Transformation:

- Admission des codes CHOP 7A.73.1- «*Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse sans fusion des vertèbres*» à partir de 3 segments dans la fonction «*Procédures opératoires complexes*»
- Revalorisation des cas en lien avec «*TC de SI > 392/552 points*» dans le DRG B36B

Systeme nerveux MDC 01

Épilepsie

Demands:

- Revalorisation de diagnostics particuliers dans le DRG de base B76 «*Crises convulsives ou vidéo-EEG ou traitement complexe pour épilepsie à partir de 7 jours de traitement, plus d'un jour d'hospitalisation*»
- Examen d'un split avec «*PCCL > 2*» au sein du DRG de base B76

Analyse:

- les diagnostics mentionnés ne peuvent pas être utilisés comme critères de répartition
- Revalorisation dans la matrice CC adéquate uniquement dans certains cas

Systeme nerveux MDC 01

Épilepsie

Transformation:

- Admission du groupe ICD F72.- «*Retard mental grave*» dans la matrice CC
- Admission du critère de split «*PCCL > 2*» dans le DRG B76F
- en élargissant la condition de split dans le DRG de base B87 «*Maladies et troubles du système nerveux avec...*» et dans le DRG B87A avec «*PCCL > 4*» revalorisation des cas avec diagnostic secondaire correspondant

→ autres transformations se sont avérées inadéquates

Systeme nerveux MDC 01

Fusion

Problème:

- différents DRG avec un faible nombre de cas et/ou les conditions de split ne sont plus des séparateurs de coûts

Transformation:

- Fusion des DRG:
 - B68B et B68C → B68B «*Sclérose en plaques et ataxie cérébelleuse avec diagnostic particulier, plus d'un jour d'hospitalisation*»
 - B70B et B70C → B70B «*Apoplexie avec traitement neurologique complexe d'accident vasculaire cérébral aigu > 72 heures ou...*»
 - B70E et B70F → B70D «*Apoplexie avec autre traitement neurologique complexe d'accident vasculaire cérébral aigu < 73 heures ou...*»

O.R.L. MDC 03

Prothèse de l'articulation temporo-mandibulaire

Problème:

- Cas avec les codes CHOP 76.5X.60; -.61; -.70; -.71 «*Prothèse de l'articulation temporo-mandibulaire,..*» ne sont pas représentés de manière adéquate

Transformation:

- Admission des codes CHOP dans la condition de split pour le DRG D01A «*Implant cochléaire ou implantation d'une prothèse de l'articulation temporo-mandibulaire*»

→ Représentation adéquate

Organes respiratoires MDC 04

Fistule de la paroi thoracique

Demande:

- Revalorisation du code ICD J86.0 «*Pyothorax avec fistule*»

Analyses:

- Cas avec DP «*Pyothorax avec fistule*» généralement liée à des interventions multiples

Transformation:

- Admission de la fonction «*Procédures opératoires particulières en plusieurs temps*» dans le DRG de base E01 «*Interventions de révision, lobectomie bilatérale, radiothérapie avec intervention opératoire ou.....procédure opératoire particulière en plusieurs temps*»
- par conséquent une revalorisation des cas avec le code ICD J86.0

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...*»

Organes respiratoires MDC 04

Maladie chronique obstructive des voies respiratoires

Problème:

- Nombre de cas hétérogènes au sein du DRG E65A «*Maladies chroniques obstructives des voies respiratoires...*»
- DRG E65B et E65E «*PCCL – Splits*» ne sont plus des bons séparateurs de coûts

Transformation:

- Fusion des DRG E65A et E65B -> E65A
- E65A nouveau split «*PCCL > 3*»
- Revalorisation des cas avec PCCL > 2 dans le DRG E65B
- Suppression des DRG E65E et E65F

Organes respiratoires MDC 04

Planification d'irradiation

Problème:

- Représentation inadéquate des cas avec planification et/ou simulation d'irradiation dans le DRG de base E71 «*Néoplasmes des organes respiratoires, plus d'un jour d'hospitalisation*»

Transformation:

- Revalorisation de ces cas dans le DRG E71A «*Néoplasmes des organes respiratoires avec CC extrêmement sévères ou bronchoscopie rigide ou para/tétraplégie... plus d'un jour d'hospitalisation*»

Appareil circulatoire MDC 05

Soins intensifs

Demande:

- Examen de la logique «*step down*» / «*step up*» avec des points TC de SI et TC en U-IMC faibles au sein du MDC 05

Transformation:

- Admission de la logique «*step down*» / «*step up*» avec TC de SI et TC en U-IMC 185 - 552 points dans
 - DRG F03B et F03C «*Intervention valvulaire cardiaque avec cœur-poumon artificiel...*»
 - DRG F06A «*Opération de pontage coronarien, avec procédures opératoires complexes en plusieurs temps...*»
 - DRG F31B «*Autres interventions cardiothoraciques, avec...*» en lien avec «*PCCL*> 3»

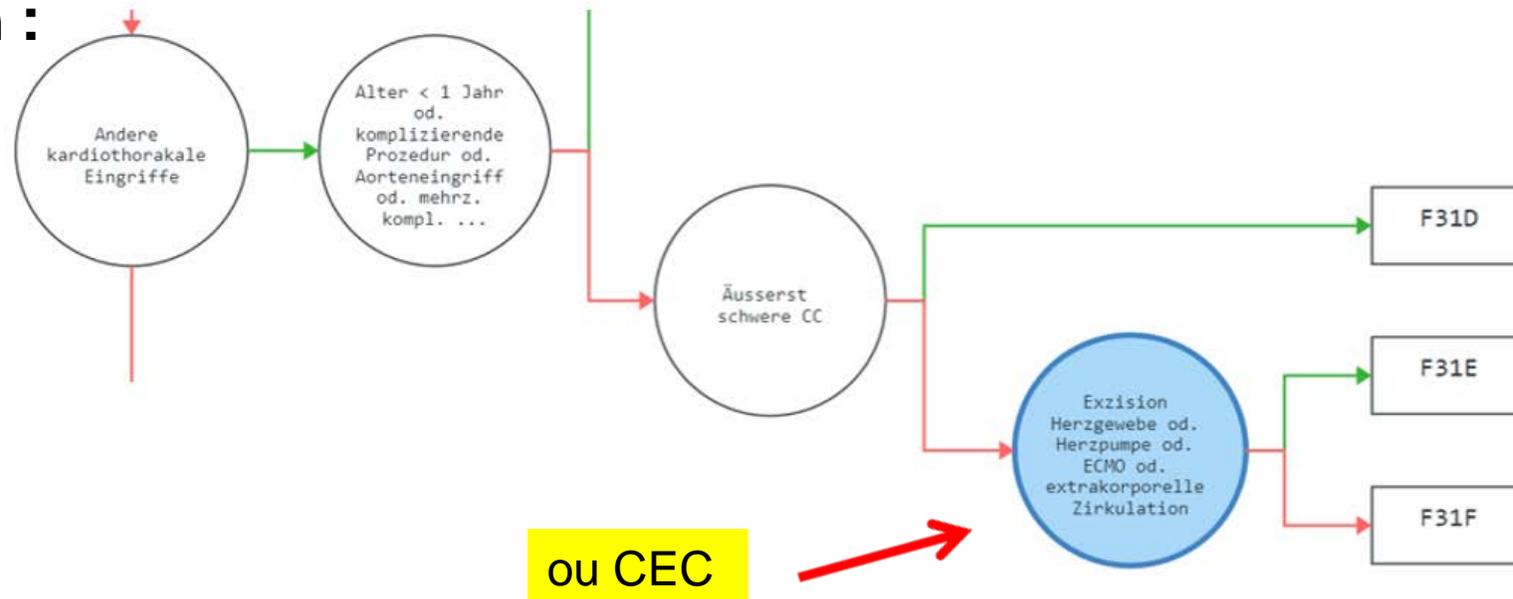
Appareil circulatoire MDC 05

Circulation extracorporelle [CEC]

Demande :

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

Transformation :



Appareil circulatoire MDC 05

Insuffisance (de la valvule) mitrale et tricuspideenne

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

Prélèvement endoscopique de vaisseaux

Demande:

- Prélèvement endoscopique de vaisseaux pour transplantation dans le DRG de base F06 «*Opération de pontage coronarien*» sous-rémunéré
- Coûts plus élevés en raison d'un système de prélèvement spécial
- Procédure établie avec un nombre croissant de cas

Transformation:

- nouveau tableau en split pour le DRG F06C avec code CHOP 38.6A «*Excision endoscopique d'un vaisseau sanguin pour transplantation*»

→ Rémunération adéquate de ces cas

Appareil circulatoire MDC 05

Cardio MEMS capteurs de pression

Demande:

- pas de représentation qui couvre les coûts de l'implantation mini-invasive d'un capteur de pression pour la surveillance téléométrique à distance de patients souffrant d'insuffisance cardiaque sévère

Transformation:

- Demande 2021 rejetée – faible nombre de cas et coûts d'implantation trop bas
- maintenant revalorisation du code CHOP 37.7A.51 «*Implantation d'un capteur de pression*» du DRG F12E dans le F12D

→ Représentation adéquate

Appareil circulatoire MDC 05

Shock Wave Lithotripsie

Demande:

- nouveau code d'intervention 00.66.37 «*Intervention vasculaire transluminale percutanée sur les coronaires par lithotripsie*» jusqu'à présent non servant au classement
- Examen d'une représentation adéquate dans le DRG de base F24 «*Angioplastie coronaire percutanée (ACTP)*»

Transformation:

- Code CHOP 00.66.37 «*Intervention vasculaire transluminale percutanée sur les coronaires par lithotripsie*» inclus dans le tableau «*Intervention complexe*»
- regrouper les cas en cas d'application multiple dans les DRG F24C ou F24D

Appareil circulatoire MDC 05

Ballonnets libérant des substances médicamenteuses

Remarque:

- Code CHOP 00.4C.13 «*Insertion de 3 ballonnets libérant des substances médicamenteuses*» et 00.4C.14 «*Insertion de ballonnets libérant des substances médicamenteuses, 4 ballonnets et plus*» dans le DRG F24D trop sous-évalué

Transformation:

- Revalorisation des codes CHOP dans le DRG F24C «*Angioplastie coronaire percutanée (ACTP) avec trois stents ou plus ou procédure complexe ou avec deux stents ou avec diagnostic de complication ou âge < 16 ans et insuffisance totale*»

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

Fermeture d'une fistule intestinale

Problème:

- Cas avec «*Fermeture chirurgicale ouverte /laparoscopique d'autre fistule intestinale*» codes CHOP 46.79.21/22 dans les DRG G13A «*Autres interventions sur l'intestin ou entérostomie avec CC extrêmement sévères ou diagnostic particulier*» sur-rémunérés
- Remarqué lors d'analyses internes

Transformation:

- Suppression des codes CHOP du split pour le DRG G13A

→ Rémunération améliorée pour les cas restants dans le DRG G13A

Organes digestifs MDC 06

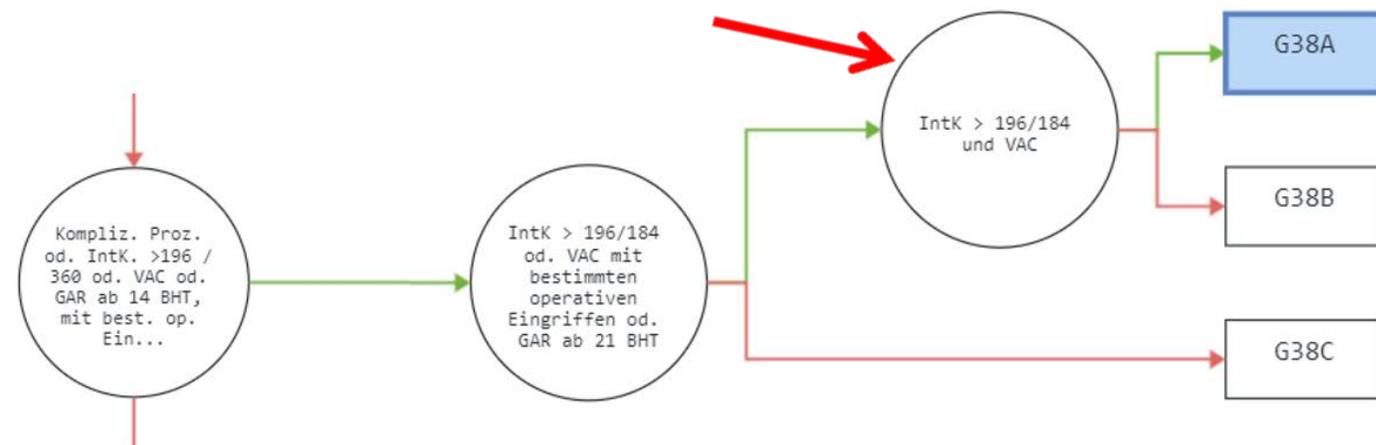
Traitement sous vide

Demande:

- large dispersion des coûts des cas dans les DRG G38A et G38B

Transformation:

- Condition pour le DRG G38A révisée «*TC de SI > 196/184 points*» ET «*Traitement sous vide*»
- nouveau DRG G38C



Organes digestifs MDC 06

Interventions particulières complexes pour néoformation maligne

Remarque:

- Hétérogénéité au sein du DRG G16Z «*Résection rectale complexe ou éviscération du petit bassin ou intervention pour néoformation maligne ou radiothérapie avec grande intervention abdominale*»

Transformation:

- Split du DRG G16Z sur la base des critères «*PCCL > 2*» ET «*TC de SI > 184 points*» OU «*Procédures opératoires particulières en plusieurs temps*»

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

Interventions pour hernies

Demande:

- Analyse de l'homogénéité au sein du DRG de base G09 «*Interventions pour hernies*»

Transformation:

- nouveau DRG G09A avec «*TC de SI ou TC en U-IMC > 119 points*» OU «*Traitement sous vide*»
- Élargissement de la condition de split pour le DRG G09D «*Interventions en plusieurs temps*» OU «*Interventions abdominales particulières*»
- Fusion des DRG G09E et G09G -> condition de split «*Interventions pour hernies (sauf hernies incisionnelles) avec transplant*» n'est plus un séparateur de coûts

Organes digestifs MDC 06

Autres procédures opératoires sur les organes digestifs

Demande:

- Analyse de l'homogénéité au sein du DRG de base DRG G12 «*Autres procédures opératoires sur les organes digestifs*»

Transformation:

- Inclusion d'un nouveau critère de split dans le DRG G12A avec le code CHOP 93.57.16 -.1E «*Thérapie par pression négative continue à partir de 14 jours*» et 86.88.11-.18 «*Pose ou remplacement de système de thérapie par pression négative*»

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

Demande:

- Analyse de la couverture des coûts pour des mesures telles que le clipping endoscopique ou les injections du tractus gastro-intestinal
- les interventions sont plus coûteuses qu'un simple OGD diagnostique

Transformation:

- Inclusion des codes CHOP 46.99.20 «*Clipping endoscopique du duodénum*»; 44.99.30 «*Injection dans l'estomac*»; 46.99.30 «*Injection dans le duodénum*» dans le tableau existant dans le DRG de base G46 «*Gastroscope ou ...*»
- et, par conséquent, une revalorisation dans le DRG G72A
- Tableau en plus inclus dans le split pour le DRG G86A «*..., un jour d'hospitalisation*»

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

Analyse :

- Cas sous-rémunérés dans les DRG de base G60; G64 et G87

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

Fusion

Problème:

- DRG de base H33 nombre de cas faible et/ou conditions de split ne sont plus des séparateurs de coûts

Transformation:

- Fusion des DRG:
 - H33A et H33B → H33Z «*Procédures opératoires complexes en plusieurs temps ou traitement sous vide complexe ou VAC avec intervention particulière ou intervention sur le pancréas ou le foie avec traitement complexe de soins intensifs > 196/360 points ou traitement complexe de soins intensifs particulier avec points de traitement complexe en unité de soins intermédiaires*»

Systeme hépatobiliaire MDC 07

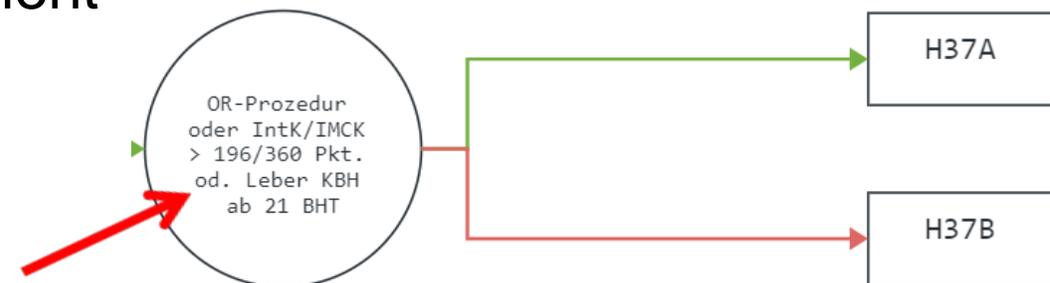
Traitement complexe de foie

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

Néoplasmes malins

Demande:

- large dispersion des cas dans le DRG H61B «*Néoplasme malin sur le système hépatobiliaire et le pancréas, plus d'un jour d'hospitalisation*»

Transformation:

- meilleure représentation des cas coûteux grâce à l'inclusion de la fonction «*Procédures de complication*» dans le split pour le DRG H61A



Systeme hépatobiliaire MDC 07

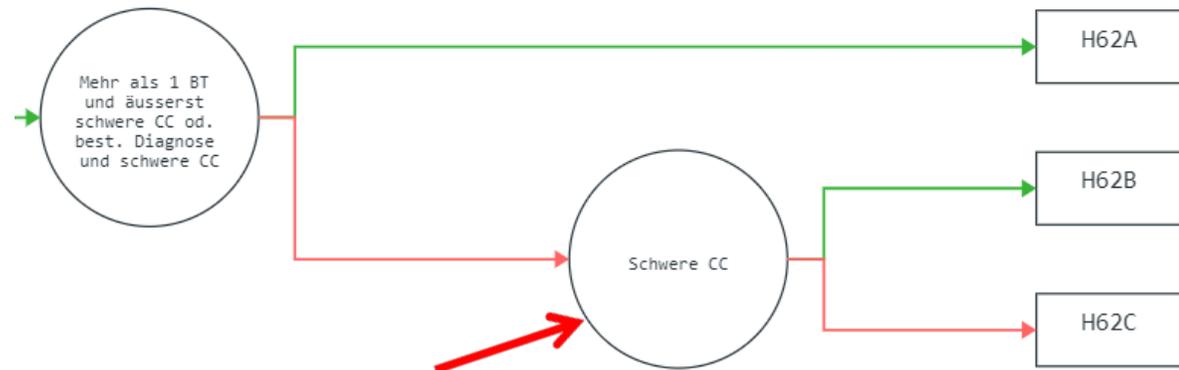
Affections du pancréas

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

Lésion des tissus mous

Demande:

- Lésion des tissus mous de stade II en lien avec CHOP 83.82.- «*Grefte de muscle et de fascia,..*» atteignent une augmentation significative du cost-weight
- Évaluation adéquate de la combinaison de codes et, le cas échéant, adaptation correspondante de la logique du système

Transformation:

- Tableau de diagnostic dans le DRG I02A «*Lésion des tissus mous de stade II ou III*» remplacé par «*Lésion des tissus mous de stade III*»

→ Rémunération adéquate

Systeme locomoteur MDC 08

Procédures particulières en plusieurs temps

Problème:

- Cas avec «*TC de SI / TC en U-IMC > 196/184 pt.*» non représentés de manière adéquate dans la partition opératoire
- souvent avec des «*Interventions en plusieurs temps*» par conséquent haute consommation de ressources

Transformation:

- Admission de la condition «*Procédures opératoires particulières en plusieurs temps*» en combinaison avec «*TC de SI / TC en U-IMC > 196/184 pt.*» dans le DRG de base I95
- Condition de split des DRG I95A et I95B plus de séparateur de coûts → fusion en DRG I95Z

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 :

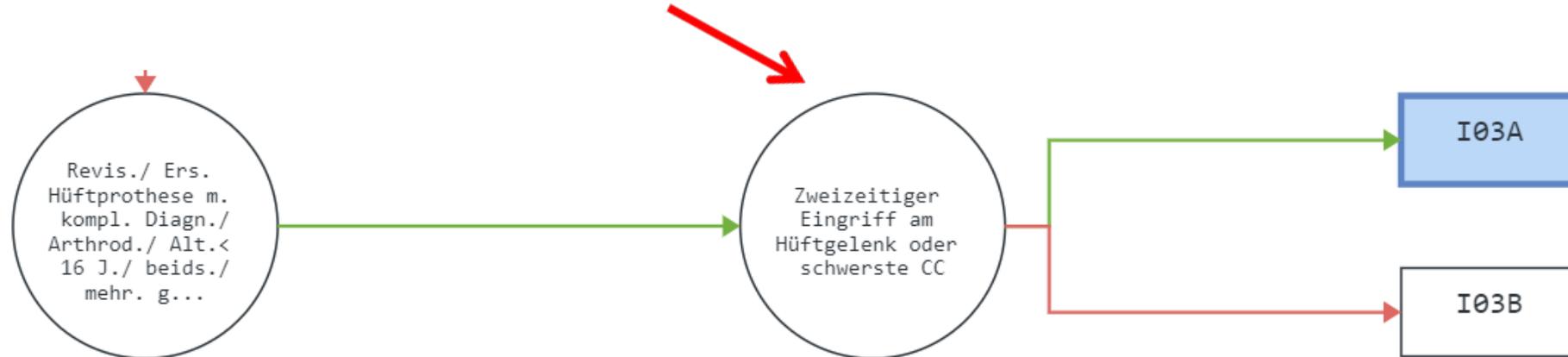
- Cas difficiles à identifier dans les données
- Échange intensif avec les demandeurs

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

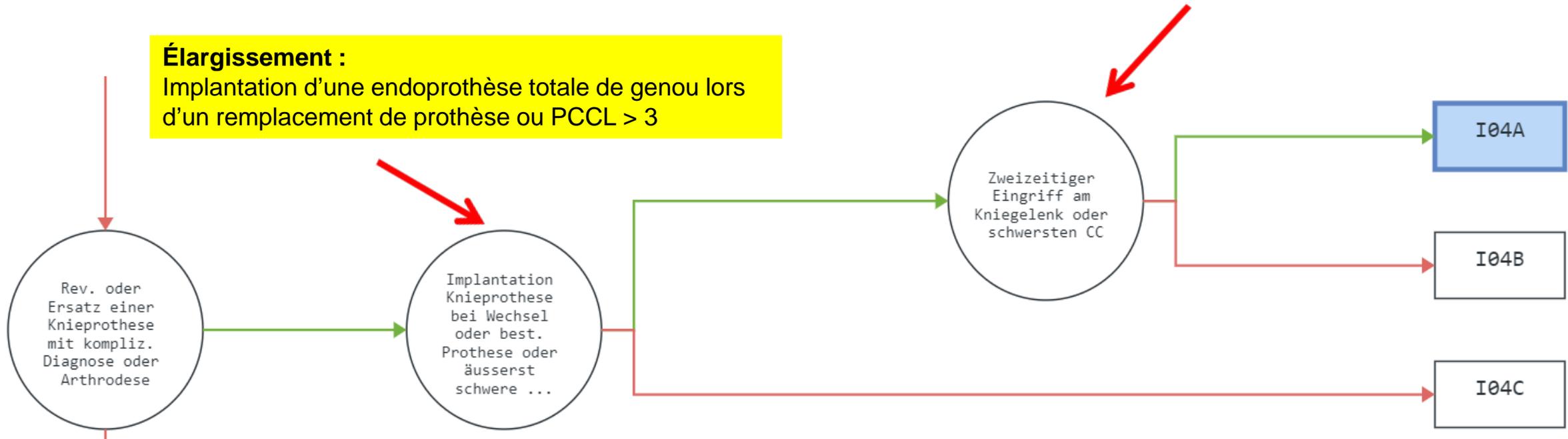
Remplacement de prothese en deux temps

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



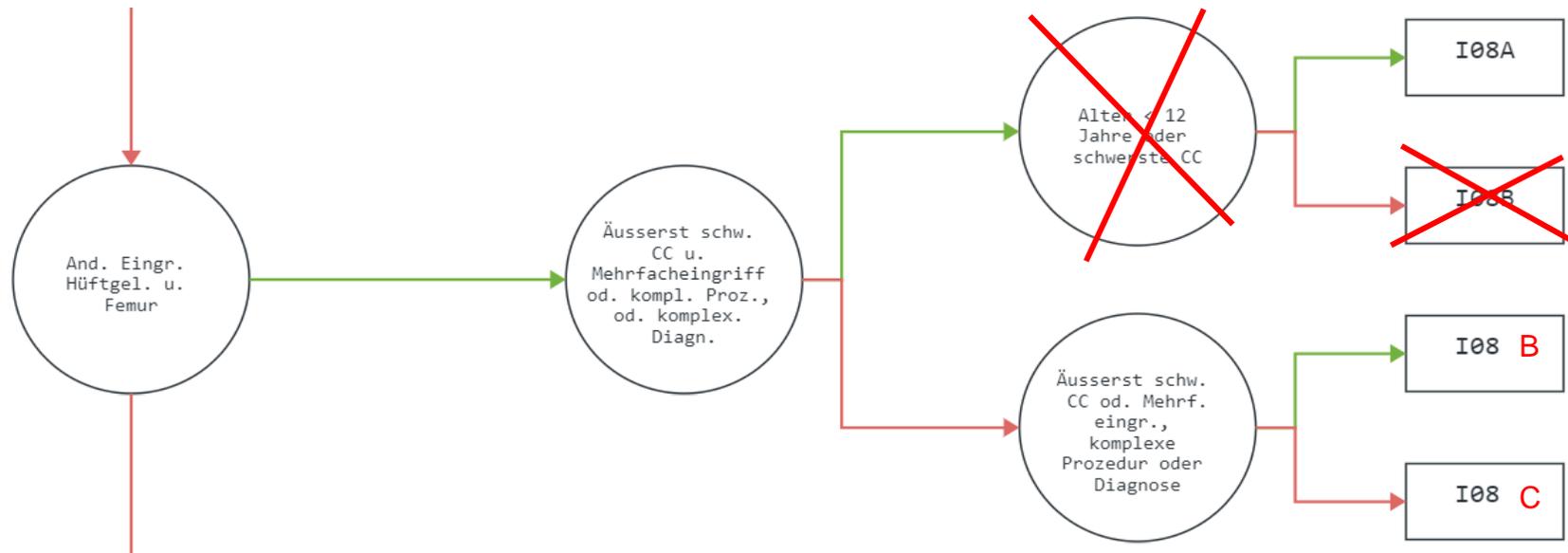
Systeme locomoteur MDC 08

Interventions sur l'articulation de la hanche et le femur

Problème:

- les DRG I08A et I08B ne présentent pratiquement pas de différences de coûts
- Condition de split n'est plus un séparateur de coûts

Transformation:



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

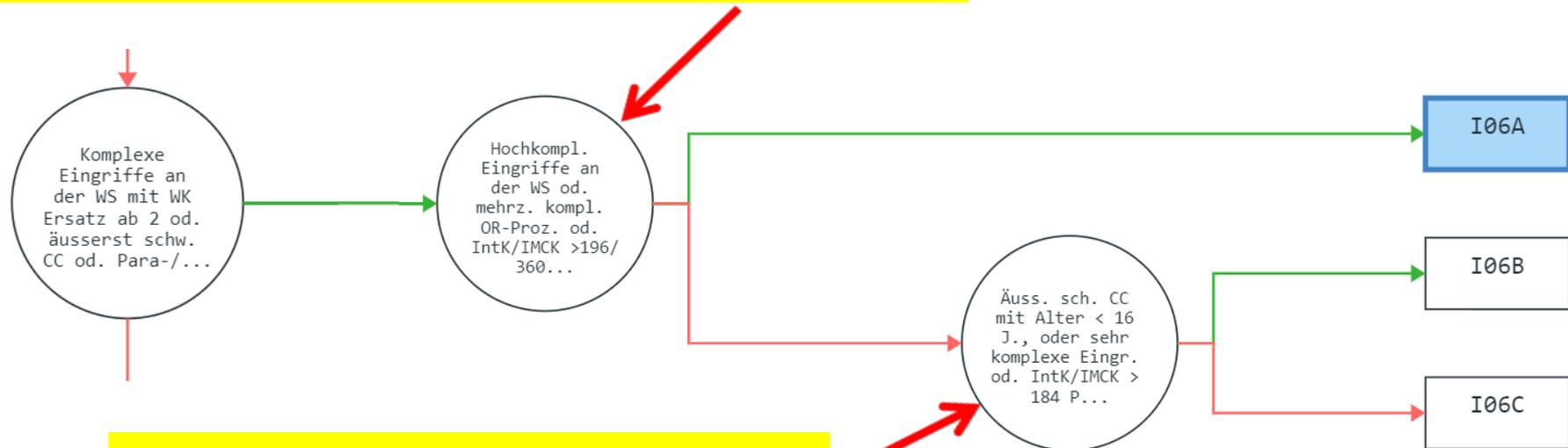
Systeme locomoteur MDC 08

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

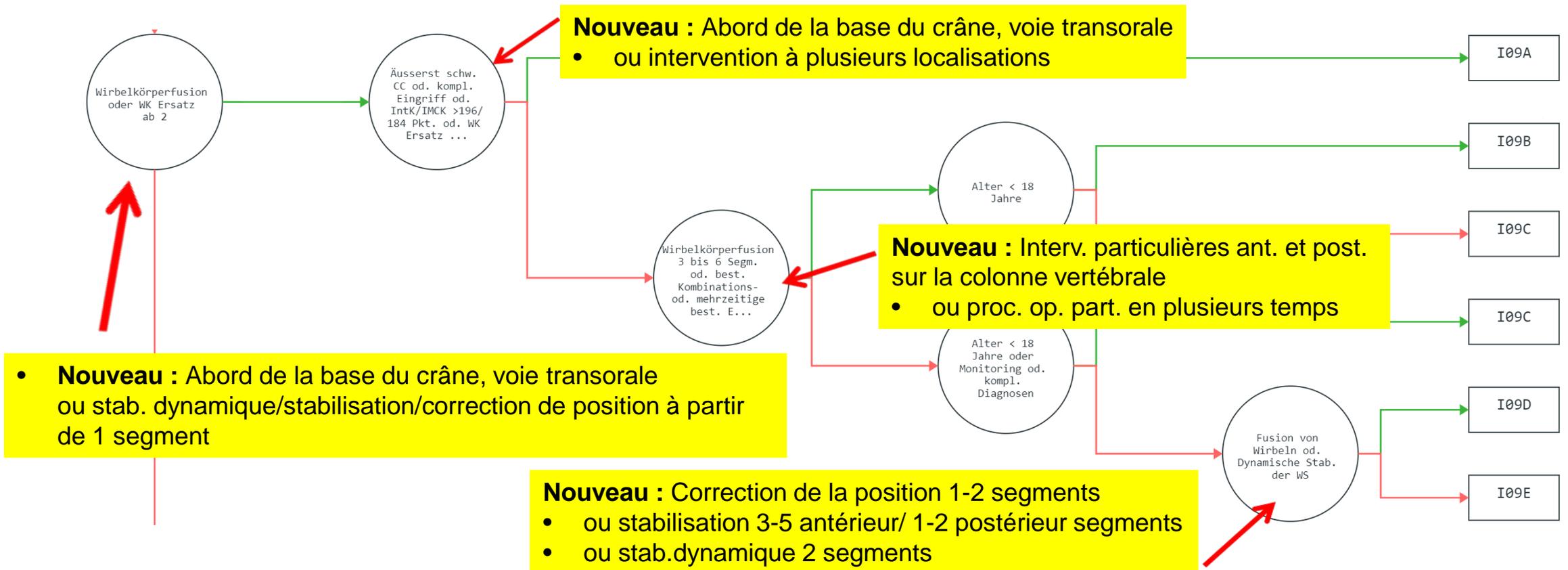
- ou stabilisation 7 segments
- ou correction de position 7 segments

Nouveau : Gériatrie_14

Systeme locomoteur MDC 08

Colonne vertébrale

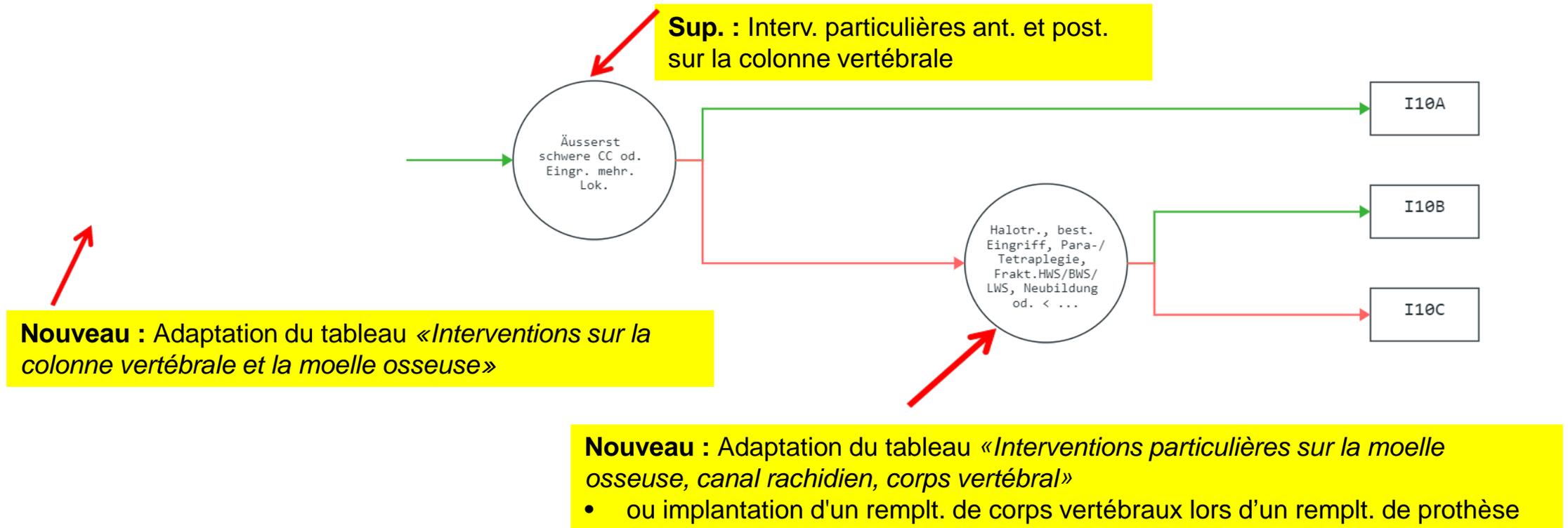
Transformation du DRG de base DRG I09 « Fusion de corps vertébraux ou.... » :



Systeme locomoteur MDC 08

Colonne vertébrale

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



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

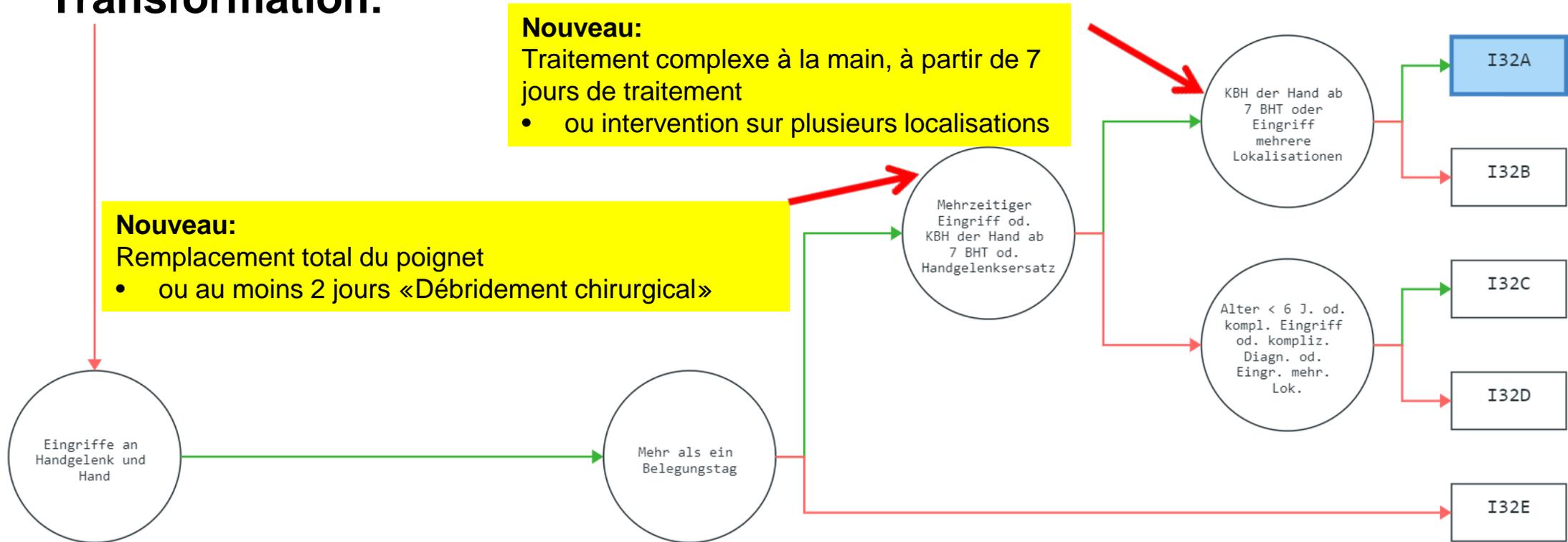
Analyse:

- 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

Néof ormation maligne sur les parties molles

Demande:

- Revalorisation des interventions sur les parties molles en cas de néof ormation maligne du bassin et des extrémités
- Cas dans le DRG I27C sous-rémunérés

Transformation:

- Inclusion de la logique: Code ICD «*Tumeur maligne: Tissu conjonctif et autres tissus mous,...*» en lien avec le code 83.82.2- «*Greffe de lambeau musculaire ou fascial local,...*»; 83.82.3- «*Greffe de lambeau ostéomyocutané ou ostéofasciocutané,..*» OU avec «*PCCL > 2*» dans le DRG I27A

Systeme locomoteur MDC 08

Split PCCL

Problème:

- dans le DRG de base I23 «*Interventions particulières à l'exception de l'articulation de la hanche et du fémur*» les cas avec une comorbidité élevée ne sont pas représentés de manière adéquate

Transformation:

- Condition de split pour le DRG I23A complétée par «*PCCL > 3*»

→ Rémunération adéquate des situations coûteuses

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

Interventions sur la glande mammaire sauf lors de néoformation maligne

Problème:

- Split du DRG J24A «*Enlèvement et implantation de prothèse ou mammoplastie*» n'est plus un séparateur de coûts

Transformation:

- DRG J24A et B fusionnés en → nouveau J24A «*Interventions sur la glande mammaire sauf lors de néoformation maligne avec intervention étendue*»

Peau et glande mammaire MDC 09

Tumeur maligne de la peau

Problème:

- C79.2 «*Tumeur maligne secondaire de la peau*» dans les tableaux des tumeurs malignes du sein

Transformation:

- C79.2 nouveau représenté dans le DRG de base J61 «*Affections (moyennement) sévères de la peau...*»
- Code retiré du tableau «*Néoplasmes malins de la glande mammaire*» donc aussi des DRG pour les interventions sur la glande mammaire pour néoplasme malin (J06,J14,J23,J25,J62)

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...*»

Peau et glande mammaire MDC 09

Epidermolyse

Problème:

- Cas avec diagnostic principal codes ICD Q81.1 «*Epidermolyse bulleuse létale*», Q81.2 «*Epidermolyse bulleuse dystrophique*» ne sont pas représentés de manière adéquate

Transformation:

- Revalorisation des codes ICD dans le DRG de base J61 «*Affections sévères ou moyennement sévères de la peau ou ulcère cutané lors de para/tétraplégie, plus d'un jour d'hospitalisation*»

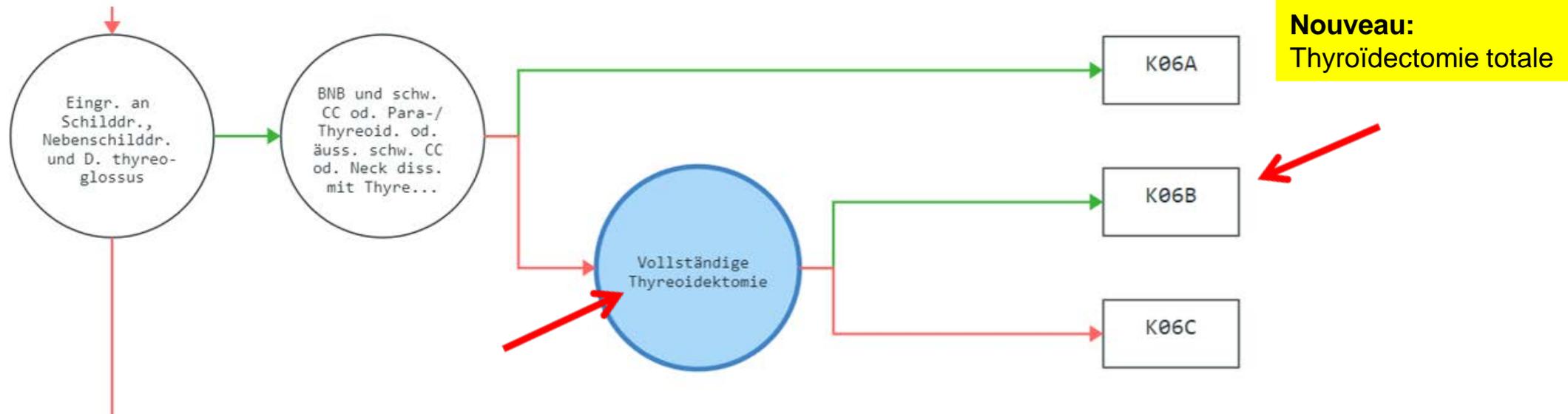
Maladies métaboliques MDC 10

Thyroidectomie

Demande:

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

Transformation:



Organes urinaires MDC 11

Exzision du rein

Problème:

- Code CHOP 55.33 «**Excision percutanée** de lésion ou de tissu du **rein**» et 55.39.20 «Autre **excision** ou destruction **locale** de lésion ou tissu du **rein**, destruction **percutanée transrénale**» représentés de manière différente

Transformation:

- Mise au même niveau des codes CHOP dans le DRG L20C «*Interventions transurétrales sauf résection de la prostate et urétérorénoscopies complexes, avec intervention complexe ou....*»

→ Rémunération adéquate

Organes urinaires MDC 11

Split pédiatrique

Problème:

- le split pédiatrique pour le L70A n'est plus adéquat
- DRG de base L70 «*Maladies et troubles des organes urinaires, un jour d'hospitalisation*»

Transformation:

- Cas avec les codes CHOP 59.8X.- «*Cathétérisme de l'uretère*» regrouper désormais dans le DRG L70A «*Maladies et troubles des organes urinaires avec cathétérisme de l'uretère, un jour d'hospitalisation*»
- Enfants < 16 ans sans procédure regrouper maintenant dans le DRG L70B «*Maladies et troubles des organes urinaires et âge < 16 ans, un jour d'hospitalisation*»
- Condition de split «*sauf lors d'insuffisance rénale*» chez les enfants a été supprimé

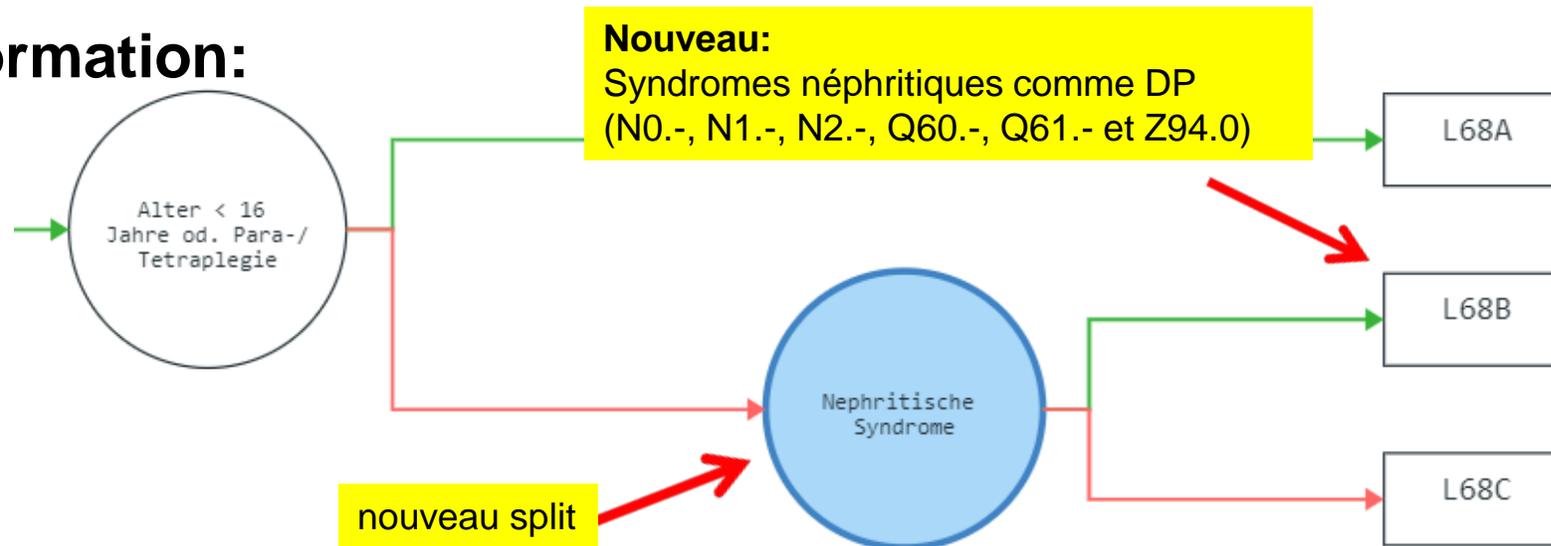
Organes urinaires MDC 11

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 urinaires MDC 11

Diagnostics complexes

Problème:

- Cas avec ICD D59.3 «*Syndrome hémolytique urémique*» et M31.1 «*Microangiopathie thrombotique*» ne sont pas représentés de manière adéquate

Transformation:

- Revalorisation du DRG L72Z dans le DRG L37B «*Maladies et troubles des organes urinaires avec traitement complexe de soins intensifs ou traitement complexe en U-IMC > 196/184 points...*» en lien avec «*Plasmaphèreses*» OU «*Dialyses*»

→ Représentation adéquate

Organes génitaux masculins MDC 12

Gangrène de Fournier

Demande:

- Revalorisation des interventions avec le code ICD N49.80 «*Gangrène de Fournier chez l'homme*»

Transformation:

- Code N49.80 en lien avec le code CHOP 61.- «*Excisions/incisions de testicules, de scrotum ou tunique vaginale*» dans le DRG de base M09
- Inclusion d'autres codes dans le tableau existant
 - 86.4- «*Excision radicale et étendue de tissu cutané et sous-cutané*»
 - 86.6- «*Transplantation de peau*»
 - 86.7- «*Plastie par lambeaux*»
 - 86.2A.- «*Débridement chirurgical, étendue grande*»

Organes génitaux masculins MDC 12

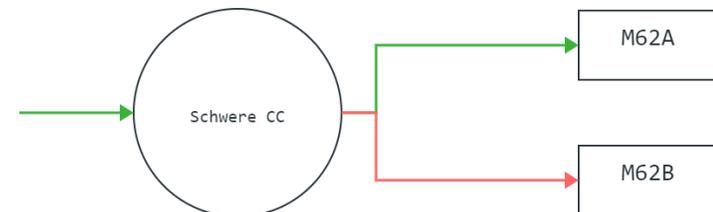
Prostatite aiguë vs. Cystite aiguë

Demande:

- Code ICD N41.0 «*Prostatite aiguë*» dans le DRG M62Z moins bien rémunéré que le code N30.0 «*Cystite aiguë*» dans le DRG L63D
- malgré un traitement coûteux avec une antibiothérapie et une durée de séjour plus longues

Transformation:

- Identifié dans le DRG M62Z comme critère de split séparant les coûts «*PCCL > 2*»



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 :

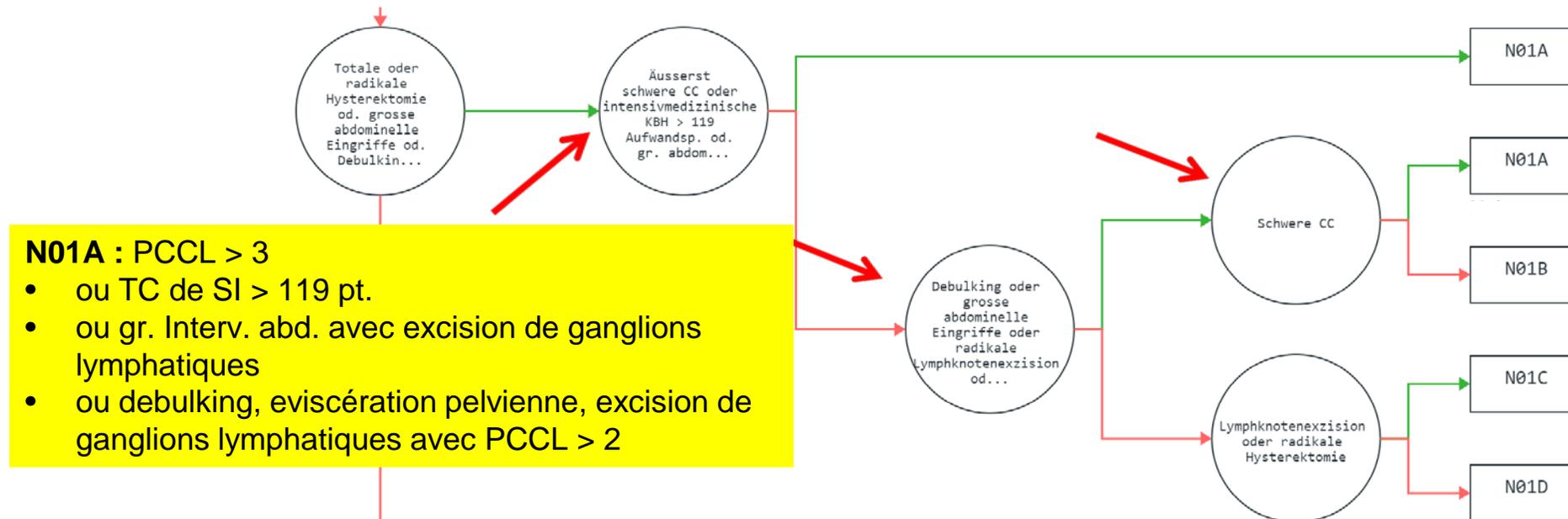
- Modifications approfondies dans les DRG de base N01 et N04
- nouveaux critères de split avec une logique plus compréhensible

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

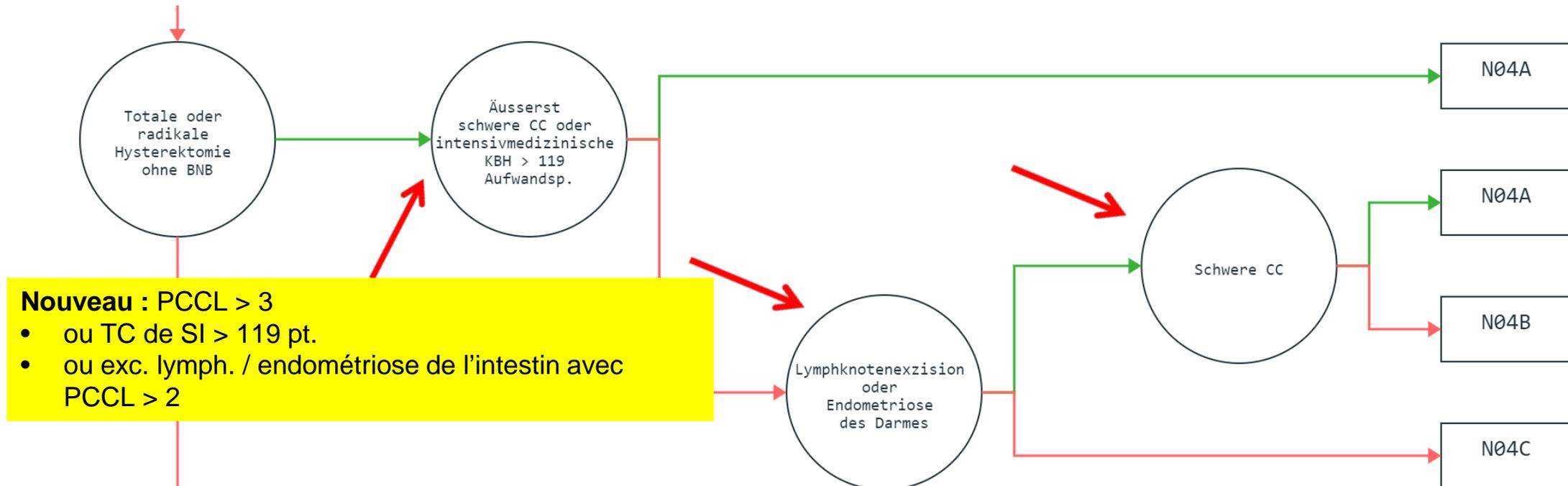


Organes génitaux féminins MDC 13

Hystérectomie (HE)

Transformation :

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



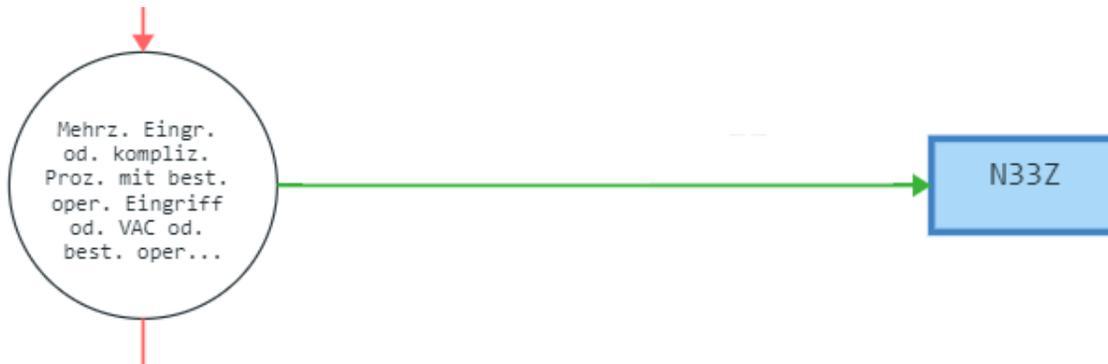
- les excisions de ganglions lymphatiques sont désormais représentées dans le DRG de base N06

Organes génitaux féminins MDC 13

Interventions en plusieurs temps

Autre transformation:

- DRG N33Z condition de split modifiée de «*Proc. op. particulières en quatre temps*» à «*Proc. op. particulières en plusieurs temps*» avec interventions particulières
- nouvelle admission «*PCCL > 4*» avec interventions particulières



Organes génitaux féminins MDC 13

Interventions réparatrices

Demande:

- Revaloriser la suspension laparoscopique et la fixation du vagin du DRG N06C

Transformation:

- Inclusion du code CHOP 70.77 «*Suspension et fixation du vagin*» dans le DRG N06B
- inclus dans le DRG N06B la condition supplémentaire CHOP 54.21.20 «*Laparoscopie, voie d'abord pour interventions chirurgicales (thérapeutiques)*»
- Colpectomie dévalorisée du DRG N06A au DRG N06B

→ dans tous les DRG de base N06 augmentation des cost-weights

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

Nouveau-nés MDC 15

Traitement complexe d'agents infectieux multirésistants

Demande:

- nouveau-nés avec code CHOP 93.59.50 «*Traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants, jusqu'à 6 jours de traitement*» regrouper dans le DRG P67D
- avec le code CHOP 99.84.25 «*Isolement contre l'infection par gouttelettes, jusqu'à 6 jours de traitement*» dans le DRG P67C
- examiner la mise au même niveau des codes

Transformation:

- Revalorisation des codes 93.59.50 – 93.59-53 «*Traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants, jusqu'à 6 jours de traitement - 21 jours et plus de traitement*» dans le DRG P67C

Nouveau-nés MDC 15

Naissances multiples

Remarque:

- Codes ICD Z38.3 - Z38.5 «*Enfants nés vivants selon le lieu de naissance, jumeaux....*» et Z38.6 - Z38.8 «*Enfants nés vivants selon le lieu de naissance, autres naissances multiples...*» surévalués dans le DRG de base P67

Transformation:

- Suppression de la condition de split «*Nouveau-né multiple*» du DRG P67B
«*Nouveau-né, poids à l'admission > 2499 g avec problème grave ou avec autre problème, plus d'un jour d'hospitalisation ou avec procédure opératoire non significative, avec diagnostic de complication ou situation particulière*»

Nouveau-nés MDC 15

Diagnostics coûteux

Remarque:

- Codes ICD P21.0 «*Asphyxie obstétricale grave*» et P07.2 «*Immaturité extrême*» dans le MDC 15 sous-évalués

Transformation:

- Déplacement des codes ICD du tableau «*Autres problèmes chez le nouveau-né*» dans la fonction «*Problèmes graves chez le nouveau-né*»
- Revalorisation et représentation adéquate

Nouveau-nés MDC 15

Problèmes graves

Analyses:

- Suppression des codes ICD:
 - I27.28 «*Autres hypertensions pulmonaires secondaires précisées*»
 - I27.8 «*Autres affections cardiopulmonaires précisées*»
 - I27.9 «*Affection cardiopulmonaire, sans précision*»
- à partir de fonctions du MDC 15 «*Autres problèmes chez le nouveau-né*» et «*Plusieurs problèmes graves chez le nouveau-né*»

Sang et système immunitaire MDC 16

Fusion

Problème:

- DRG avec un faible nombre de cas et/ou les conditions de split ne sont plus des séparateurs de coûts

Transformation:

- Fusion des DRG:
 - Q03A et Q03B → Q03Z «*Petites interventions pour maladies du sang, des organes hématopoïétiques et du système immunitaire*»

Néoformations MDC 17

Fusion

Problème:

- DRG avec un faible nombre de cas et/ou les conditions de split ne sont plus des séparateurs de coûts

Transformation:

- Fusion des DRG:
 - R50B et R50C → R50B «*Chimiothérapie hautement complexe, deux séries de traitement ou chimiothérapie hautement complexe avec isolement protecteur à partir de 14 jours de traitement ou traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196/360 points*»

Néoformations MDC 17

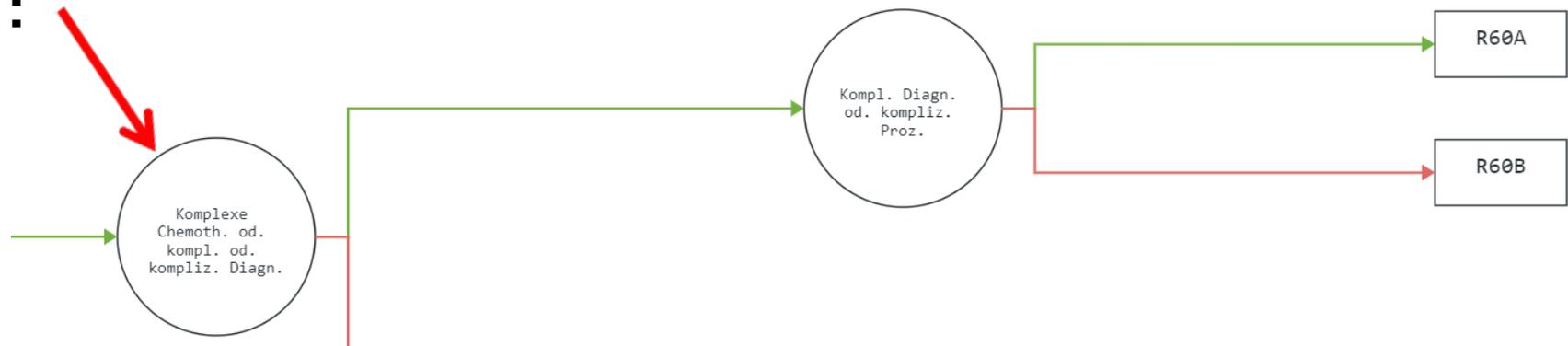
Prélèvement de cellules souches hématopoïétiques

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



Néoformations MDC 17

Split PCCL

Demande:

- Revalorisation des cas dans le DRG de base DRG R61 «*Lymphome et leucémie non aiguë, plus d'un jour d'hospitalisation*» avec «PCCL >3»

Transformation:

- Cas avec «PCCL > 2 et diagnostics particuliers» dans les DRG R61A et R61B revalorisés
- Élargissement de la condition de split pour les DRG R61A et R61B avec «PCCL > 3»
- Revalorisation des cas avec «PCCL > 2» dans le DRG R61C

Néoformations MDC 17

Fusion

Problème:

- DRG avec un faible nombre de cas et/ou les conditions de split ne sont plus des séparateurs de coûts

Transformation:

- Fusion des DRG:
 - R63D et R63E → R63D «Autre leucémie aiguë, plus d'un jour d'hospitalisation, âge < 18 ans avec chimiothérapie complexe»
 - R63F → R63E «Autre leucémie aiguë, plus d'un jour d'hospitalisation»
 - R63F supprimé

Infections MDC 18B

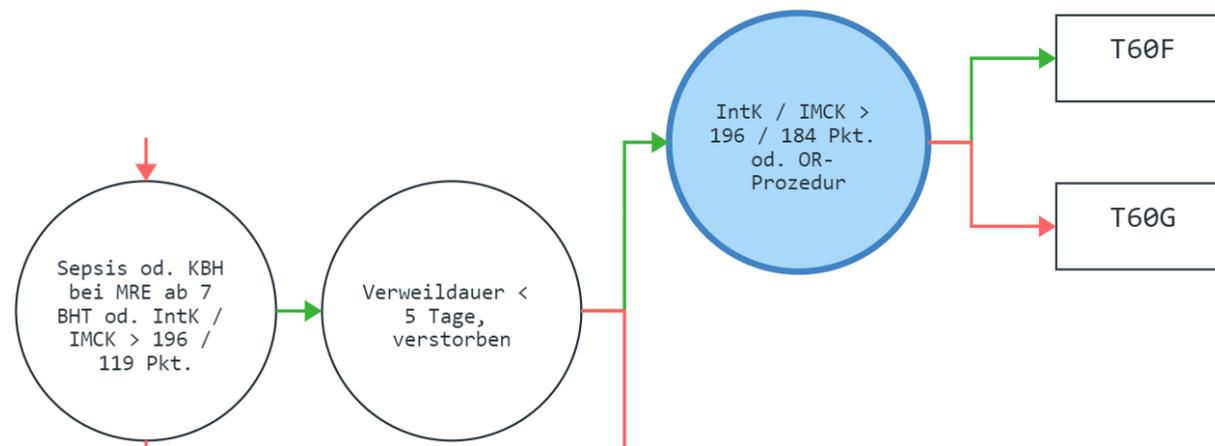
Procédures opératoires

Problème:

- les cas coûteux ne sont pas représentés de manière adéquate dans le DRG T60G «*Septicémie, décédé < 5 jours après admission*»

Transformation:

- Élargissement de la condition de split pour le DRG T60F avec «*Procédures opératoires*»



Maladies psychiques MDC 19

Féminisation du visage

Demande:

- Revalorisation des interventions de féminisation du visage dans le DRG de base U01 «*Opération de changement de sexe*»

Transformation:

- Revalorisation du code CHOP 76.2X.12 «*Résection (ostectomie modelante) d'os de la face*» dans le DRG U01A «*Opération de changement de sexe avec intervention complexe ou coûteuse*»

Maladies psychiques MDC 19

Cas complexes

Demande:

- Revalorisation des cas complexes dans le MDC 19 avec certains points de TC de SI ou TC en U-IMC ou plusieurs interventions

Analyse:

- TC de SI ou TC en U-IMC ne sont pas des séparateur de coûts

Transformation:

- par la revalorisation des cas complexes avec la fonction «*Procédures opératoires particulières en plusieurs temps*» dans le DRG U01A représentation adéquate

Maladies psychiques MDC 19

Fusion

Problème:

- DRG avec un faible nombre de cas et/ou les conditions de split ne sont plus des séparateurs de coûts

Transformation:

- Fusion des DRG:
 - U63A et U63B → U63Z «*Troubles affectifs ou hallucinatoires sévères, plus d'un jour d'hospitalisation*»

Réduction des incitations inopportunes DRG 901, 902

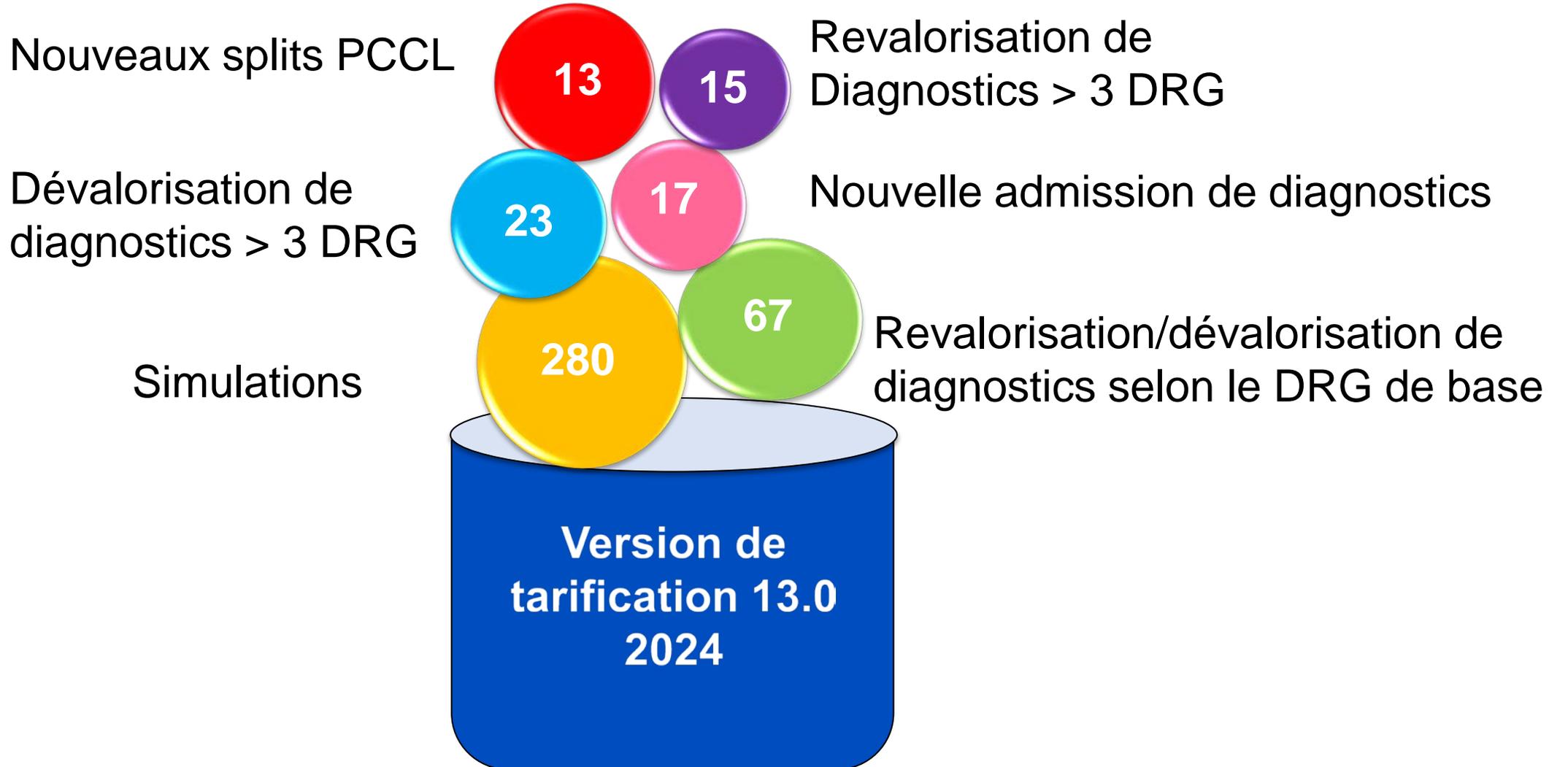
Analyse:

- Examen de routine des cas dans les DRG de base DRG 901, 902 «*Procédure opératoire (non) étendue sans rapport avec le diagnostic principal*»

Transformation:

- Inclusion de différents codes OR dans autres MDC, par ex.:
 - MDC 01, MDC 03, MDC 05, MDC 06, MDC 07, MDC 09 ...
«*Biopsie de la plèvre par voie thoracoscopique*»
 - MDC 21B «*Orchidectomie + autres interventions sur le testicule*»
 - MDC 01 «*Décompression osseuse de l'orbite + autre réparation d'anévrisme de vaisseaux intracrâniens*»
 - de MDC 03 à MDC 21B «*Barotraumatisme de l'oreille*» et «*Barotraumatisme des sinus*»

Matrice CC



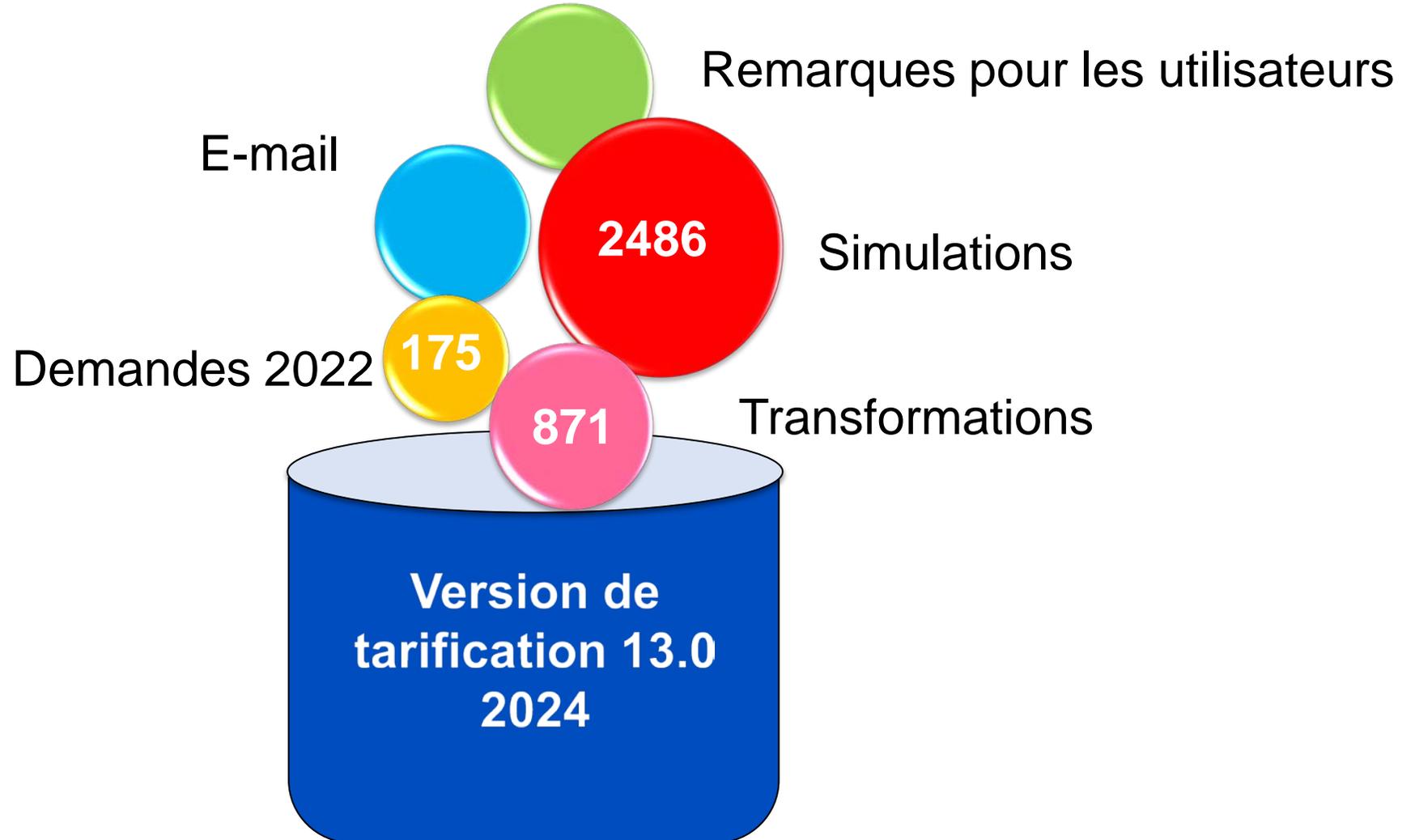
Révision de la classification des DRG

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 - CHOP

Adaptation importante des rémunérations supplémentaires existantes:

ZE-2024-122

- Code CHOP pour technique de greffe parallèle (39.73.36, 39.73.37) intégré dans RS

ZE-2024-123

- Code CHOP pour technique de greffe parallèle (39.71.31, 39.71.32) intégré dans RS

ZE-2024-152

- Code CHOP pour technique de greffe parallèle (39.7A.22) intégré dans RS

Rémunérations supplémentaires - ATC

Établissement de nouvelles rémunérations supplémentaires :

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

Suppression des rémunérations supplémentaires :

- Erlotinib
- Trastuzumab, sous-cutané

Remarque:

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

Rémunérations supplémentaires - ATC

Autres adaptations des rémunérations supplémentaires (ATC):

- Élargissement des classes de dosage à 26 ZE vers le haut
- Élargissement et/ou nouveau regroupement des classes de dosage à 7 ZE vers le bas
- Suppression de la classe de dosage la plus basse à 4 ZE (en particulier Lénalidomide)
- Suppression des classes de dosage pour enfants à 2 ZE (Caspofungine, Pegfilgrastim)
- Adaptation de la classe de dosage enfants pour immunoglobuline humaine pour l'administration intravasculaire (nouveau : 2 classes de dosage pour enfants au lieu de 3)
- Ajout d'une indication supplémentaire pour l'iloprost (pour IV, l'ICD a été spécifié)

Rémunérations supplémentaires – ZE spéciales

Représentation d'autres médicaments :

- pour les médicaments suivants, les prix LS sans rabais sont représentés dans le catalogue RS
- nous ne disposons pas d'informations sur les accords de prix confidentiels avec l'OFSP

→ Onasemnogène abéparovec (Zolgensma, ZE 169)

→ Voretigène Néparovec (Luxturna, ZE 191)

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

Rémunérations supplémentaires – Taxe sur la valeur ajoutée

- après la votation sur l'AVS du 25 septembre 2022 décision d'augmenter les taux de TVA au 01.01.2024
- nouveaux taux de TVA pris en compte dans le calcul des prix des rémunérations supplémentaires pour les implants, les produits sanguins et les médicaments
- Rémunération supplémentaire pour les procédures coûteuses non adaptée, car évaluation indépendante de la TVA

Description	Jusqu'ici	Nouveau	Produits
Taux normal	7.7%	8.1%	implants
Taux réduit	2.5%	2.6%	produits sanguins, médicaments

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 :

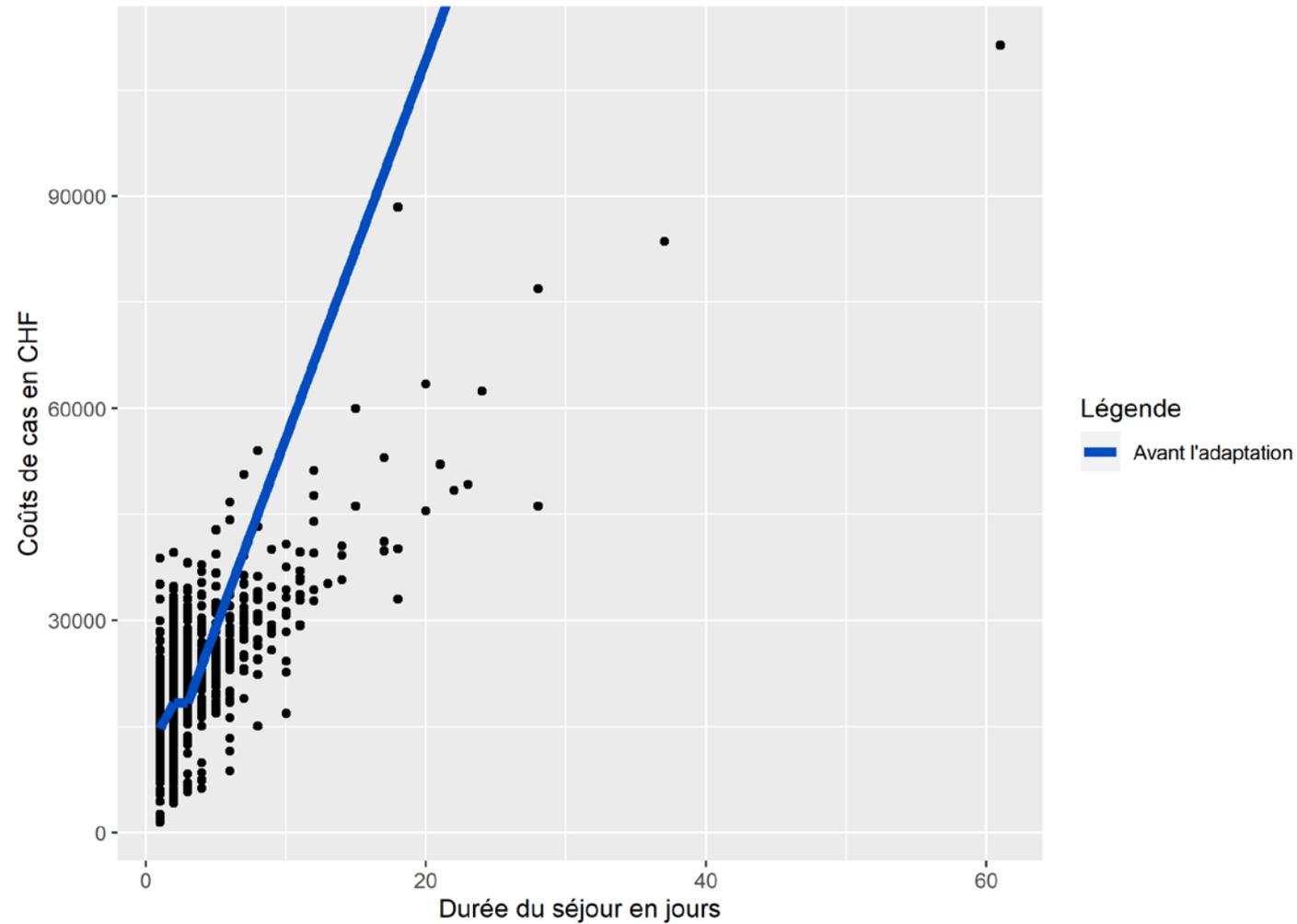
- Traitements comportant une part importante de coûts de matériel médical (v103) en rapport avec la prestation principale (p. ex. cathéter)
- V103 est jusqu'à présent défini comme une composante de coûts mixtes
- fort impact sur les suppléments et les déductions des DRG concernés
- Création potentielle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

Mesure :

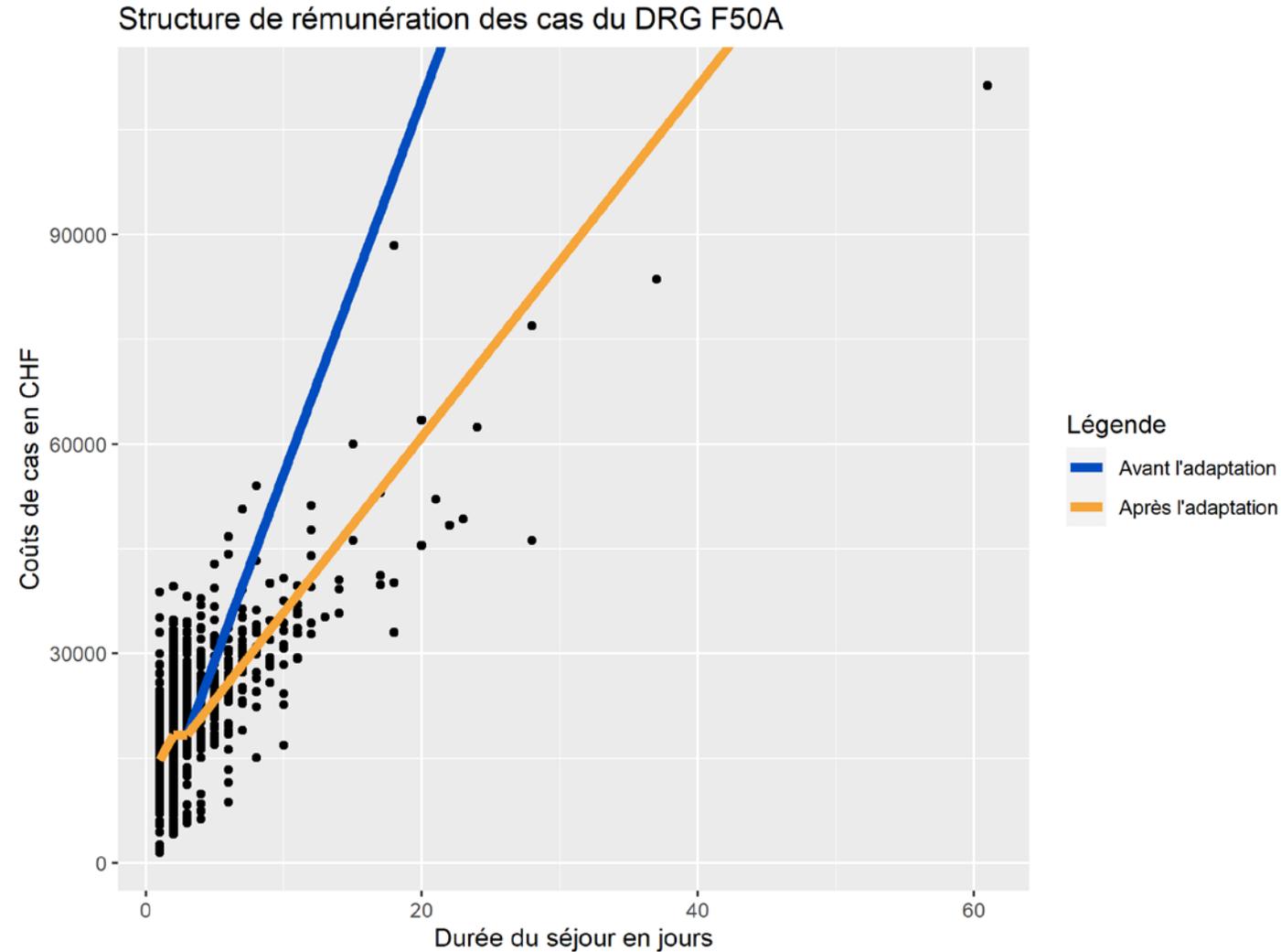
- V103 est désormais déplacé vers les coûts principaux si nécessaire pour certains DRG

Attribution dynamique du matériel médical

Structure de rémunération des cas du DRG F50A



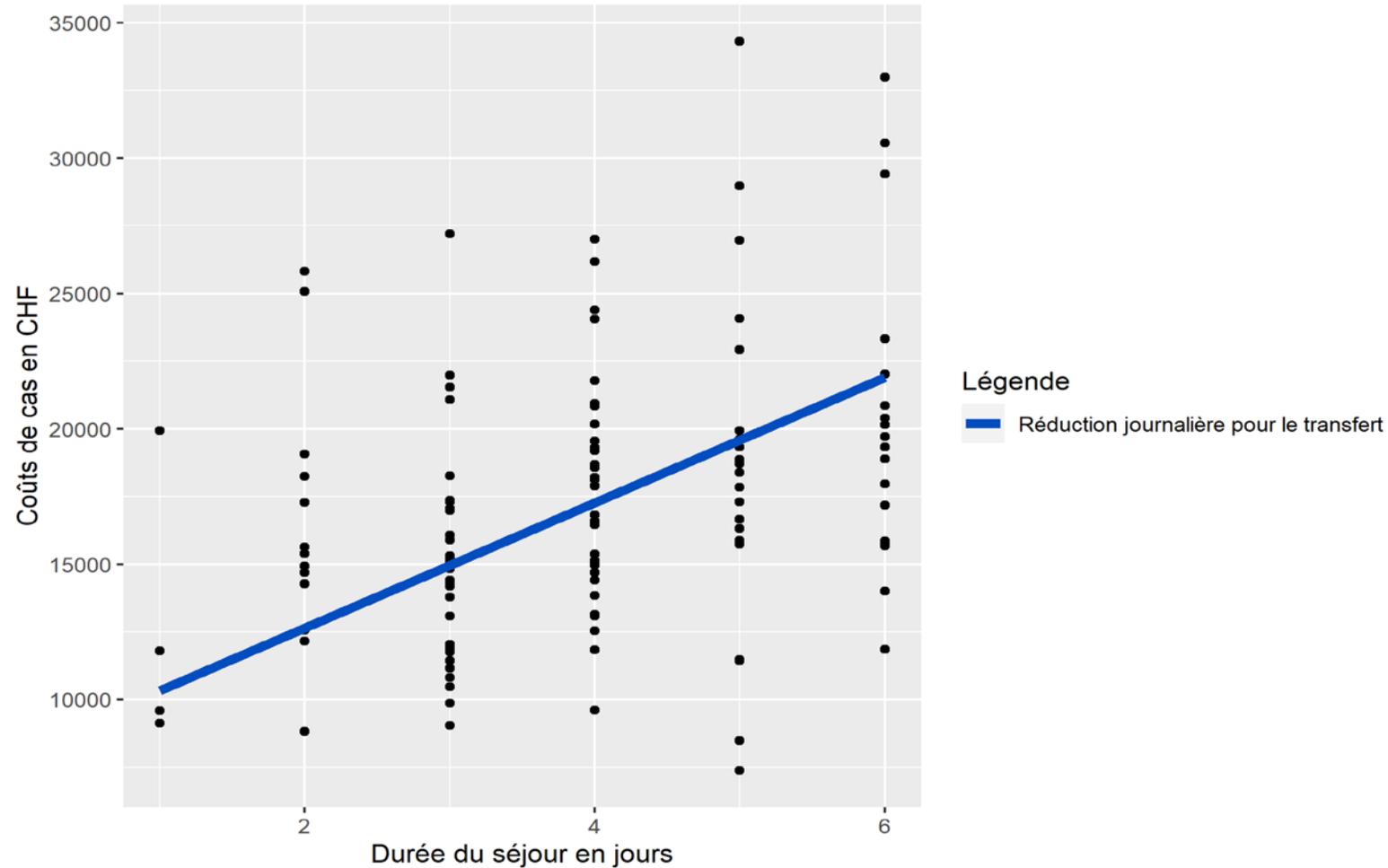
Attribution dynamique du matériel médical



Calcul de la réduction pour transfert journalier

Structure de rémunération du DRG F24B

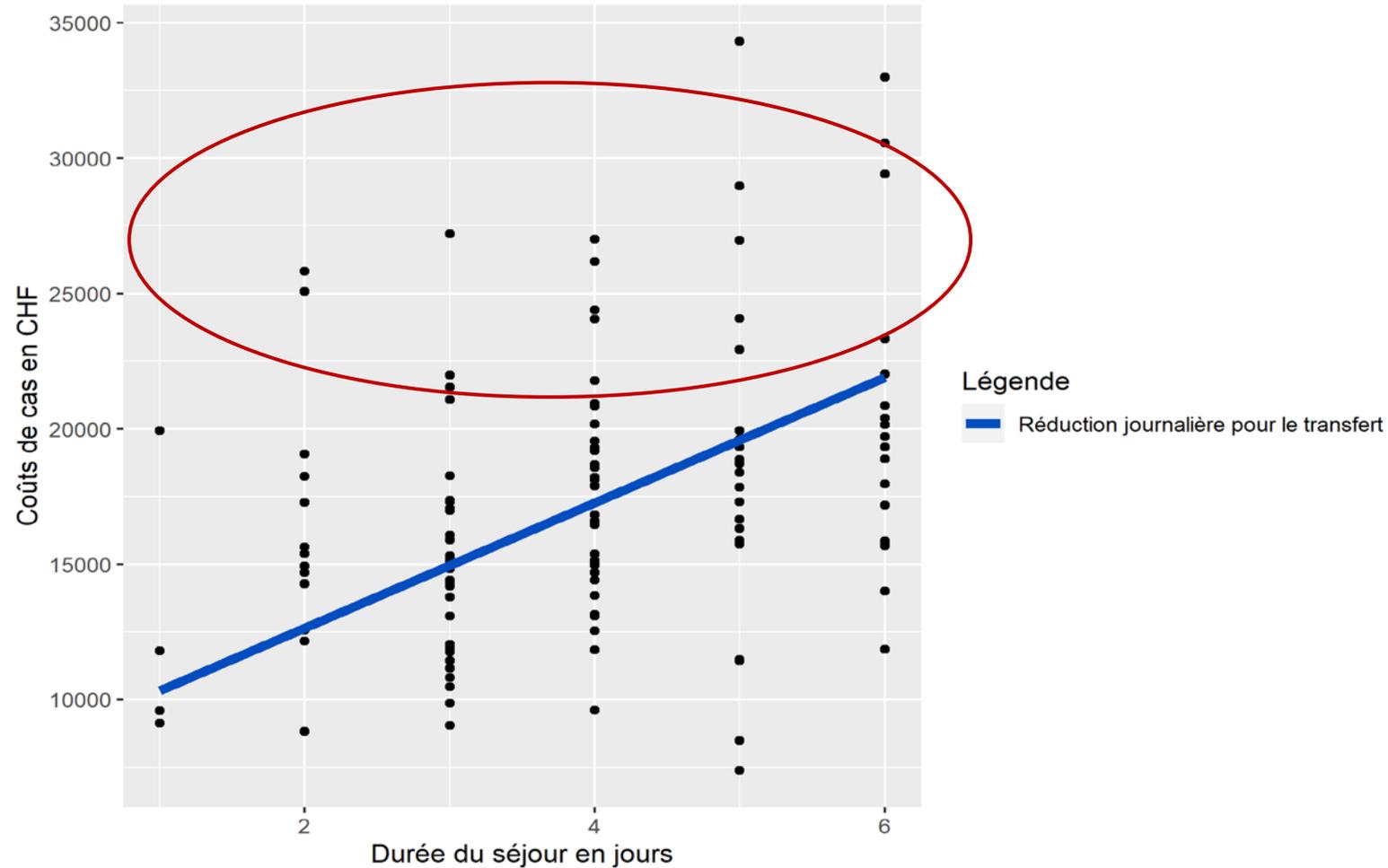
Seuls les cas transférés en dessous de la durée moyenne de séjour sont affichés



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

- La formule de calcul de la réduction pour transfert journalier (TJ) a été adaptée
- Nouvelle définition de la limite déterminante pour la TJ :

$$g = \begin{cases} mVD_i^{Inlier} - 1, & \text{si } mVD_i^{Inlier} \geq 3 \\ mVD_i^{Inlier}, & \text{sinon} \end{cases}$$

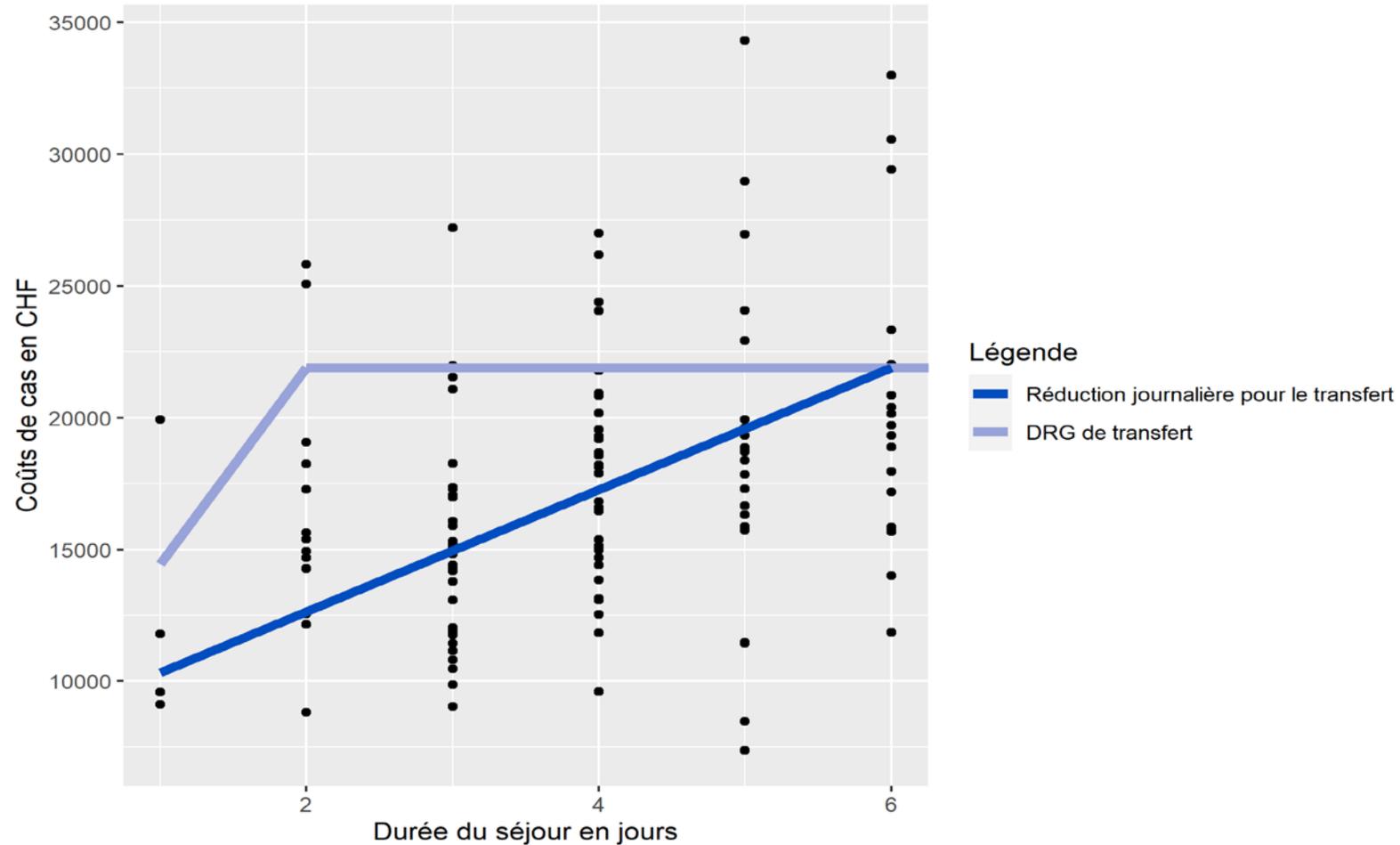
- Cette limite est utilisée pour le calcul de la TJ :

$$\text{Réduction } TRANSF_i^{CHF} = \begin{cases} \frac{mDK_i^{Inlier}}{\lfloor g \rfloor}, & \text{s'il n'y a pas d'UGV}_i \\ \frac{\text{RéductionLOW}_i^{CHF}}{(\lfloor g \rfloor - 1)}, & \text{Si DRG impl. et } \frac{\text{medGK}_i^{\text{Low Outlier}}}{mGK_i^{Inliers}^{CHF}} < \frac{1}{2} \\ \frac{\text{RéductionLOW}_i^{CHF} (UGV_i - x)}{(\lfloor g \rfloor - x)}, & \text{sinon; avec } x = \frac{1}{\lfloor mVD_i^{Inlier} \rfloor - UGV_{i+1}} \end{cases}$$

Calcul de la réduction pour transfert journalier

Structure de rémunération du DRG F24B

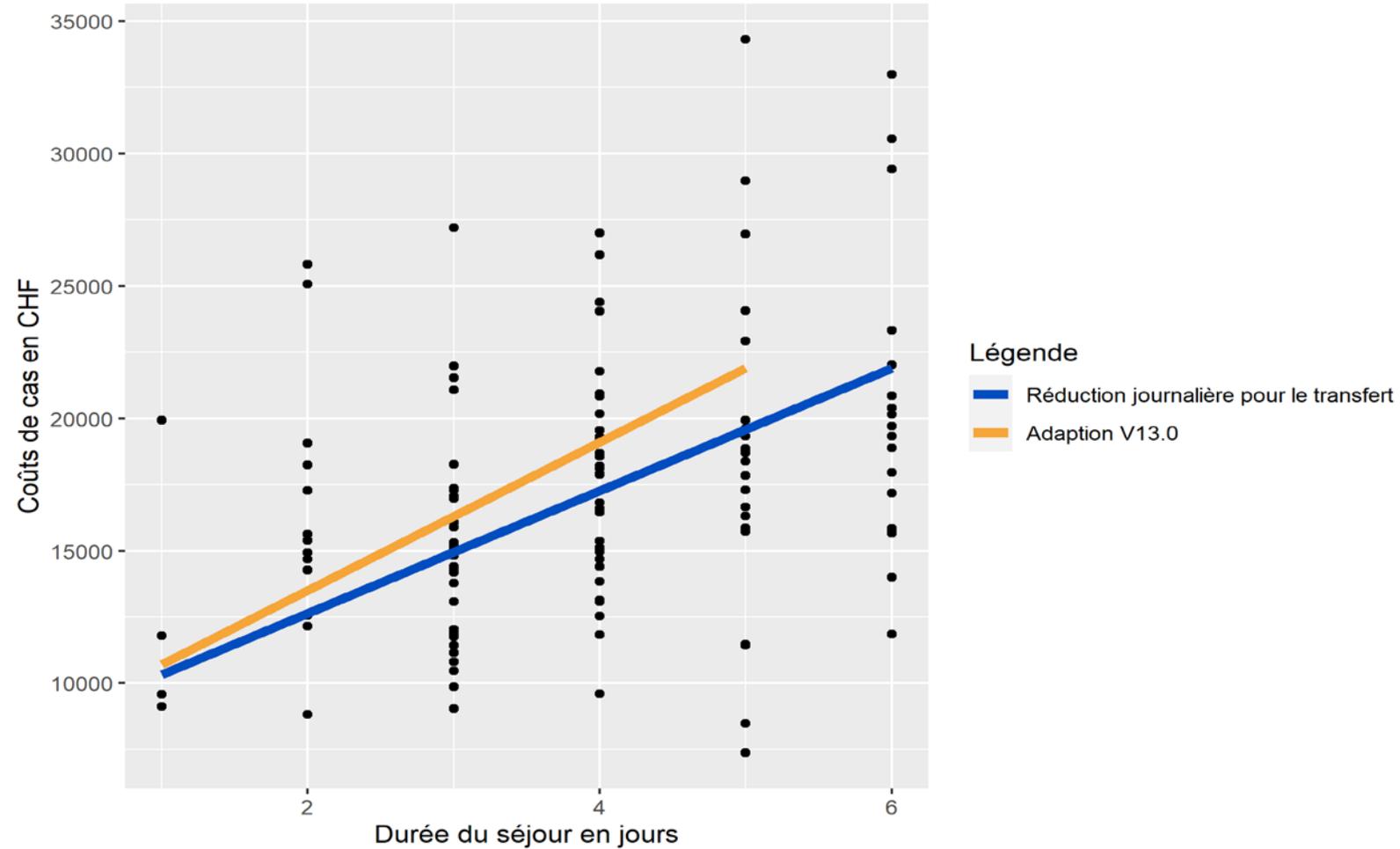
Seuls les cas transférés en dessous de la durée moyenne de séjour sont affichés



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

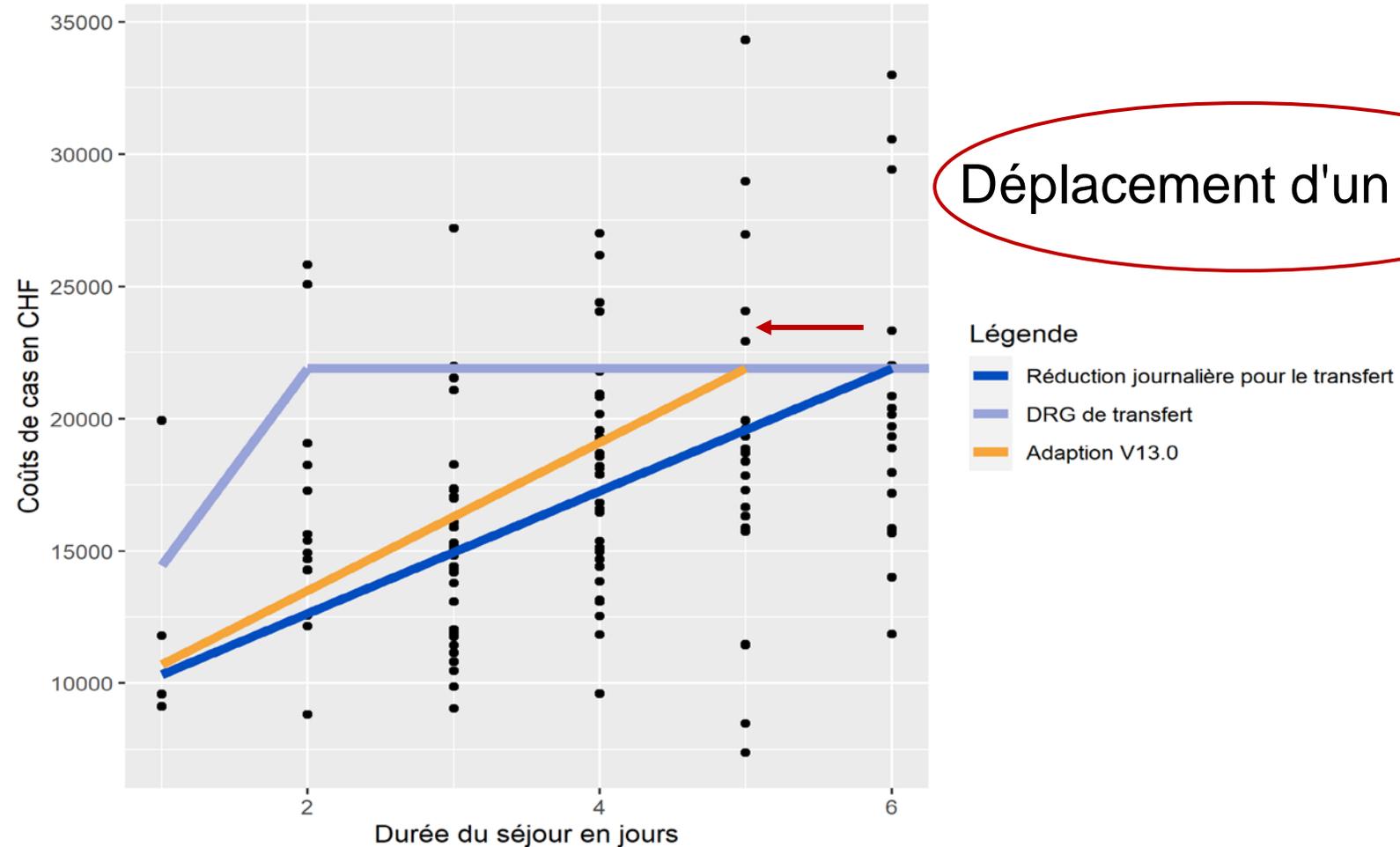
*Dans le cas d'un transfert, chaque hôpital impliqué facture le forfait par cas qui résulte de son traitement. Tant l'hôpital qui transfère que l'hôpital qui accepte le cas sont soumis à une réduction si la durée de séjour du patient dans l'hôpital concerné se situe en dessous **de la durée de séjour 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 Groupe).

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

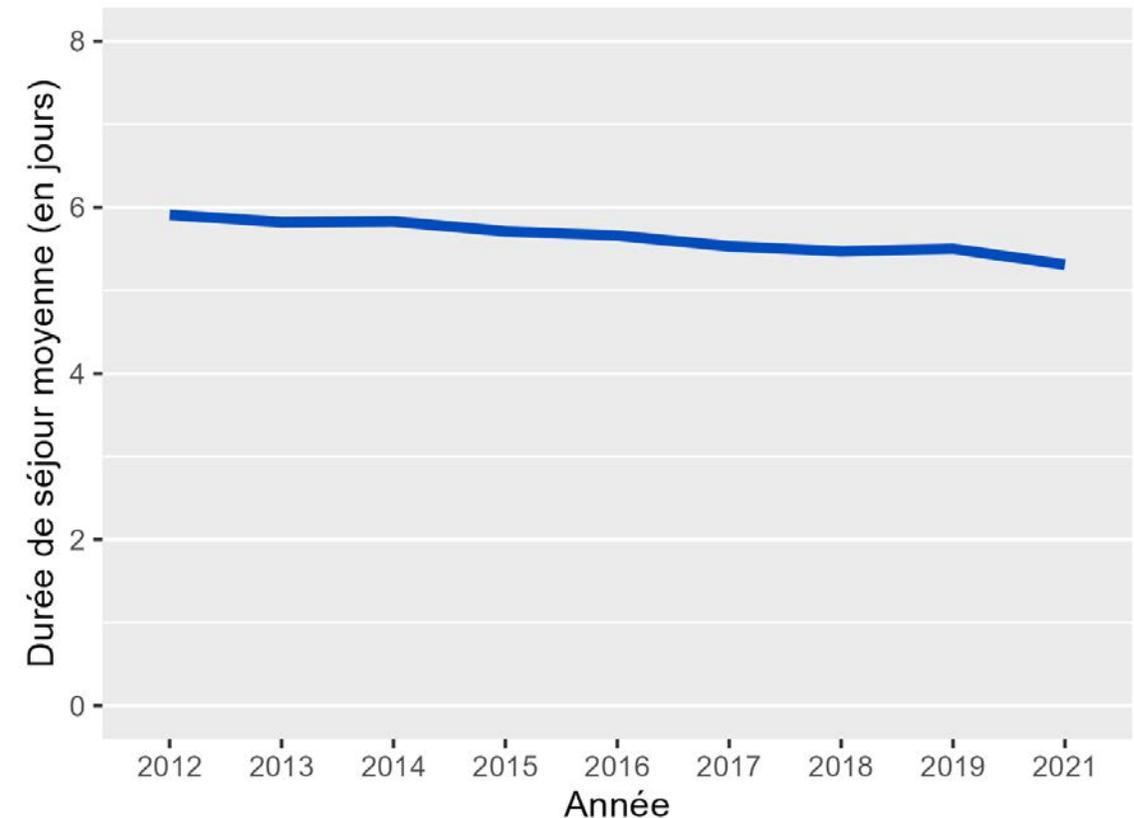
1. Base de données
2. Développement du Groupes
3. Méthode de calcul
- 4. Résultats**

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

Évolution de la durée de séjour

Année 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%)
2021	5.31 jours (-3.45%)



Base de données : 2012-2021, données du domaine d'application SwissDRG

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

Homogénéité des coûts R²

Comparaison des versions du catalogue

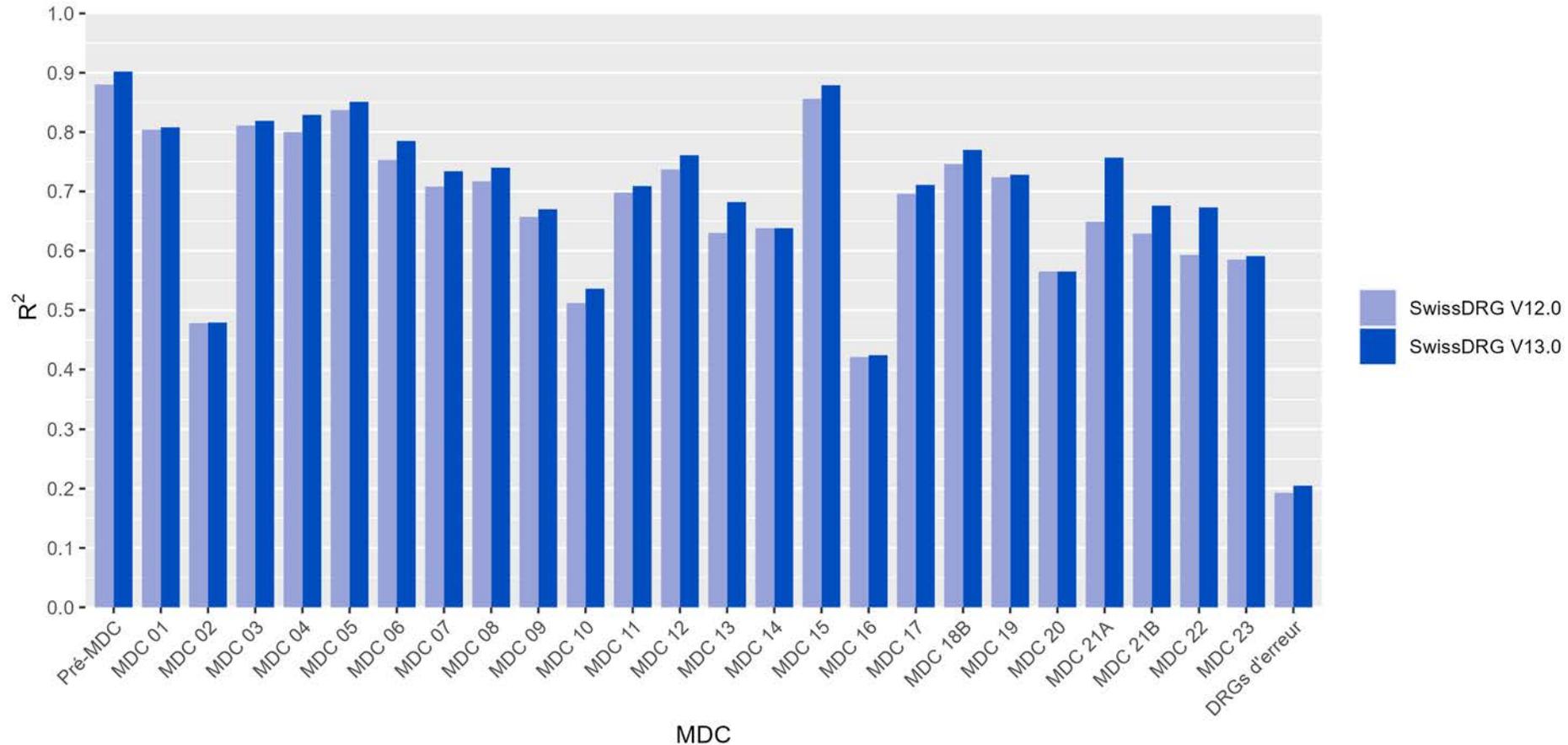
Version du Groupeur	Année de données	Tous les cas	Inlier
V13.0	2021	0.781	0.867
V12.0	2019	0.761	0.855

Remarque : l'augmentation du R² est due à la fois à l'évolution du groupeur et à la modification de la base de données.

Base de données : 2019 resp. 2021, données de calcul

Homogénéité des coûts R^2 par MDC

Version V13.0 en comparaison avec la version précédente



Base de données : 2021, données de calcul, inliers selon V13.0

Détermination des cost-weights

	Nombre de DRG calculés	Dont calculés sur 2 ou 3 années de données
V13.0	1'078	21/9
V12.0	1'073	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 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

Indice casemix selon la partition

Partition	Nombre de cas	CMI V13.0	CMI V12.0	Delta V12.0/V13.0
autre	33'874	0.943	0.918	2.7 %
médicale	621'945	0.716	0.713	0.4 %
opératoire	541'391	1.597	1.602	-0.3 %

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

Indice casemix selon l'âge

Classe d'âge	Nombre de cas	CMI V13.0	CMI V12.0	Delta V12.0/V13.0
0 -16 ans	155'813	0.656	0.655	+0.1 %
à partir de 17 ans	1'041'397	1.190	1.190	-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

Explication de l'effet négatif des données

Le taux de couverture moyen pour les cas de la typologie K111 est déterminé sur la base des données de calcul:

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

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

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

Explication de l'effet négatif des données

Tous les cas	Données de calcul* 2019	Données de calcul* 2021
tous les cas	1'070'870	-1.1% → 1'058'731
CMI V12.0	1.063	+1.5% → 1.079
Coûts totaux moyens CHF	11'371	+4.3% → 11'859
Prix de base hypothétique CHF	10'700.04	+2.8% → 10'995.02

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

- Coûts totaux moyens en augmentation en raison de la baisse du nombre de cas
- malgré l'augmentation du CMI, le prix de base hypothétique augmente de 2.8%

* sans les DRG non facturables

Explication de l'effet négatif des données

K111	Données de calcul* 2019	Données de calcul* 2021
Nombre de cas	205'078	-0.7% → 203'721
CMI V12.0	1.405	+0.9% → 1.418
Coûts totaux moyens CHF	16'206.85	+6.5% → 17'265.08
Taux de couverture V12.0	92.78 %	-2.8% → 90.21 %

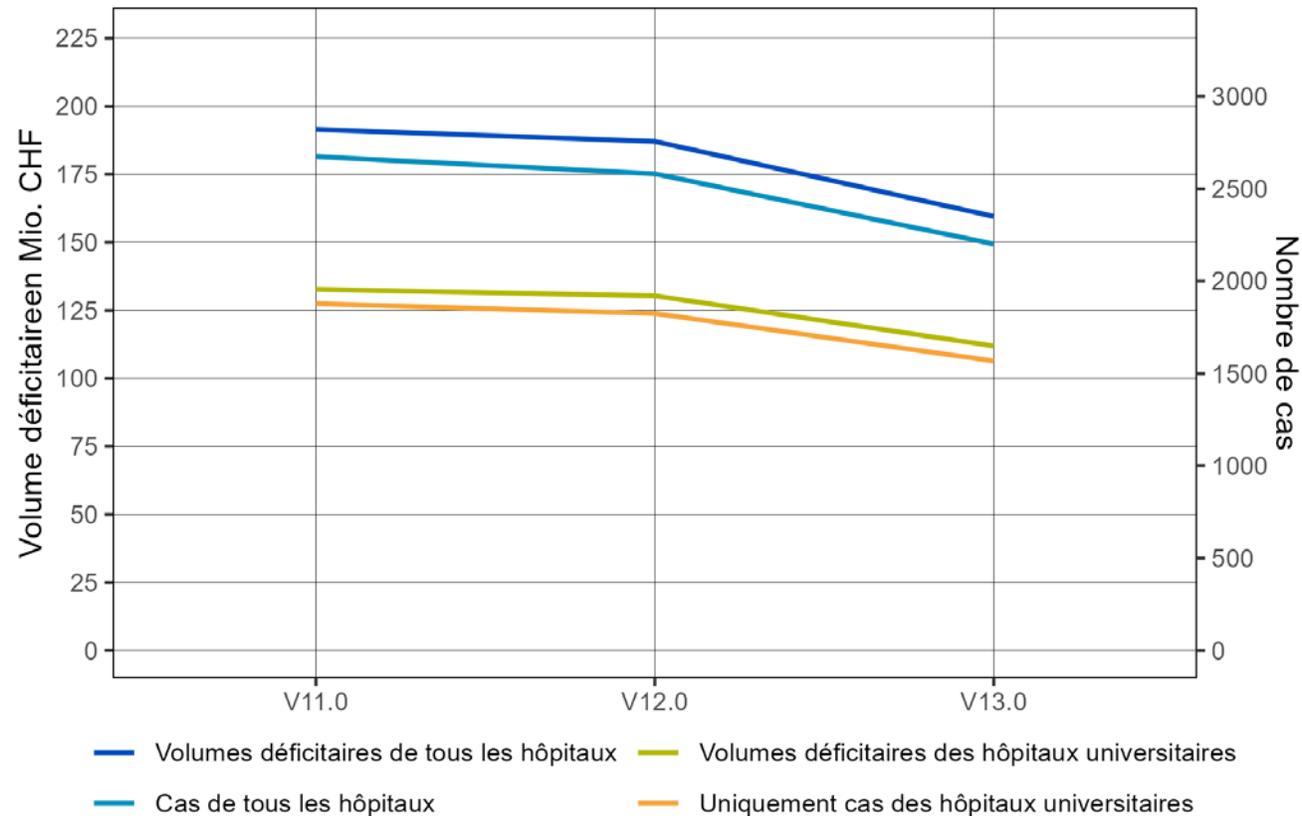
$$DG_{K111} = \frac{\text{prix de base hypothétique} * CMI_{K111}}{\text{coûts totaux moyens}_{K111}}$$

- les coûts totaux moyens augmentent de manière disproportionnée dans la typologie K111
- cela entraîne une baisse du taux de couverture pour la typologie K111 en raison des données
- **la différence relative des coûts ne peut pas être supportée par la différence relative du CMI**

* sans les DRG non facturables

Cas avec déficit

Cas avec déficit > CHF 40'000.-



*: Changement de V11.0 à V12.0 (en %)

** : Changement de V11.0 à V13.0 (en %)

Définition CA:

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

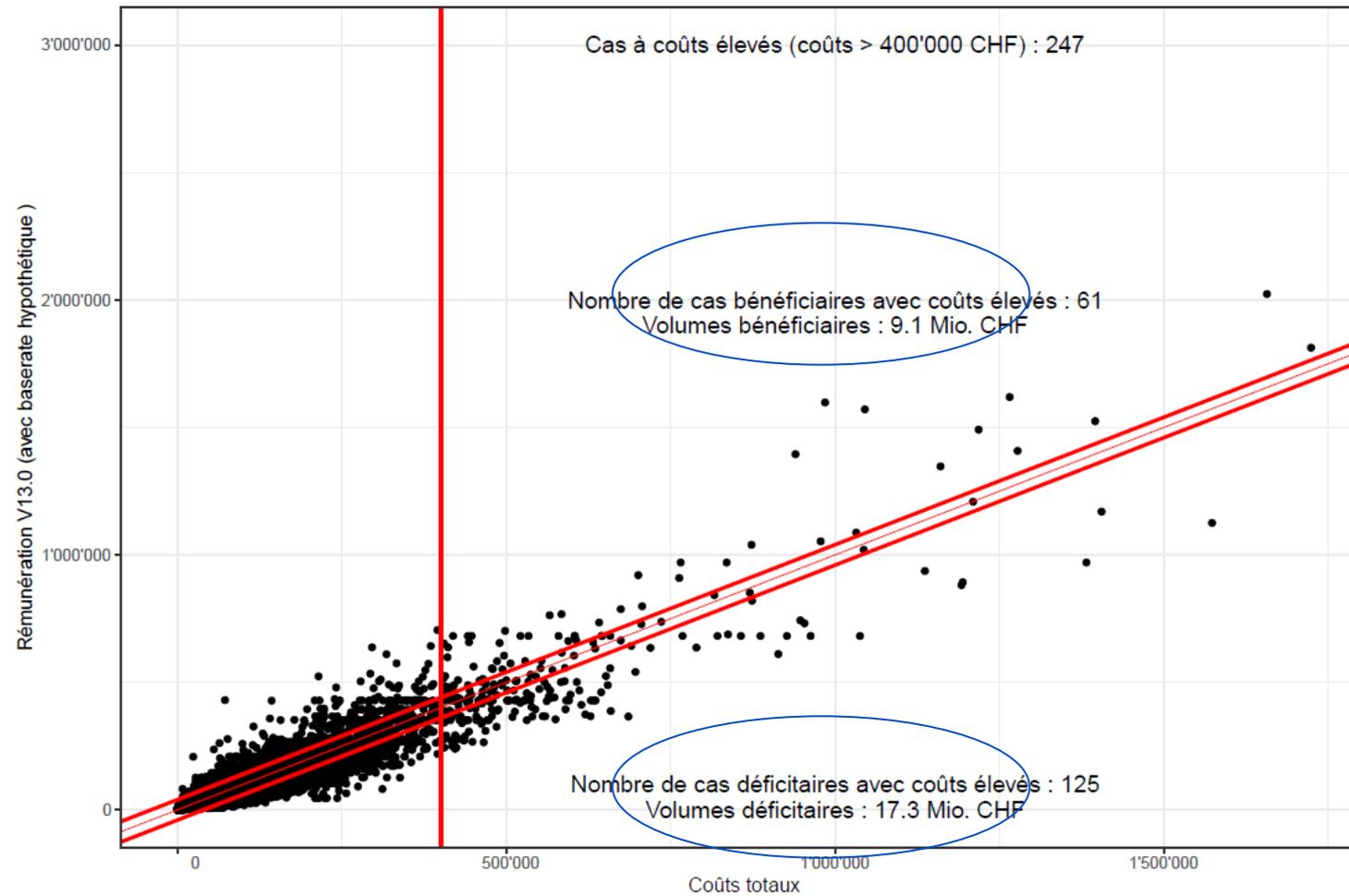


- 125 Cas
- 16 hôpitaux concernés
- Volume déficitaire CHF 17.3 Mio.

Base de données : 2021, données de calcul, évaluées avec V11.0, V12.0 et V13.0

Cas à coûts élevés

Répartition



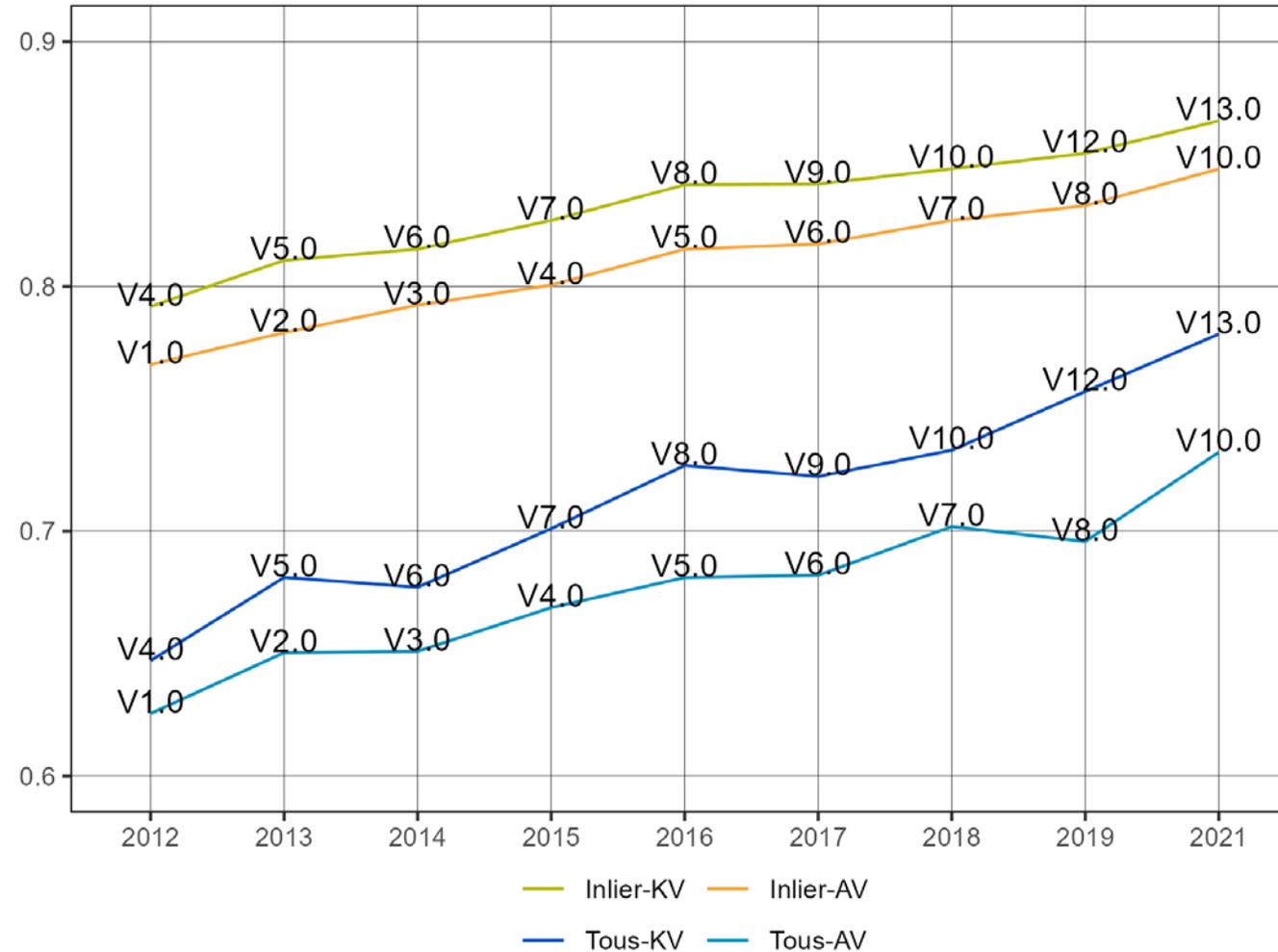
Cas à coûts élevés

Répartition

- 247 cas à coûts élevés
 - 0.02% du total des cas
 - 1 cas sur 4300
- 3 cas sur 4 des cas à coûts élevés présentent un profit/déficit de 40'000 CHF
- 70% 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

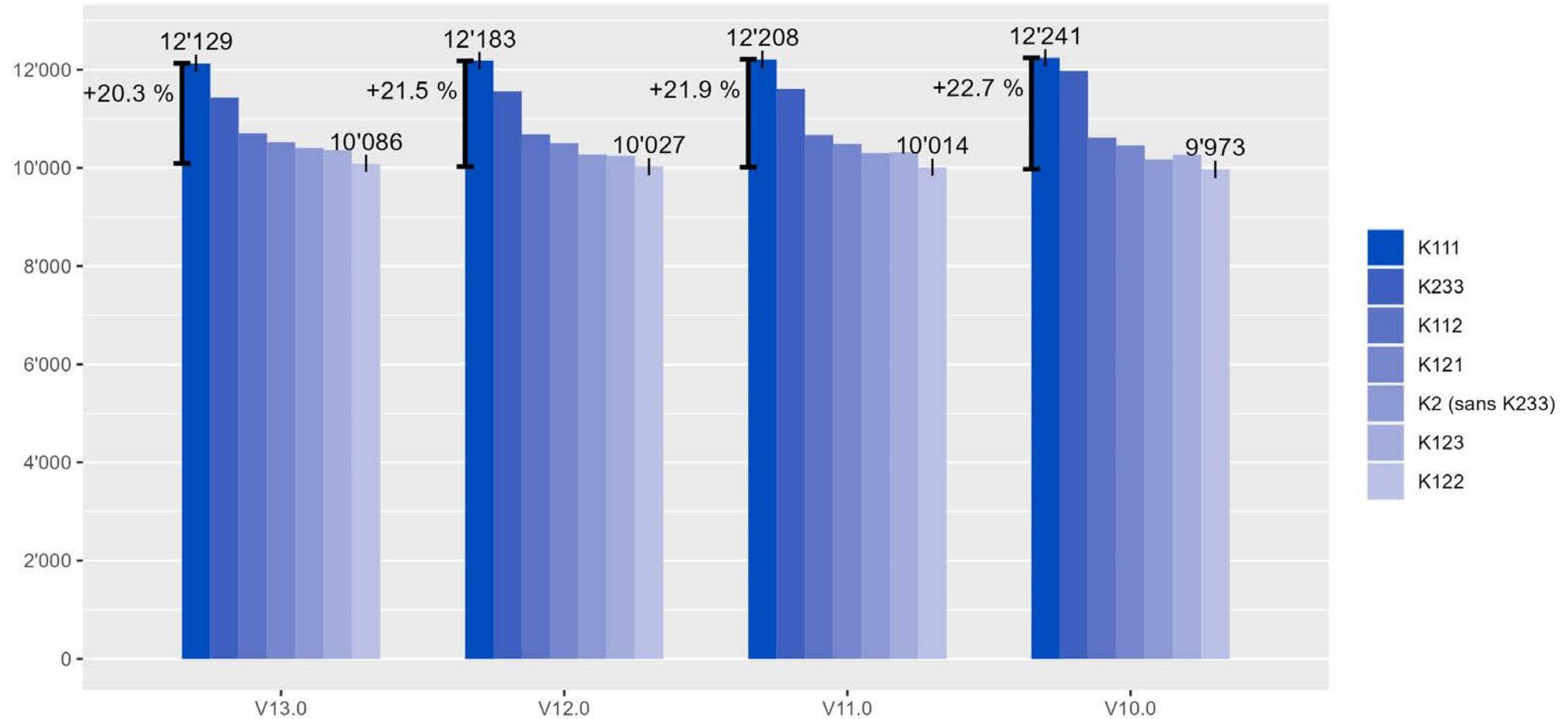
Homogénéité des coûts R2

Développement sur les versions et les années de données



Coûts standardisés par cas selon la typologie

Effets de version



Un grand merci pour votre attention !

SwissDRG SA

Länggassstrasse 31
3012 Berne

☎ +41 (0)31 310 05 50

e-mail: info@swissdrg.org