



# **Présentation du système SwissDRG SA**

**SwissDRG – Version 14.0 / 2025**

**07 mai 2024**

---

# SwissDRG – Version 14.0 / 2025

## Retours :

- Consultation sur la version tarifaire jusqu'au 21.05.2024
- Envoi des axes de développement jusqu'au 04.06.2024

# Chronologie de développement de la structure tarifaire

28 juin 2024



Version  
catalogue  
2022/2025

CHOP 2022  
ICD-10-GM 2022

08 juillet 2024



Version de  
planification  
2023/2025

CHOP 2023  
ICD-10-GM 2022

23 août 2024



Version de  
planification  
2024/2025

CHOP 2024  
ICD-10-GM 2022

29 novembre 2024



Version de  
tarification  
2025/2025

CHOP 2025  
ICD-10-GM 2024



# SwissDRG – Version 14.0 / 2025

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

# Nombre d'hôpitaux

Année de données	2022	2021	2019
Hôpitaux de réseau	<b>152</b>	149	141
Tous les hôpitaux	<b>187</b>	189	182

- Suppression totale de 14 hôpitaux
- Utilisation des données de 138 hôpitaux pour le développement du système (137 l'année précédente)

# Cas livrés

Années de données	2022	2021	2019
Structure tarifaire	<b>SwissDRG 14.0</b>	SwissDRG V13.0	SwissDRG V11.0 / 12.0
Données HR	<b>1'235'163</b>	1'197'531	1'182'252
Total des données	<b>1'287'215</b>	1'257'147	1'278'953
Échantillon	<b>95.96 %</b>	95.26 %	92.44 %

# Aperçu de l'érosion des données

Total des données	Relevé SwissDRG	
1'287'973	1'243'232	Cas livrés
↓	↓	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychiatrie / Réadaptation</li> <li>- Cas ambulatoires</li> <li>- Sortie en dehors de la période du relevé</li> </ul>
1'287'215	1'235'163	Cas dans le domaine d'application (y compris maisons de naissance)
	↓	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cas privés non utilisables</li> <li>- Cas sans coûts complets</li> </ul>
	1'209'970	Datensatz vor Plausibilisierung
	↓	- Plausibilisation des cas (incl. suppression totale de 14 hôpitaux)
	1'107'072	Cas plausibles 2022 (données de calcul)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>+ 601 cas provenant des données 2021</li> <li>+ 163 cas provenant des données 2019</li> </ul>

} Développement du système



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

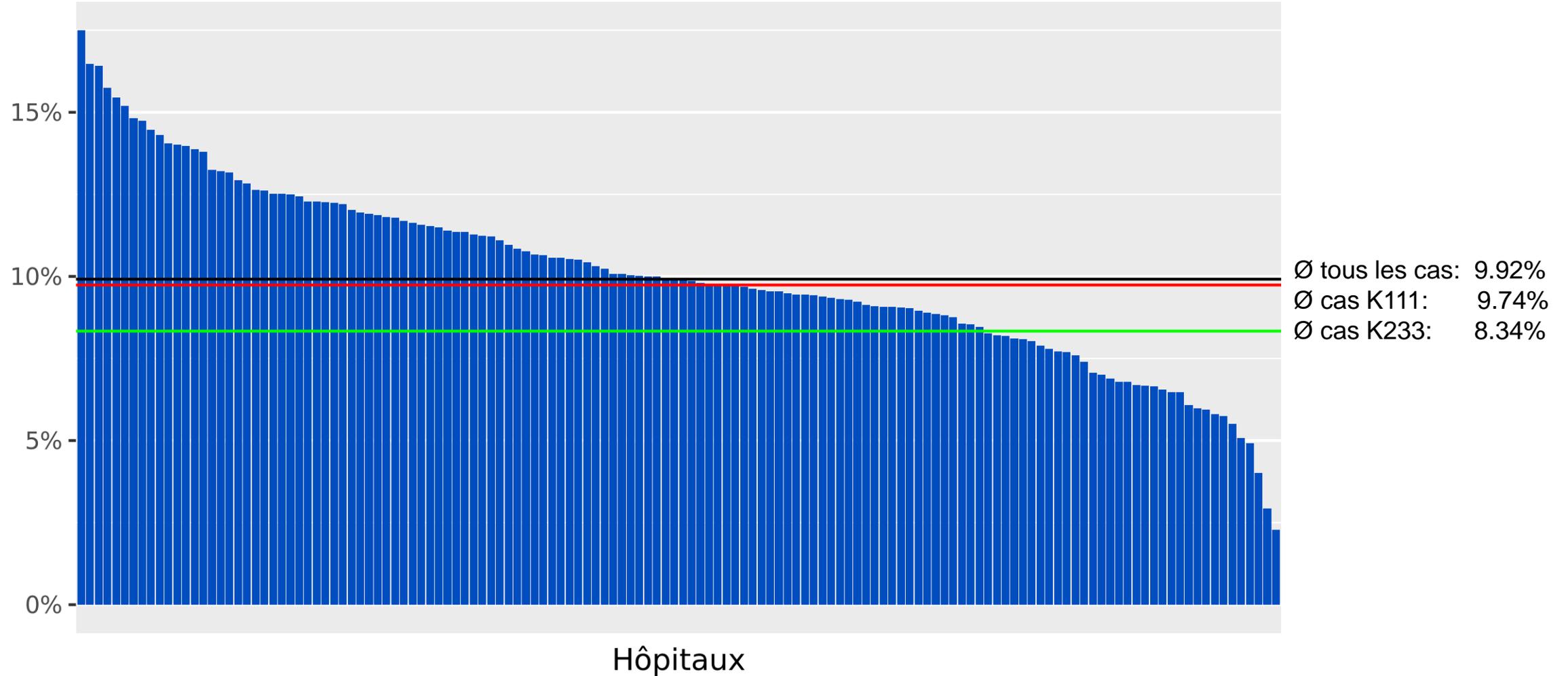
	V14.0			V13.0	V12.0
Année de données	2022	2022 Hôpitaux universitaires	2022 Hôpitaux pour enfants	2021	2020
<b>Médicaments onéreux dans la statistique médicale</b>					
	117	5	3	109	105
<b>Relevé détaillé, indications des coûts...</b>					
... médicaments onéreux	58	5	2	62	65
... implants onéreux	27	5	2	41	47
- dont cœurs artificiels inclus	4	3	1	3	4
... procédés onéreux / produits sanguins	32	5	2	37	40

# Coûts d'utilisation des immobilisations

- Utilisation des données de 138 hôpitaux pour le développement du système
- Base pour évaluation des coûts d'utilisation des immobilisations :

Méthode de comptabilité analytique REKOLE®	138
autres méthodes de comptabilité analytique	0

# Pourcentage des coûts d'utilisation des immobilisations



Base de données : 2022, données de calcul

# SwissDRG – Version 14.0 / 2025

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

# Axes de développement Version 14.0 / 2025



# Transformations globales des MDC

## Examens spécifiques au sex

### Situation initiale :

- depuis 2022 possibilité de modifier facilement la mention du sex dans le registre des personnes
- sous cet aspect, les tableaux «*Conflit de sex*» n'ont pas de sens
- Logique de contrôle dans la structure tarifaire non pertinente

### Transformation :

- Suppression de tous les «*Conflits d'âge spécifiques au sex procédures/diagnostics*» de la logique principale (tableaux de conflits)

# Représentation des cas coûteux

## Thérapie cellulaire CAR-T

### **Situation initiale :**

- depuis des années, contrats tarifaires et de livraison spécifiques pour les substances actives des CAR-T cells
- Directive du CF / de l'OFSP transférer les produits CAR-T cells dans la structure tarifaire dès que possible
- diverses demandes sur le thème

### **Analyses :**

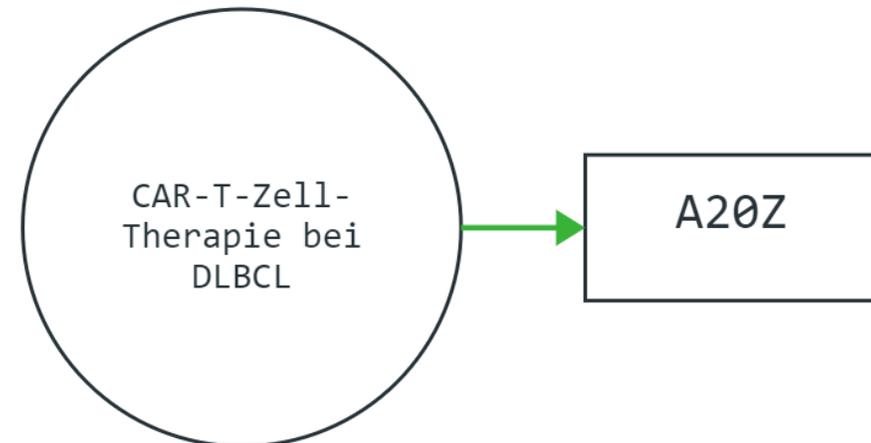
- Implémentation de tableaux avec des codes ATC dans l'outil de développement
- Inclusion de toutes les substances actives des CAR-T cells dans leur propre DRG
- Critère de split créé en fonction des diagnostics

# Représentation des cas coûteux

## Thérapie cellulaire CAR-T

### Résultat :

- seuls les cas avec diagnostic «*Lymphome diffus à grandes cellules B (DLBCL)*» et substances actives «*Lisocabtagene Maraleucel; Axicabtagen-Ciloleucel; Tisagenlecleucel*» et «*41.0F.13 Transplantation de cellules CAR [chimeric antigen receptor]-T*» sont représentés dans le DRG CAR-T cells
- toutes les autres substances actives des CAR-T cells continuent d'être remboursées par une RS
- nouvel examen avec les données 2023

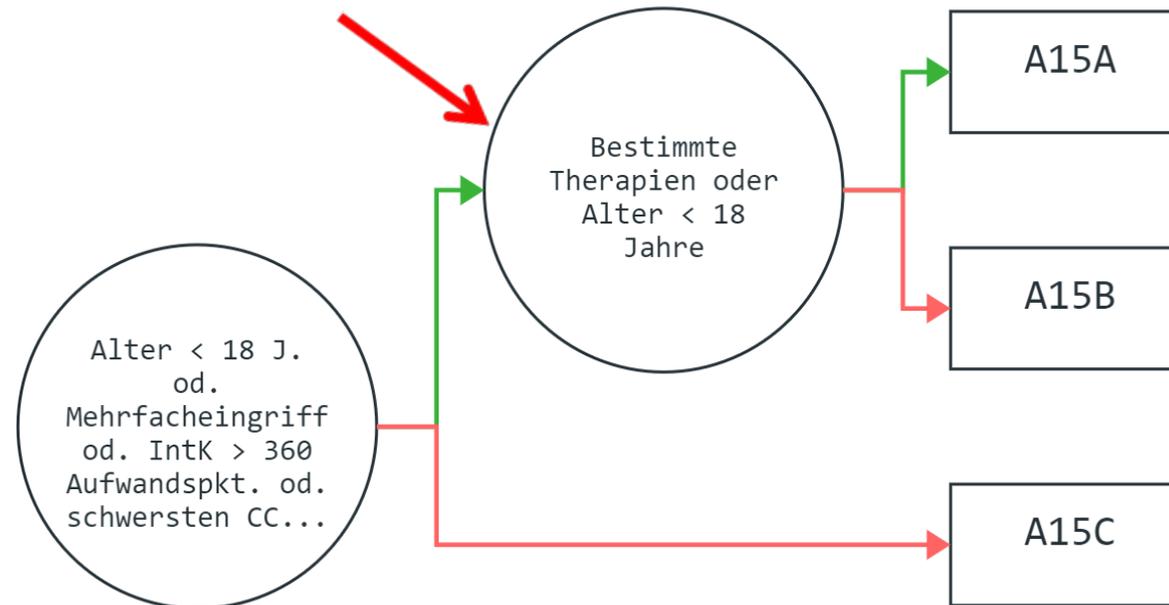


# Représentation des cas coûteux

## Thérapie cellulaire CAR-T / TIL

### Transformation du DRG de base A15 :

- Cas avec le code CHOP 41.0F.13 «*Transplantation de cellules CAR [chimeric antigen receptor]-T*» ou 41.0F.14 «*Transplantation de TIL [tumor infiltrating lymphocytes]*» regrouper dans le DRG A15A



# Représentation des cas coûteux

## Tumor board

### Rétour fréquent :

- Discussion interdisciplinaire des cas de tumeurs (tumor board) coûteuse :
  - Participation d'au moins 4 disciplines spécialisées
  - Discussion intensive de chaque cas individuel
- Saisie avec le code CHOP 89.93 «*Discussion interdisciplinaire de cas de tumeur (tumor board)*»

# Représentation des cas coûteux

## Tumor board

### Analyses :

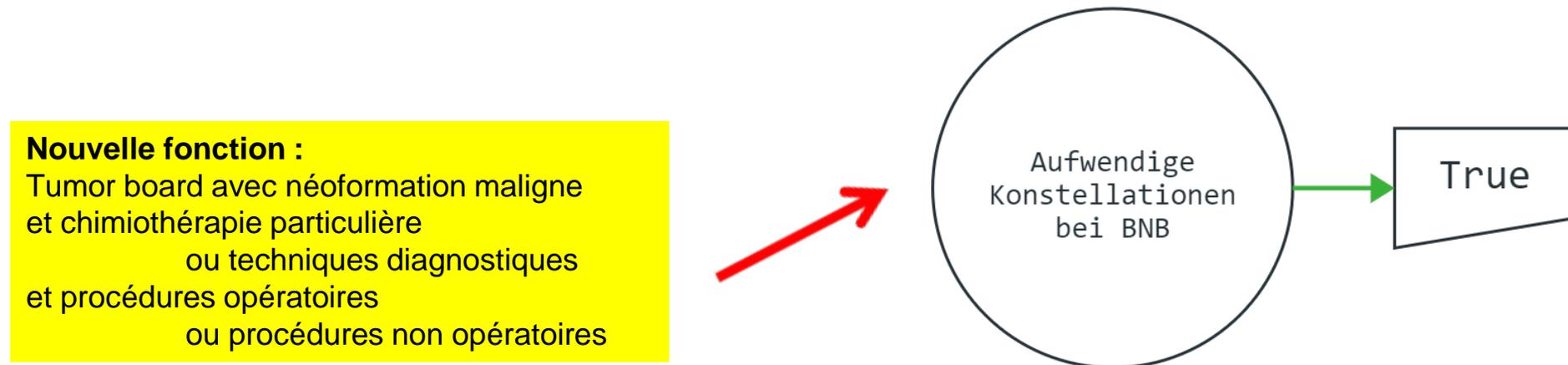
- Représentation du tumor board et simulations déjà examinée sur les dates 2021
- nouvel examen avec les données 2022 : au total plus de 150 calculs d'analyse
- Code CHOP 89.93 «*Discussion interdisciplinaire de cas de tumeur (tumor board)*» seul n'est pas un bon séparateur de coûts

# Représentation des cas coûteux

## Tumor board

### Transformation :

- Examen approfondi comme critère de split dans la structure tarifaire



- Inclusion de la nouvelle fonction dans 15 DRG de base répartis sur tous les MDC

# Pédiatrie

## NN / Enfants TC de SI / TC en U-IMC points

### Annotation :

- avec données 2022 pour la première fois des points faibles nouveaux/enfants TC de SI/TC en U-IMC :
  - «TC de SI/TC de U-IMC NN/Enf, 1 à 65 points»
  - «TC de SI/TC de U-IMC NN/Enf, 66 à 130 points»
  - «TC de SI/TC de U-IMC NN/Enf, 131 à 196 points»
- après la suppression des heures de ventilation dans certaines logiques comme espace réservé pour le nombre de points faible des enfants
- remplacé dans la version de planification V13.0
- maintenant examen et, si nécessaire, adaptation des points des enfants

# Pédiatrie

## NN / Enfants TC de SI / TC en U-IMC points

### Résultat :

- MDC 01: B02A / B03A → «TC de SI/TC de U-IMC > 130 points»
- MDC 04: Basis DRG E87 und DRG E87A → «TC de SI/TC de U-IMC > 65 points / > 130 points»
- MDC 05: F73A → «TC de SI/TC de U-IMC > 65 points»
- MDC 06: G67A → «TC de SI > 130 points»
- MDC 09: J87Z → «TC de SI > 130 points»
- MDC 11: L87Z → «TC de SI > 130 points»
- MDC 14: Basis DRG O38 → «TC de SI/TC de U-IMC > 130 points»
- MDC 15: P66B / P67B → «TC de SI/TC de U-IMC > 130 points»
- MDC 21: X62B / X86A → «TC de SI/TC de U-IMC > 65 points»

# Pédiatrie

## Problème grave

### Problème :

- Cas sous-rémunérés dans le DRG P05C «*Nouveau-né, poids à l'admission > 1999 g avec procédure opératoire significative...*», qui ne remplissent pas la condition de split «*Plusieurs problèmes graves*» pour le DRG P05B
- Examen de l'homogénéité dans le DRG P05B

### Analyse :

- Utilisation supplémentaire de ressources due au traitement intensif en rapport avec un «*Problème grave chez le nouveau-né*» identifiable dans le DRG P05C
- DRG P05B aucun séparateur de coûts clair visible

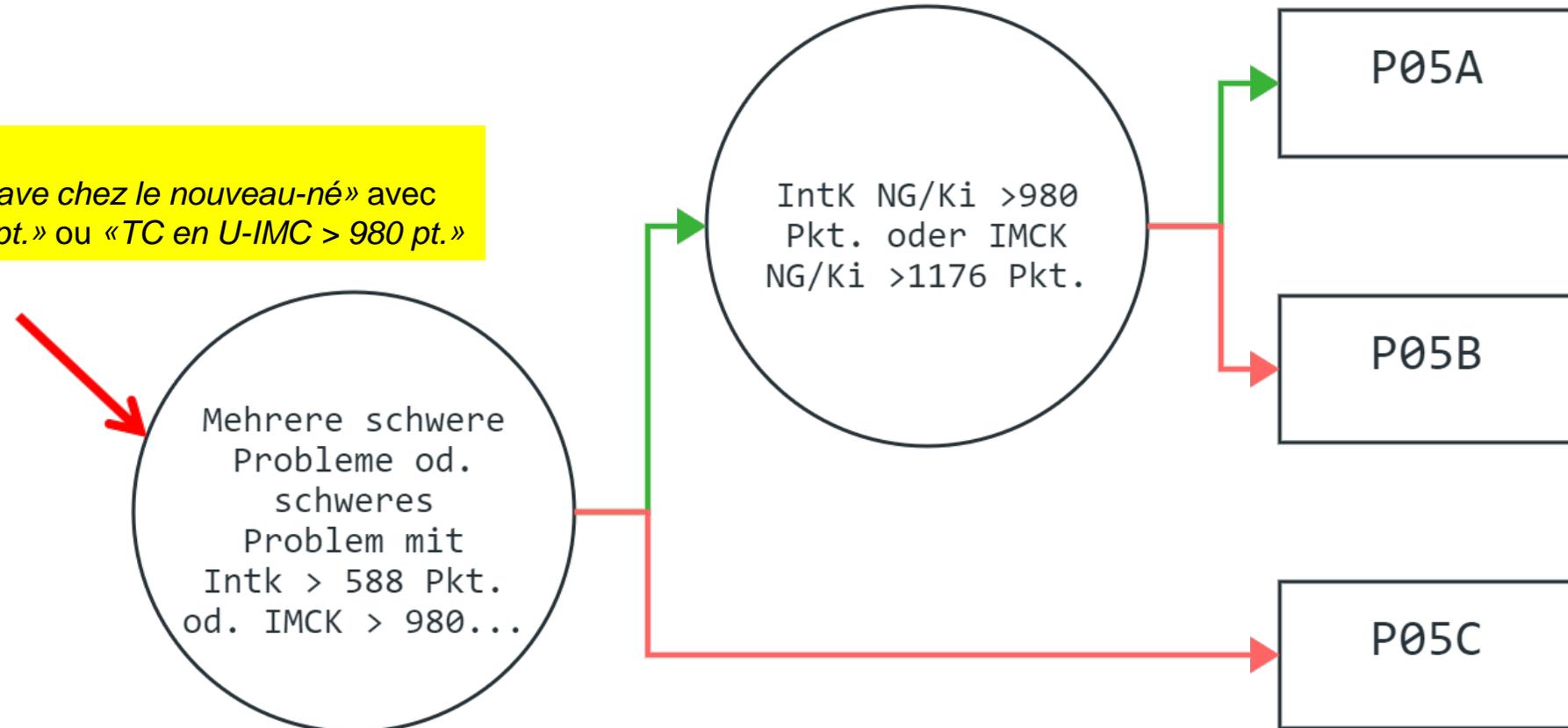
# Pédiatrie

## Problème grave

### Transformation :

**Nouveau :**

ou «*Problème grave chez le nouveau-né*» avec  
«*TC de SI > 588 pt.*» ou «*TC en U-IMC > 980 pt.*»



# Pédiatrie

## Perforation intestinale périnatale

### Remarque :

- Cas avec diagnostic principal P78.0 «*Perforation intestinale périnatale*» et poids d'admission > 2500g rentrent dans le DRG 963Z «*Diagnostic néonatal incompatible avec âge ou poids*»
- Directive pour le codage «*Origine se situe dans la période périnatale*» du manuel de codage!

### Transformation :

- Code ICD P78.0 inclus dans DP tableau MDC 06 «*Maladies et troubles des organes digestifs*»
- DRG de base G70 «*Autres affections sévères des organes digestifs ou cathéter cutanéopéritonéal*» attribué

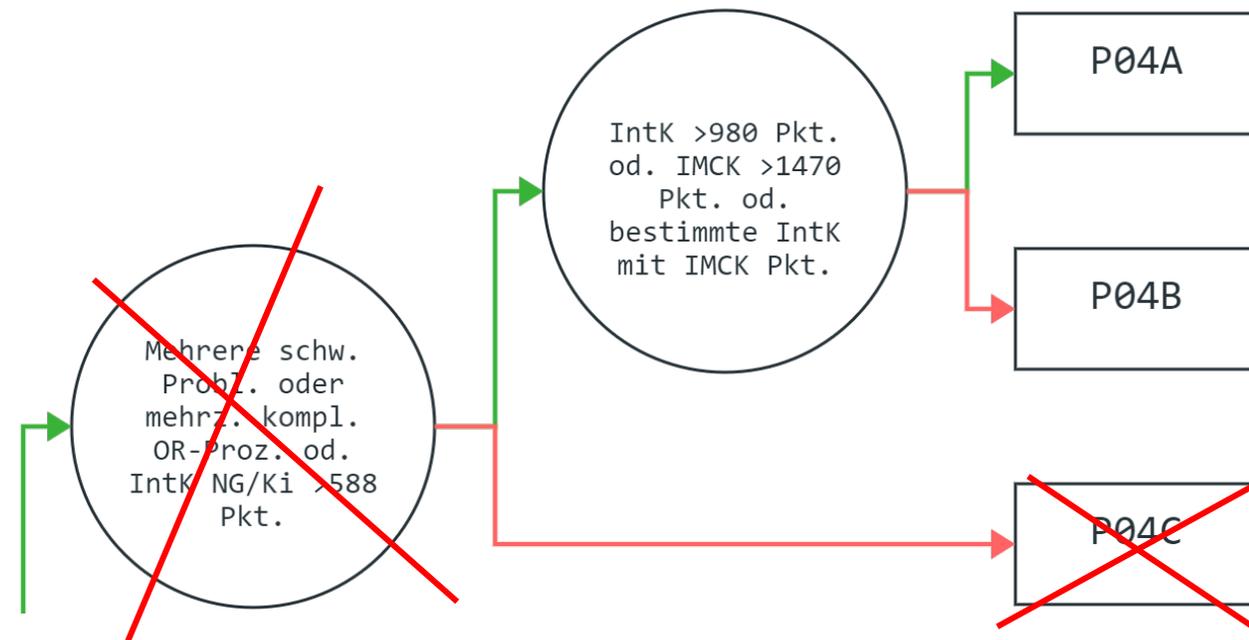
# Pédiatrie

## Fusion MDC 15

### Problème :

- Critères de split dans le DRG P04B et le DRG P04C ne sont plus des séparateurs de coûts

### Transformation :

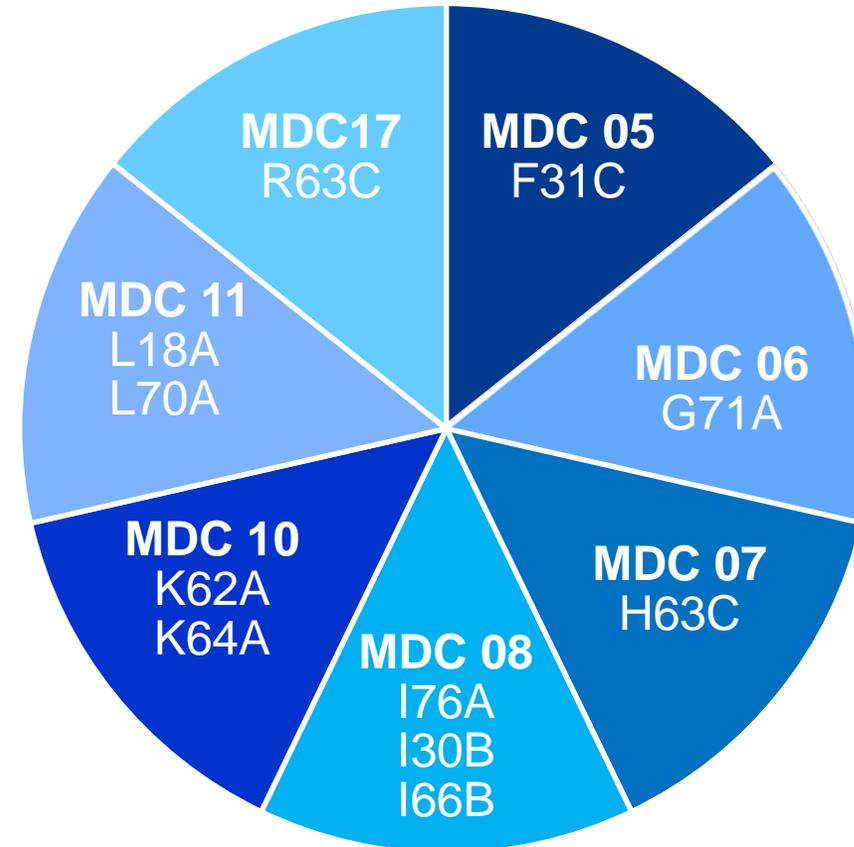


# Pédiatrie

## Splits pour enfants

### Transformation :

- Splits pour enfants existants ont été révisés et/ou de nouveaux splits ont été créés



# Pédiatrie

## Suspicion / preuve de maltraitance d'enfant

### Problème :

- Codes CHOP 99.A5.- «*Diagnostic lors de suspicion ou preuve de mise en danger, de maltraitance et de négligence à l'âge néonatal, du nourrisson,...*» et 99.A5.31 «*Diagnostic complexe lors de suspicion ou preuve de maltraitance ou de négligence à l'âge néonatal, du nourrisson,...*» ne sont pas codés dans certaines cliniques

### Solution :

- la société de discipline médicale a procédé à une révision du texte «*Examen de base dans une situation de risque et de mise en danger à l'âge néonatal...*»
- Adaptation sera effectuée pour le catalogue CHOP 2025

# Paraplégiologie Pré-MDC

## Nouvelles remarques / demandes :

- pour représenter les cas de para/tétraplégie
- Examens de cas individuels avec paraplégiologie
- Revalorisation des cas paraplégiologiques avec infections des voies urinaires

# Paraplégiologie Pré-MDC

**Élargi :**

Soins TC à parti de 226 jours de traitement ou trait. complexe du pat. parapl. à partir de 140 jours de trait.  
et diagnostic particulier ou TC de SI > 588/828 pt.  
ou intervention sur plusieurs localisations

**Élargi :**

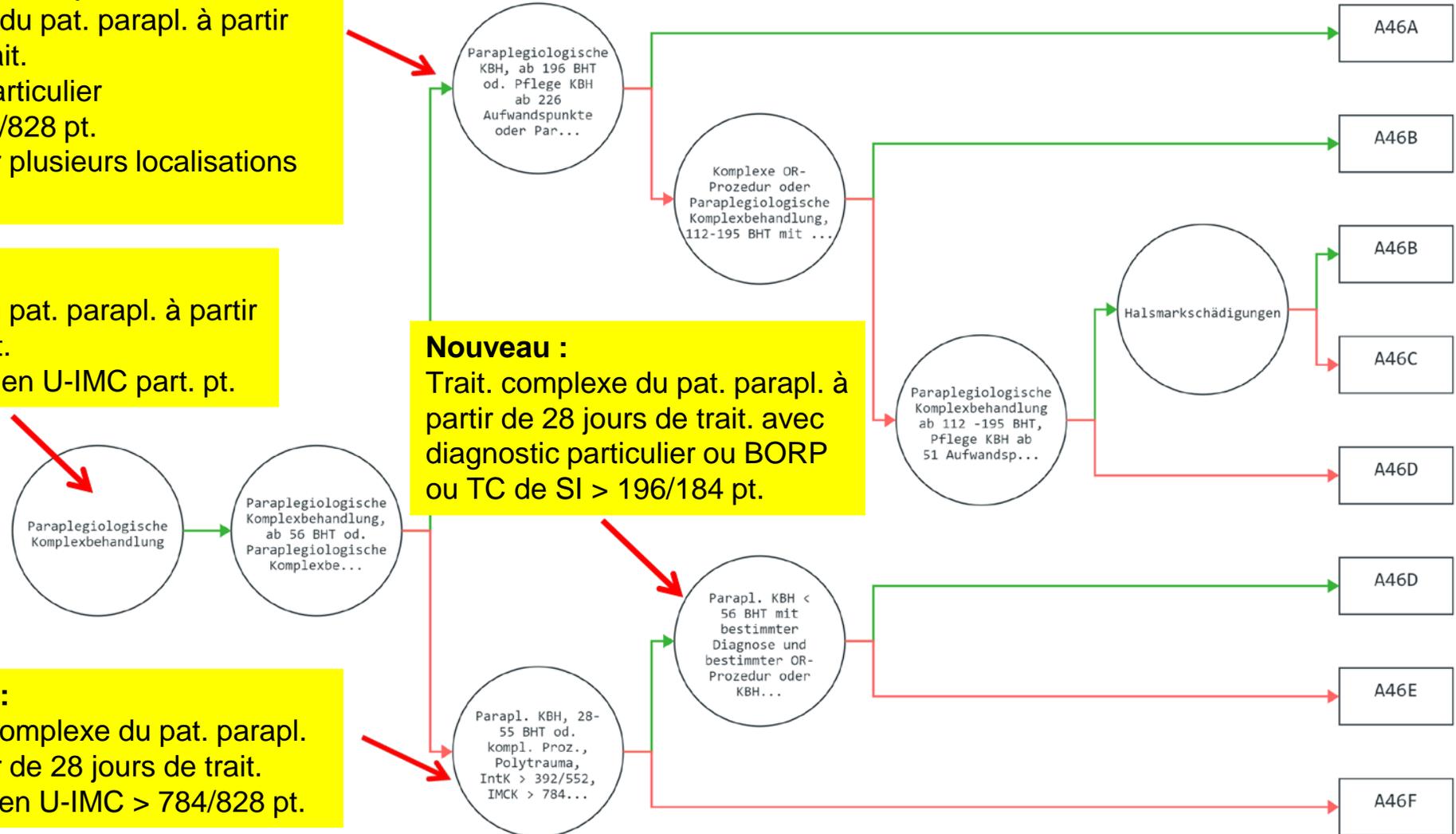
Trait. complexe du pat. parapl. à partir de 28 jours de trait.  
avec TC de SI/TC en U-IMC part. pt.

**Nouveau :**

Trait. complexe du pat. parapl. à partir de 28 jours de trait. avec diagnostic particulier ou BORP ou TC de SI > 196/184 pt.

**Élargi :**

Trait. complexe du pat. parapl. à partir de 28 jours de trait.  
ou TC en U-IMC > 784/828 pt.



# Paraplégiologie

## Système nerveux MDC 01

### Demande :

- Cas avec diagnostic secondaire G82.- «*Paraplégie (in)complète aiguë*» ou S14.- «*Lésions traumatiques des nerfs / de la moelle épinière*» regrouper dans le DRG B61C «*Paraplégie/tétraplégie ou lésions de la moelle épinière avec procédure opératoire...*»

### Exemple :

- Cas avec anévrisme aortique et diagnostic secondaire «*Paraplégie aiguë*» regrouper dans le DRG B61C au lieu du DRG F51 «*Implantation endovasculaire d'endoprothèse (stent)...*»
- DS précède la procédure
- DRG B61C moins évalué que DRG F51A

# Paraplégiologie

## Système nerveux MDC 01

### Transformation I :

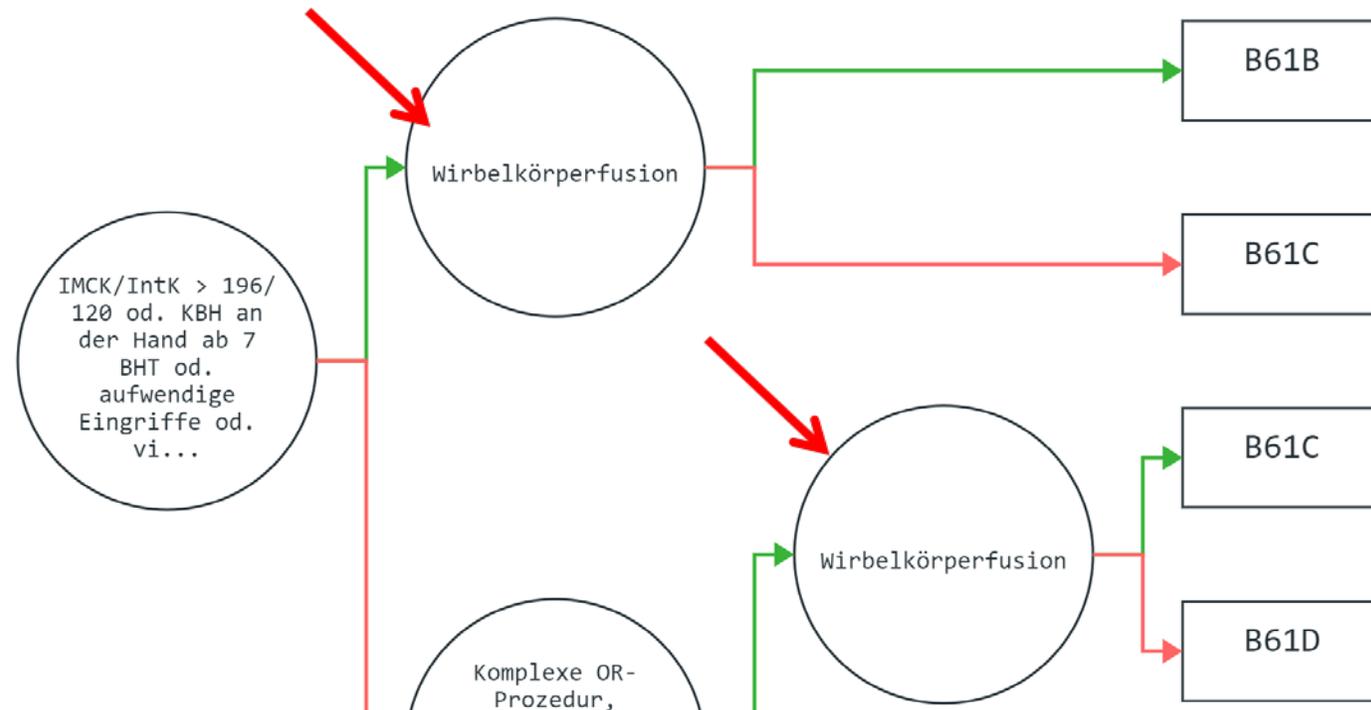
- Revalorisation du groupe G82.- «*Paraplégie (in)complète aiguë*» dans B61A:  
«*Paraplégie/tétraplégie ou lésions de la moelle épinière ...*» avec condition du DRG de base F51, I06 ou DRG I95Z
- Inclusion «*TC de SI particulier avec points de TC en U-IMC*» en combinaison B61A:
  - TC en U-IMC NN/Enf. > 197 pt. et TC de SI NN/Enf. > 197 pt.
  - TC en U-IMC Ad. > 185 pt. et TC de SI Ad. > 361 pt.
  - TC en U-IMC Ad. > 361 pt. et TC de SI Ad. > 185 pt.

# Paraplégiologie

## Système nerveux MDC 01

### Transformation II :

- Split du DRG B61B et B61C avec revalorisation du DRG I09B «*Fusion de corps vertébraux complexe avec CC extrêmement sévères...*»



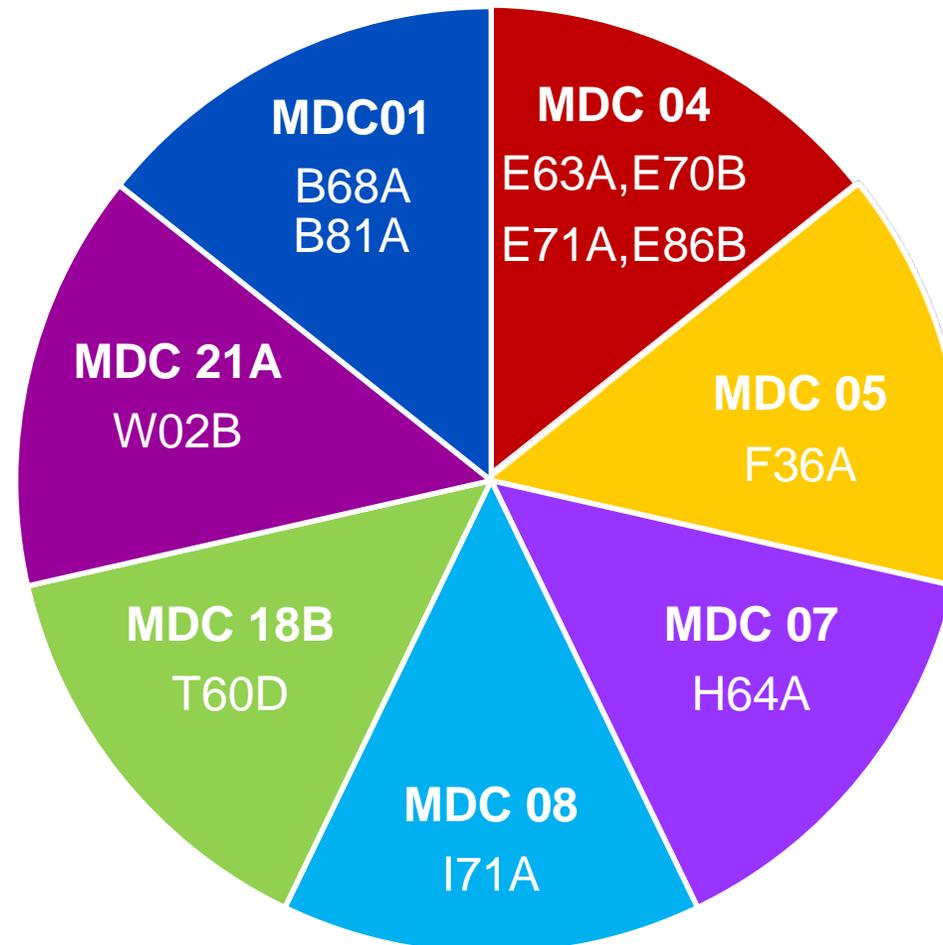
# Paraplégiologie

## MDC global

### Transformation :

- Revalorisation du tableau de diagnostic

«Paraplégie/tétraplégie»



# Représentation des cas coûteux

## Réadaptation précoce

### Remarque :

- Représentation non adéquate des cas de réadaptation précoce avec un nombre élevé de jours de traitement ou des traitements coûteux

### Analyse :

- de nombreuses analyses et simulations
- Nombre de cas trop faible pour un DRG propre en fonction du nombre de jours de traitement
- Différenciation selon les jours de traitement dans le pré-MDC ou dans les MDC non efficace

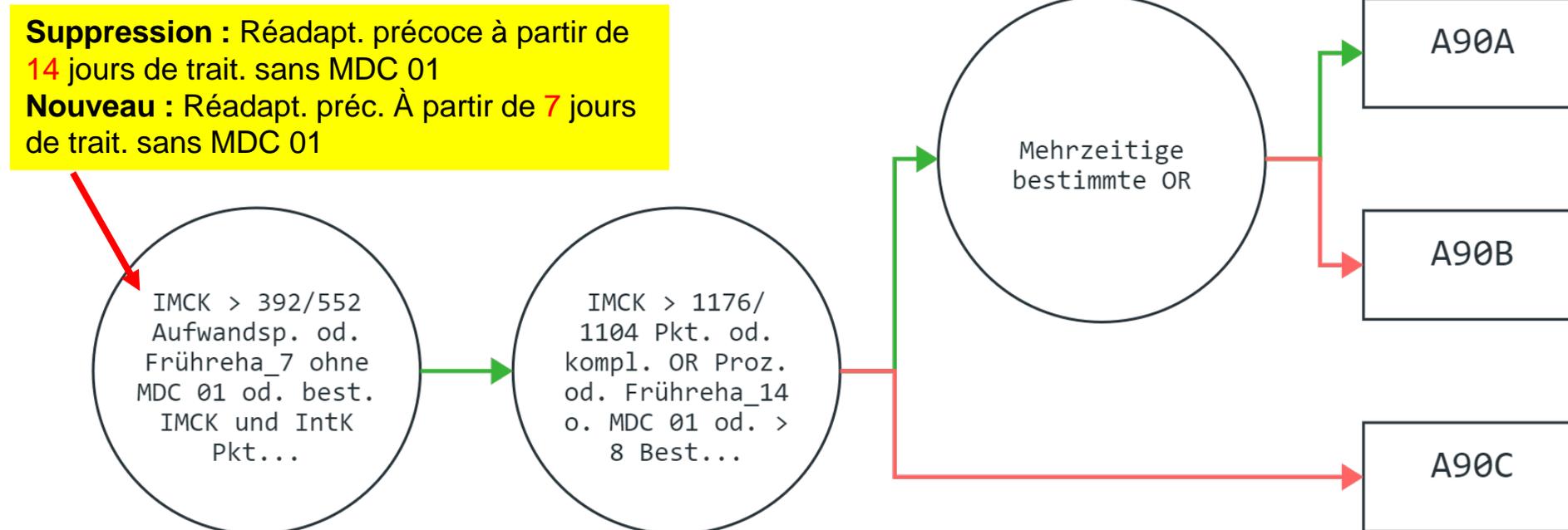
→ Cas très bien représentés comme jusqu'à présent

# Représentation des cas coûteux

## Réadaptation précoce

### Transformation :

- Inclusion «*Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce ou réadaptation précoce interdisciplinaire à partir de 7 jours de traitement*» dans le DRG de base A90



# Médecine palliative

## Axe de développement

- Analyse du benchmark hospitalier données 2019 et 2020
- certains hôpitaux, en particulier les cliniques universitaires, présentent un découvert important
  - Accompagnement : prest. psychosociales ne font pas partie du code CHOP
  - Caractéristiques minimales : souvent inapplicable en fin de vie
  - Problème cas avec déficit élevé
  - Transferts : les cliniques de soins palliatifs sont confrontées à des réductions importantes
  - High Outlier (> 28 jours de trait.): les charges journalières ne sont pas pris en compte
  - Low Outlier (< 7 jours de trait.): ne pas regrouper dans le DRG de base A97

# Médecine palliative

## Situation initiale

### Classifications :

- Code CHOP 2020

93.8A.25 «*Traitement complexe de médecine palliative, jusqu'à 6 jours de traitement*»

93.8B.11 «*Prestation de base «Soins palliatifs spécialisés», jusqu'à 6 jours de traitement*»

93.8B.21 «*Soins palliatifs spécialisés avec prestation supplémentaire de traitements, jusqu'à 6 jours de traitement*»

- Code CHOP 2024

Exemple :

93.8A.2B «*Traitement complexe de médecine palliative, jusqu'à 3 jours de traitement*»

93.8A.2C «*Traitement complexe de médecine palliative, d'au moins 4 à 6 jours de traitement*»

# Médecine palliative

## Situation initiale

CHOP	Description*	Représentation
93.8A.2*	Traitement complexe de médecine palliative, selon le nombre de jours de trait.	
93.8A.25	... jusqu'à 6 jours de traitement	différents DRG
93.8A.26 - 2A	... à partir de 7 jours de traitement	A97**
93.8B.12 -15	Prestation de base « <i>Soins palliatifs spécialisés</i> », à partir de 7 jours de traitement	différents DRG
93.8B.2*	Soins palliatifs spécialisés avec prestation supplémentaire de traitements, selon le nombre de jours de traitement	
93.8B.21	... jusqu'à 6 jours de traitement	différents DRG
93.8B.22 - 25	... à partir de 7 jours de traitement	A97**

\* *Soins palliatifs* = sans code CHOP 93.8B.11

\*\* sans cas «à partir de 7 jours de trait. et TC de SI > 393/552 points»

# Médecine palliative

## Enfants

### Demande :

- **certains** départements de pédiatrie appliquent le traitement complexe
- regrouper les cas dans le DRG de base A97 → mais y sont sous-rémunérés

### Transformation :

- DRG A97A: «*Trait. compl. de méd. palliative, à partir de 28 jours de trait. et âge < 16 ans...*»
- DRG A97B: «*Trait. compl. de méd. palliative, à partir de 21 jours de trait. et âge < 16 ans...*»
- DRG A97C: «*Trait. compl. de méd. palliative, à partir de 14 jours de trait. et âge < 16 ans...*»
- DRG A97D: «*Trait. compl. de méd. palliative, à partir de 7 jours de trait. et âge < 16 ans...*»

# Médecine palliative

## Cas complexes

### Demande :

- les cas coûteux n'atteignent pas le DRG A97A, car le tableau «*Procédures opératoires complexes (KORP)*» est incomplet
- Examen pour inclusion des DRG de base R50, R60, T01 dans le DRG de base A97

### Transformation :

- Codes 01.24.2-/99 «*Abord par la calotte crânienne,...*», 01.24.3- «*Abord de la base du crâne,...*» inclus dans les KORP
- DRG A97A «*Trait. Compl. de méd. palliative, à partir de 28 jours de trait. et ADRG (A93)*»
- Inclusion «*DRG (R60A)*» dans le DRG A97B et «*DRG (R60B)*» dans le DRG A97D
- Suppression du DRG A97G

## Pré-MDC

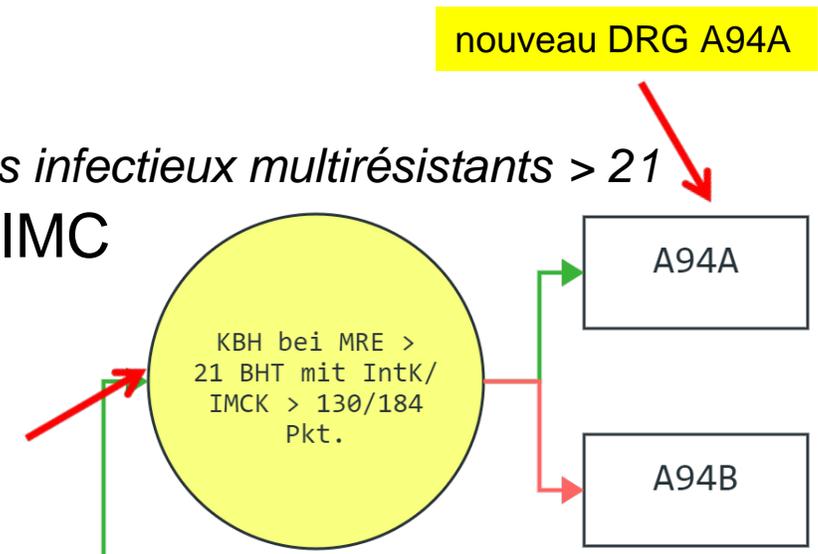
### Traitement complexe en cas d'agents infectieux multirésistants

#### Demande :

- Examiner l'homogénéité des coûts dans le DRG de base A94 «*Traitement complexe en cas de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants...*»
- Réduire le split PCCL pour le DRG A94B

#### Transformation :

- Cas coûteux avec «*Traitement complexe en cas d'agents infectieux multirésistants > 21 jours de traitement*» et hospitalisation en SI ou en U-IMC sont reconnaissables
- «*PCCL > 4*» jusqu'à présent adéquat pour le DRG A94C



# Transformations globales des MDC

## Isolement de contact

### Analyse :

- Représentation du code CHOP 99.84.1- «*Isolement de contact, à partir de 7 jours de traitement*» a été vérifiée dans la structure tarifaire
- Consommation élevée de ressources visible dans certains cas

### Transformation :

- Revalorisation des codes CHOP 99.84.1- dans les MDC 04, 05, 15 et 18B
- Code «*Isolement de contact, à partir de 14 jours de traitement*» dans le DRG L63A et T60A revalorisé

# Pré-MDC

## Transplantations d'organes solides

### Demande :

- les cas de transplantation (Tx) simultanée d'organes multiples sont sous-rémunérés

### Transformation :

- Tx de cellules rénales et de cellules d'îlots de Langerhans du DRG de base A02 «*Transplantation du pancréas ou de l'intestin*» supprimée
  - Inclusion dans le DRG A01A «*Transplantation de cellules hépatiques ou de **cellules d'îlots de Langerhans...***»
  - Inclusion dans le DRG A17A «*Transplantation rénale multiple*»
- DRG A16Z «*Transplantation de cellules d'îlots de Langerhans*» supprimé

# Pré-MDC

## Traitement complexe du foie

### Demande :

- Examen de la condition de split du DRG A01A pour les cas avec «*Transplantation hépatique*» et «*Traitement complexe du foie*» précédent
- Regroupement actuel dans le DRG A01B ne couvre pas les coûts

### Transformation :

- Nombre de cas trop faible avec la constellation demandée
- mais certains cas présentent une consommation élevée de ressources
- Inclusion de la logique «*TC de SI particulier et TC en U-IMC points*» dans le DRG A01A «*Transplantation de cellules hépatiques ou de cellules d'îlots de Langerhans...*»

# Pré-MDC

## Réadaptation gériatrique aiguë (RGA)

### Annotations :

- pendant plusieurs années de développement, toujours des demandes à cause de la «*Sous-rémunération en cas de prestation supplémentaire*»
- au cours de la prochaine année de données, nouveau déclassement
- Nombre de cas avec «*RGA*» dans les MDC très hétérogène
- Conditions de split avec exclusions dans le DRG de base A95 pas claires

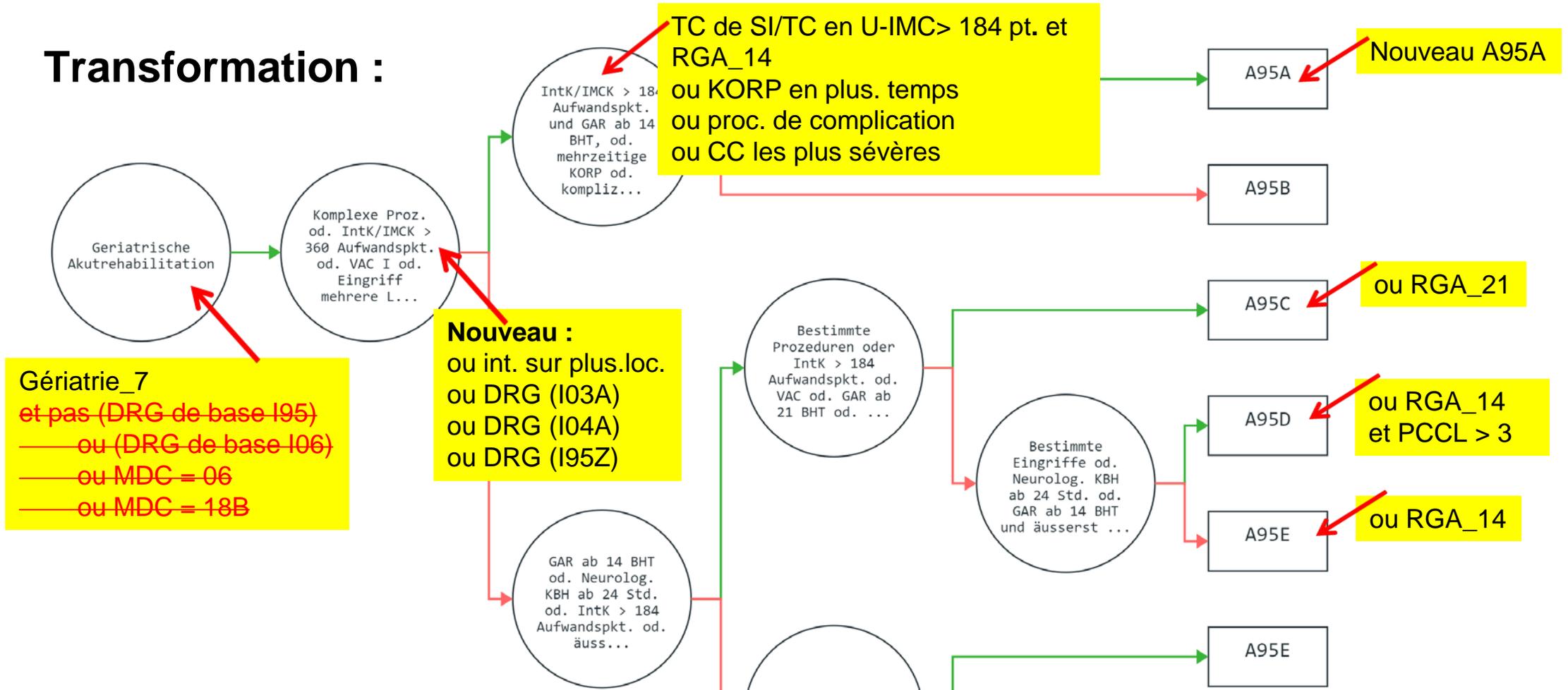
### Analyse :

- Analyser la qualité du système sans critère de split «*RGA*» au sein de différents DRG
- Examiner la revalorisation au sein du DRG de base A95

# Pré-MDC

## Réadaptation gériatrique aiguë (RGA)

### Transformation :



# Représentation des cas coûteux

## Procédures opératoires particulières en plusieurs temps

### Demande :

- Sous-rémunération des cas dans le DRG A90A «*TC en U-IMC > 1176/1104 points ou procédure opératoire complexe ou plus de 8 séances d'irradiation ou réadaptation précoce...*»
- en particulier, les cas d'insuffisance hépatique, de septicémie et de néoformations malignes du pancréas ont une longue durée de séjour

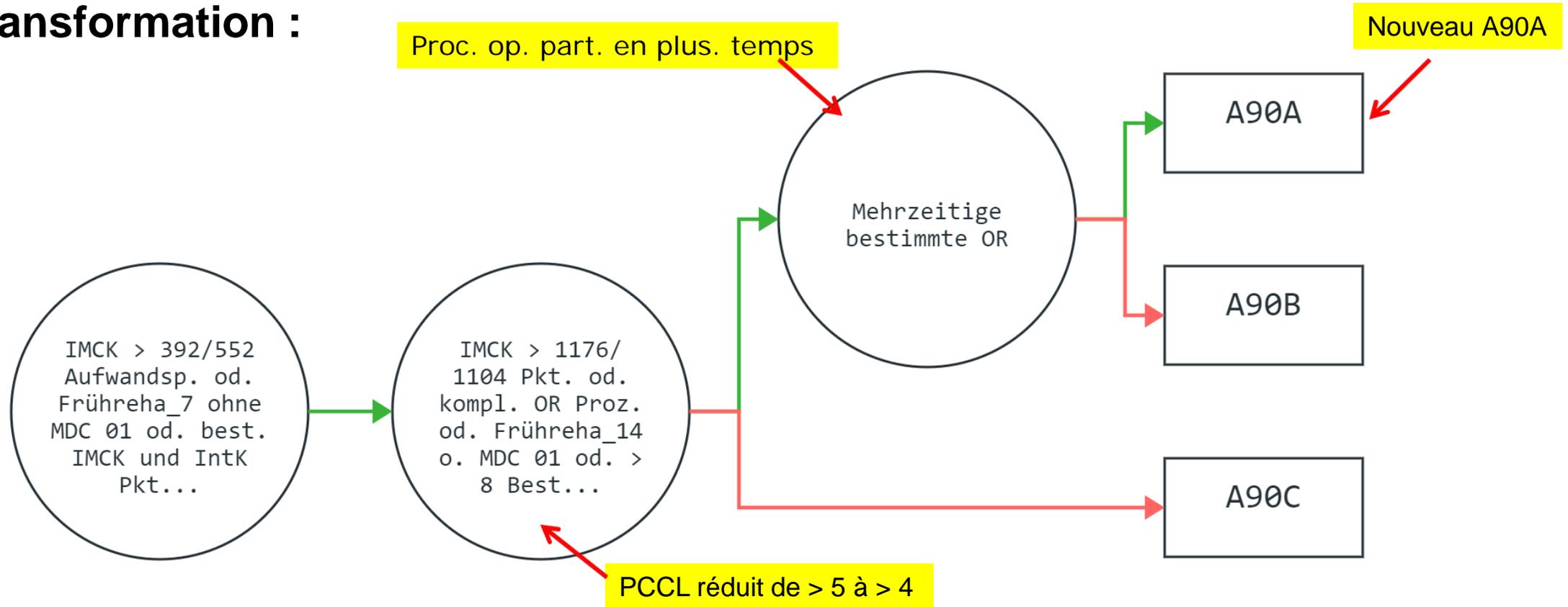
### Transformation :

- les diagnostics mentionnés sont très hétérogènes en termes de durée de séjour et de coûts
- mais les cas «*Procédures opératoires particulières en plusieurs temps*» ont une consommation élevée de ressources

# Représentation des cas coûteux

## Procédures opératoires particulières en plusieurs temps

### Transformation :



# Représentation des cas coûteux

## Intervention sur plusieurs localisations

### Remarque :

- vérifier la fonction «*Intervention sur plusieurs localisations*» pour une pertinence de regroupement supplémentaire
- jusqu'à présent comme critère de split uniquement dans le DRG de base A11, MDC 08, traumatisme multiple, DRG X01A

### Transformation :

- Revalorisation de la fonction comme critère de split dans le DRG A46A «*Traitement complexe du patient paraplégique...*» et dans le DRG A95B «*Réadaptation gériatrique aiguë, à partir de 7 jours de traitement...*»
- autre inclusion de la fonction n'est pas adéquate

# Transformations globales des MDC

## Troubles de la coagulation

### Demandses :

- Dévalorisation de certains troubles de la coagulation dans la matrice CC
- p.ex. code ICD D68.34 «*Troubles hémorragiques dus aux héparines*» en lien avec cœur-poumon artificiel surévalué

### Analyses :

- Dévalorisation générale des troubles de la coagulation dans la matrice CC non adéquate
- Codes ICD avec troubles de la coagulation «*sans précision*» surévalués dans la matrice CC et, dans certains cas, dans les «*Fonctions*»

# Transformations globales des MDC

## Troubles de la coagulation

### Transformation :

- Dévalorisation des ICD suivantes dans la matrice CC D65.9 «*Syndrome de défibrination, sans précision*», D68.38 «*Autres troubles hémorragiques dus à l'augmentation d'autres anticorps et d'anticorps non précisés*», D68.9 «*Anomalie de la coagulation, sans précision*», D69.9 «*Affection hémorragique, sans précision*» en lien avec cœur-poumon artificiel
- Codes ICD D65.0 «*Afibrinogénémie acquise*», D65.9 «*Syndrome de défibrination, sans précision*» supprimés de certaines «*Fonctions*»
- dans le A11C «*Traitement complexe de soins intensifs > 1470/1656 points...*» suppression des codes ICD non spécifiques «*Anémies*» et «*Troubles de la coagulation*» du tableau «*Diagnostics de complication*»

# Transformations globales des MDC

## Paralysies cérébrales

### Remarque :

- Représentation non adéquate du code ICD G80.- «*Infirmité motrice cérébrale*»

### Transformation :

- Diagnostic revalorisé dans les DRG
  - B17A «*Interventions sur les nerfs périphériques et les nerfs cérébraux ...ou diagnostic particulier*»
  - C03A «*Interventions en plusieurs temps ou bilatérales sur la rétine, la choroïde,...ou paralysie cérébrale*»
  - I06A «*Interventions hautement complexes sur la colonne vertébrale...*»
  - I20A «*Interventions sur le pied...*»
  - T01B «*Procédure op. ou débridement étendu pour maladies infectieuses et parasitaires...*»

# Transformations globales des MDC

## Excision de ganglions lymphatiques

### Annotation :

- Représentation non homogène des codes pour l'excision de ganglions lymphatiques et de ganglions lymphatiques sentinelles
- Tableaux incohérents
- les révisions répétées des codes CHOP compliquent la gestion des tableaux

### Transformation :

- propre tableau avec les codes 40.2-.11 «*Excision de ganglions lymphatiques sentinelles*» ainsi que tableau avec les codes 40.2- «*Excision de ganglions lymphatiques*»
- ces codes sont supprimés de tous les tableaux et remplacés par de nouveaux tableaux

# Transformations globales des MDC

## Traitement sous vide

### Demande / Remarque :

- Vérification globale de la logique tarifaire des cas avec fonction «*Traitement sous vide*»
- Critère de split «*Âge < 16 ans avec traitement sous vide complexe*» dans le DRG de base A43 «*Réadaptation précoce pour coma vigile et syndrome de verrouillage avec réadaptation précoce...*» surestimé
- DRG de base J11 «*Autres interventions sur la peau, le tissu sous-cutané et la glande mammaire*» cas avec «*Traitement sous vide*» sous-rémunérés

# Transformations globales des MDC

## Traitement sous vide

### Transformation :

- Revalorisation «*Traitement sous vide complexe*» dans le DRG F31A
- Critère de split du DRG de base A43 «*Réadaptation précoce pour coma vigile et syndrome de verrouillage avec réadaptation précoce...*» supprimé
- Inclusion de la condition «*Âge < 16 ans avec traitement sous vide complexe*» dans le DRG G35A «*Traitement sous vide complexe pour maladies / troubles des organes digestifs...*»
- Condition de split pour le DRG J11A «*Autres interventions sur la peau, le tissu sous-cutané et la glande mammaire*» avec fonction «*Traitement sous vide complexe*» complétée

# Transformations globales des MDC

## Implants spécifiquement adapté au patient

### Transformation :

- Rémunération supplémentaire non adéquate
- Tableau «3D implants et guides » avec les codes CHOP 00.9A.6- «Utilisation d'implants spécifiques au patient, fabriqués en préopératoire par imagerie 3D...» inclus dans le DRG D24A «Plasties de la peau complexes et grandes interventions au niveau de la tête et de la gorge...»
- Tableau «Insertion d'un implant CAD» établi dans le DRG D02A «Résections complexes avec reconstructions au niveau de la tête et de la gorge...» et dans le DRG B09B «Autres interventions sur le crâne pour néoformations malignes du système nerveux»
- Tableau avec codes CHOP 00.9A.6- «Utilisation d'implants spécifiques au patient, fabriqués en préopératoire par imagerie 3D...» supprimé du DRG I13A
- tous les autres CHOP ne présentent pas une consommation plus élevée de ressources

# Systeme nerveux MDC 01

## Interventions intracrâniennes

### Remarque :

- Surévaluation des codes CHOP 39.77.00 «*Intervention endovasculaire transluminale percutanée sur vaisseau(x) intracrânien(s), SAP*» et 39.77.09 «*Intervention endovasculaire transluminale percutanée sur vaisseau(x) intracrânien(s), autre*» dans le DRG de base B20 «*Interventions intracrâniennes particulières ou complexes ou grande opération de la colonne vertébrale*»

### Transformation :

- Suppression de ces codes CHOP de «*Fonctions*» et du tableau «*Interventions intracrâniennes endovasculaires*» dans les DRG de base B01, B02, B20

# Systeme nerveux MDC 01

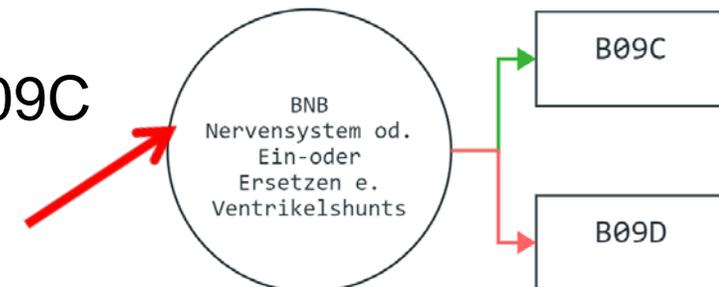
## Drainage ventriculaire

### Demande :

- DRG B09C «*Autres interventions sur le crâne pour néoformations malignes du système nerveux...*» présente une hétérogénéité considérable des coûts
- examiner le séparateur de coûts code CHOP 02.34 «*Drainage ventriculaire vers la cavité et les organes abdominaux*»

### Transformation :

- Inclusion des codes CHOP 02.31 à -.35 «*Drainage ventriculaire...*» et 02.42.10 à -.99 «*Réinsertion de drain ventriculaire,...*»  
comme critère de split pour un nouveau DRG B09C



# Systeme nerveux MDC 01

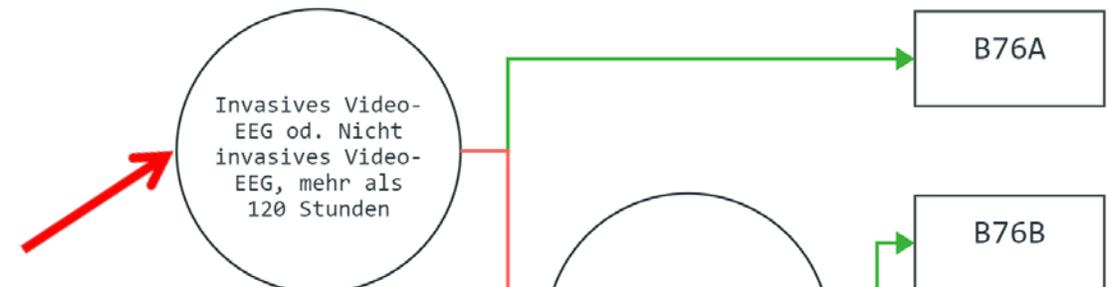
## Vidéo-EEG

### Remarque :

- Cas sous-rémunérés dans le DRG B76C
- le séparateur de coûts se révèle être «*vidéo-EEG invasif et non invasif vidéo-EEG, plus de 120 heures*»

### Transformation :

- nouveau DRG B76A «*Crises convulsives avec vidéo-EEG invasif ou vidéo-EEG non invasif à partir de 120 heures, plus d'un jour d'hospitalisation*»



# Systeme nerveux MDC 01

## Néoforinations malignes

### Problème :

- Code ICD C41.01 «*Tumeur maligne: Kraniofazial*» représenté dans DP tableau MDC «GNO»
- en lien avec les codes CHOP 01.51.21/- .22 «*Excision de tissu intracérébral de tumeur primaire (d'origine non cérébrale)*» dans MDC 01 médicalement plus adéquat

### Transformation :

- Déplacement du code ICD «*Néoforinations...*» dans DP tableau MDC 01
- Inclusion dans le DRG de base B66 «*Néoforinations du système nerveux ou coma ou état stuporeux, d'origine non traumatique*»

→ Représentation adéquate des cas

# Systeme nerveux MDC 01

## Maladie de Parkinson

### Annotation :

- avec les données 2022, possible première saisie du code CHOP 99.2B.12  
*«Instauration du traitement de la maladie de Parkinson au stade avancé avec une pompe à lévodopa/carbidopa»*
- les données montrent clairement un supplément de coûts au sein du DRG de base B67 *«Maladie de Parkinson ou traitement complexe des atteintes motrices extrapyramidales à partir de 7 jours de traitement...»*

### Transformation :

- Inclusion du code CHOP 99.2B.12 dans le DRG de base B67
- nouveau split B67A avec *«Maladie de Parkinson avec diminution extrême»* OU *«Instauration pompe à lévodopa»*

# Systeme nerveux MDC 01

## Paralysies cérébrales

### Problème :

- Cas avec DP G80.9 «*Paralysie cérébrale, sans précision*» regrouper dans le DRG de base B81 «*Myélopathies vasculaires ou autres affections du système nerveux, plus d'un jour d'hospitalisation*»

### Transformation :

- promouvoir l'homogénéité médicale
- Inclusion ICD G80.9 dans DP tableau du DRG de base B85 «*Maladies dégénératives du système nerveux ou paralysies cérébrales, plus d'un jour d'hospitalisation*»

# Systeme nerveux MDC 01

## Artérite cérébrale

### Demande :

- Code ICD I67.7 «*Artérite cérébrale, non classée ailleurs*» 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*» représenté de manière incohérente du point de vue médical

### Transformation :

- Inclusion code ICD I67.7 dans le DRG de base B81 «*Myélopathies vasculaires ou autres affections du système nerveux, plus d'un jour d'hospitalisation*»

→ représenté de manière adéquate du point de vue médical et économique

# Systeme nerveux MDC 01

## 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 B69B et DRG B69C → DRG B69B «*Accident ischémique transitoire (AIT) et occlusion de vaisseaux extracrâniens, avec autre traitement neurologique complexe d'accident vasculaire cérébral aigu ou acte diagnostique neurologique complexe ou CC extrêmement sévères*»
- Fusion des DRG B90A et DRG B90B → DRG B90A «*Maladies et troubles du système nerveux avec réadaptation précoce à partir de 21 jours de traitement ou traitement complexe en U-IMC > 1176/1104 points ou procédure opératoire complexe*»

# Maladies de l'oeil MDC 02

## Vitrectomie par la pars plana

### Demandses :

- DRG de base C03 «*Interventions sur la rétine, la choroïde, le vitré, la chambre postérieure de l'œil*» par «*Vitrectomie par la pars plana (VPP)*» sous-rémunéré
- vérifier la représentation des cas en lien avec les codes CHOP 14.73.10 «*Vitrectomie mécanique par voie antérieure, vitrectomie par la pars plana*» et 12.79.20 «*Mise en place d'un implant de drainage antiglaucomateux*»
- dans le DRG C06B cas avec le code ICD Z96.1 «*Présence d'implants intraoculaires de cristallin*» sont également sous-rémunérés

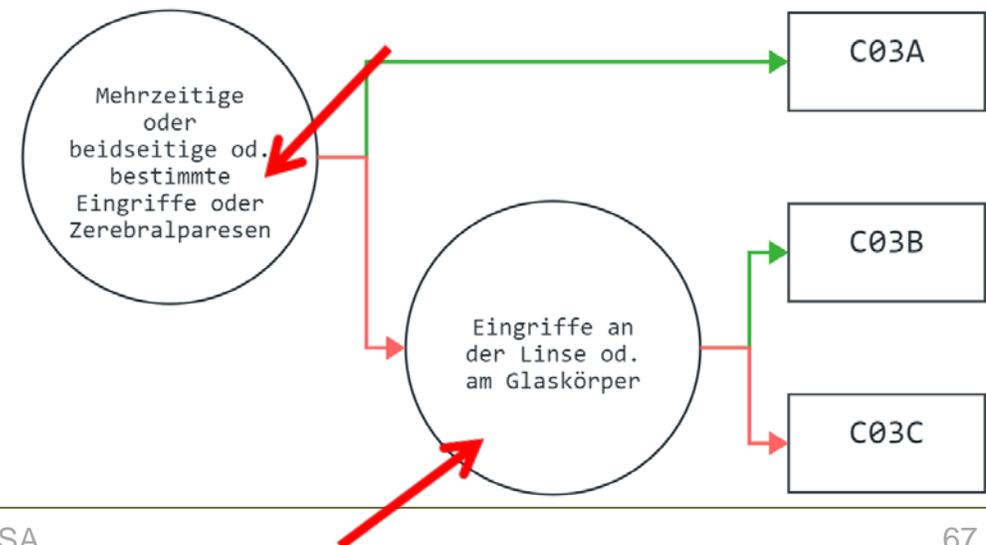
# Maladies de l'oeil MDC 02

## Vitrectomie par la pars plana

### Transformation :

- Élargissement de la logique du DRG C03A avec codes CHOP 12.79.20 «Mise en place d'un implant de drainage antiglaucomateux» **et** 14.73.10 «Vitrectomie mécanique par voie antérieure, vitrectomie par la pars plana»
- Revalorisation du code CHOP 14.73.10 dans le DRG C03B

→ Représentation du code ICD Z96.1  
«Présence d'implants intraoculaires de cristallin»  
adéquate



# Maladies de l'oeil MDC 02

## Biopsies

### Analyse :

- Procédure «*Biopsie*» souvent surévaluée dans MDC 02

### Transformation :

- Biopsies percutanées / endoscopiques incluses dans le tableau «*Procédure non opératoire*»
- Inclusion de ces biopsies dans le DRG C14Z «*Interventions sur la conjonctive ou autres procédures*» adéquate

# Maladies de l'oeil MDC 02

## Intervention vasculaire

### Annotation :

- Code CHOP 38.12 «*Endartériectomie d'autres vaisseaux de la tête et du cou*» non représenté jusqu'à présent dans MDC 02

### Transformation :

- Inclusion du code CHOP 38.12 dans le tableau pour DRG C14Z «*Interventions sur la conjonctive ou autres procédures*»

→ Représentation adéquate au sein du MDC 02

# GNO MDC 03

## Anastomose microvasculaire

### Remarque :

- les cas avec anastomose microvasculaire indiquent une consommation élevée de ressources
- dans le DRG de base D24 «*Plasties de la peau complexes et grandes interventions au niveau de la tête et de la gorge*» sous-rémunérés

### Transformation :

- Logique du DRG de base D24 révisée
- Cas avec «*Transplantation de tissu avec anastomose microvasculaire*» regrouper sans autre condition dans le DRG de base D24

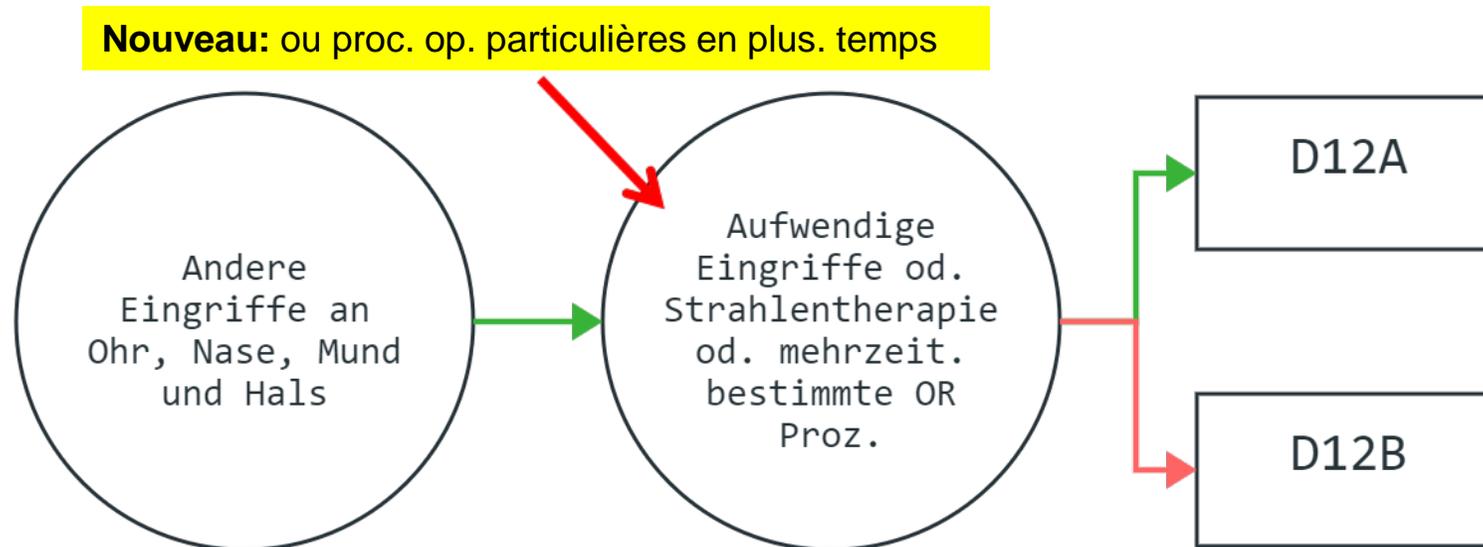
# GNO MDC 03

## Interventions particulières en plusieurs temps

### Remarque :

- Cas avec interventions en plusieurs temps sous-rémunérés dans le DRG D12B «Autres interventions sur l'oreille, le nez, la bouche et la gorge»

### Transformation :



# GNO MDC 03

## Biopsies

### Analyse :

- un jour d'hospitalisation DRG D86Z «*Maladies et troubles de l'oreille, du nez, de la bouche et de la gorge, un jour d'hospitalisation*» avec une biopsie percutanée / endoscopique présentent une consommation de ressources plus élevée

### Transformation :

- Split du DRG D86Z
- Cas avec «*Procédure non opératoire GNO (Biopsie)*» et un jour d'hospitalisation regrouper dans le DRG D86A «*Maladies et troubles de l'oreille, du nez, de la bouche et de la gorge avec procédure particulière, un jour d'hospitalisation*»

# GNO MDC 03

## Homogénéité médicale

### Problème :

- Code ICD D21.0 «*Tumeur bénigne: Tissu conjonctif et autres tissus mous de la tête, de la face et du cou*» dans MDC 08 n'est pas bien représenté du point de vue médical et économique

### Transformation :

- Code ICD D21.0 du DP tableau MDC 08 déplacé dans DP tableau MDC 03
- Diagnostic représenté de manière adéquate dans le DRG de base D66 «*Autres maladies de l'oreille, du nez, de la bouche et la gorge*»

# Organes respiratoires MDC 04

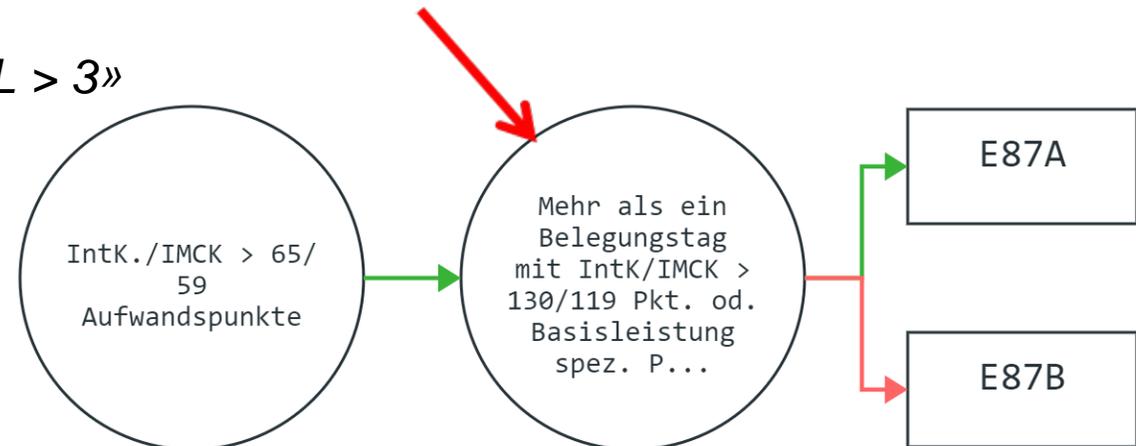
## Split PCCL

### Problème :

- Cas dans DRG E87A «*Maladies et troubles des organes respiratoires avec traitement complexe de soins intensifs/TC en U-IMC > 130/119 points et plus d'un jour d'hospitalisation ou...*» avec PCCL > 2 surrémunérés

### Transformation :

- Split DRG E87A augmenté à «PCCL > 3»

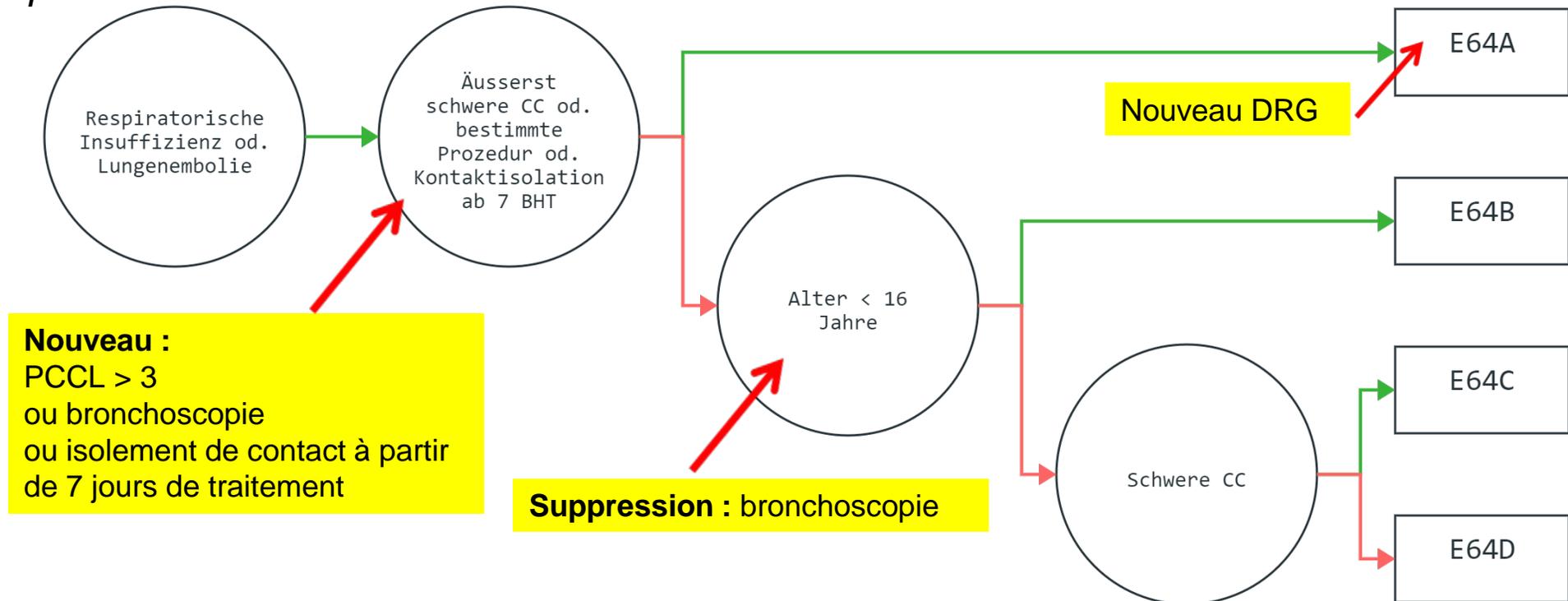


# Organes respiratoires MDC 04

## Hétérogénéité des coûts

### Analyse :

- large dispersion des coûts au sein du DRG E64A «*Insuffisance respiratoire ou embolie pulmonaire...*»



# Organes respiratoires MDC 04

## Insertion de dispositifs bronchiques

### Problème :

- Surévaluation «*Instillation endoscopique de substance pour réduction de volume pulmonaire*» dans le DRG E65A «*Maladies chroniques obstructives des voies respiratoires...*»

### Transformation :

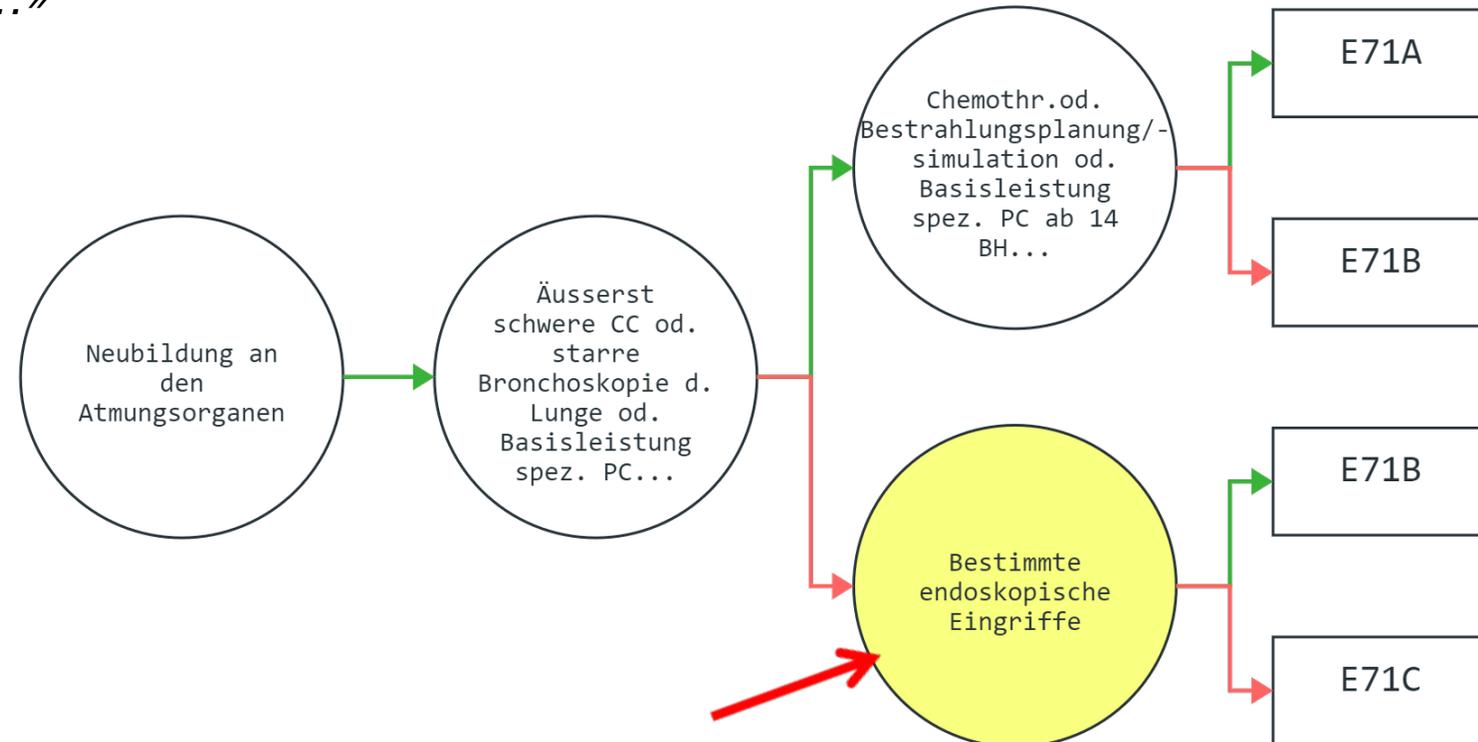
- Suppression du groupe de codes CHOP 33.79.- «*Insertion endoscopique d'autre dispositif ou substance bronchique*» de la logique pour le DRG E65A
- par conséquent une revalorisation des cas au sein du DRG E65A

# Organes respiratoires MDC 04

## Interventions endoscopiques

### Autre transformation :

- nouveau split dans le DRG E71B «*Néoplasmes des organes respiratoires avec CC extrêmement sévères ou...*»



# Organes respiratoires MDC 04

## Symptômes de l'appareil respiratoire

### Problème :

- Codes ICD avec «*Symptômes ou résultats anormaux relatifs à l'appareil respiratoire*» non représentés de manière adéquate
- Regroupement jusqu'à présent dans le DRG de base E65 «*Maladies chroniques obstructives des voies respiratoires...*» ou DRG E75 «*Autres maladies des organes respiratoires...*»

### Transformation :

- Codes ICD égalés dans le DRG de base E75 «*Autres maladies des organes respiratoires, plus d'un jour d'hospitalisation*»

# Organes respiratoires MDC 04

## Interventions endoscopiques

### Problème :

- Cas sous-rémunérés dans les DRG de base E77 «*Autres infections et inflammations des organes respiratoires*», E71 «*Néoforations des organes respiratoires*», E75 «*Autres maladies des organes respiratoires*»
- Augmentation des coûts des interventions endoscopiques sur le système digestif

### Transformation :

- Création d'un tableau d'interventions endoscopiques particulières sur le système digestif dans le MDC 04
- Revalorisation de ces cas dans le DRG E77A «*Autres infections et inflammations des organes respiratoires avec...*» et E75A «*Autres maladies des organes respiratoires,...*»

# Organes respiratoires MDC 04

## 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 E77C, DRG E77D et DRG E77E → DRG E77C «*Autres infections et inflammations des organes respiratoires*»

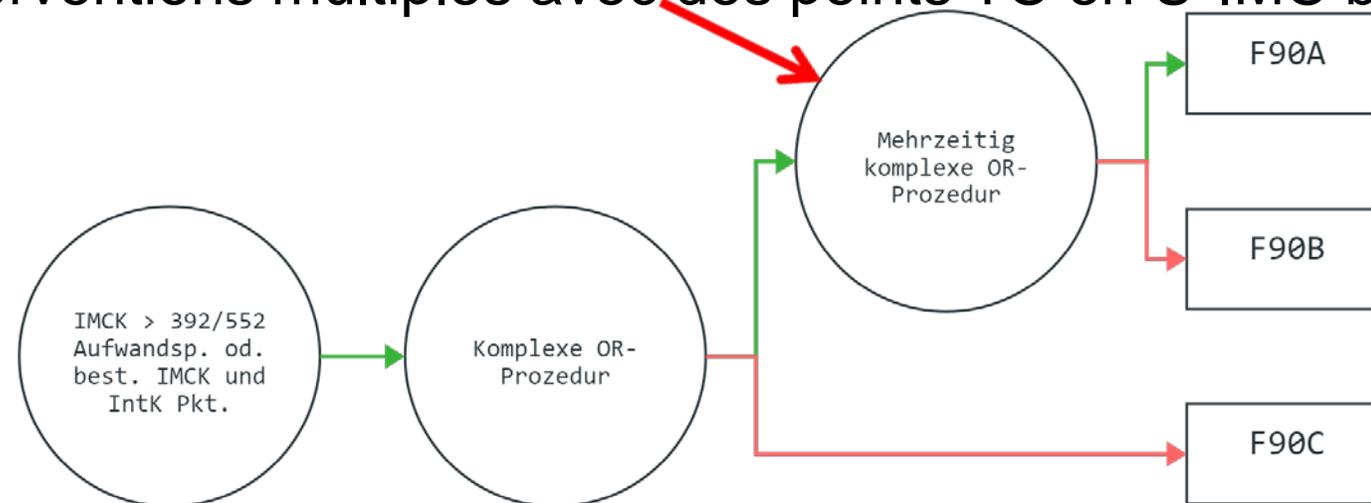
# Appareil circulatoire MDC 05

## Interventions en plusieurs temps

### Demande :

- Cas hautement complexes avec interventions multiples dans le DRG de base DRG F90 «*Maladies et troubles de l'appareil circulatoire avec traitement complexe en U-IMC > 392/552 points ou traitement complexe de soins intensifs particulier avec points de traitement complexe en unité de soins intermédiaires*» déficitaire
- Examen des interventions multiples avec des points TC en U-IMC bas

### Transformation :



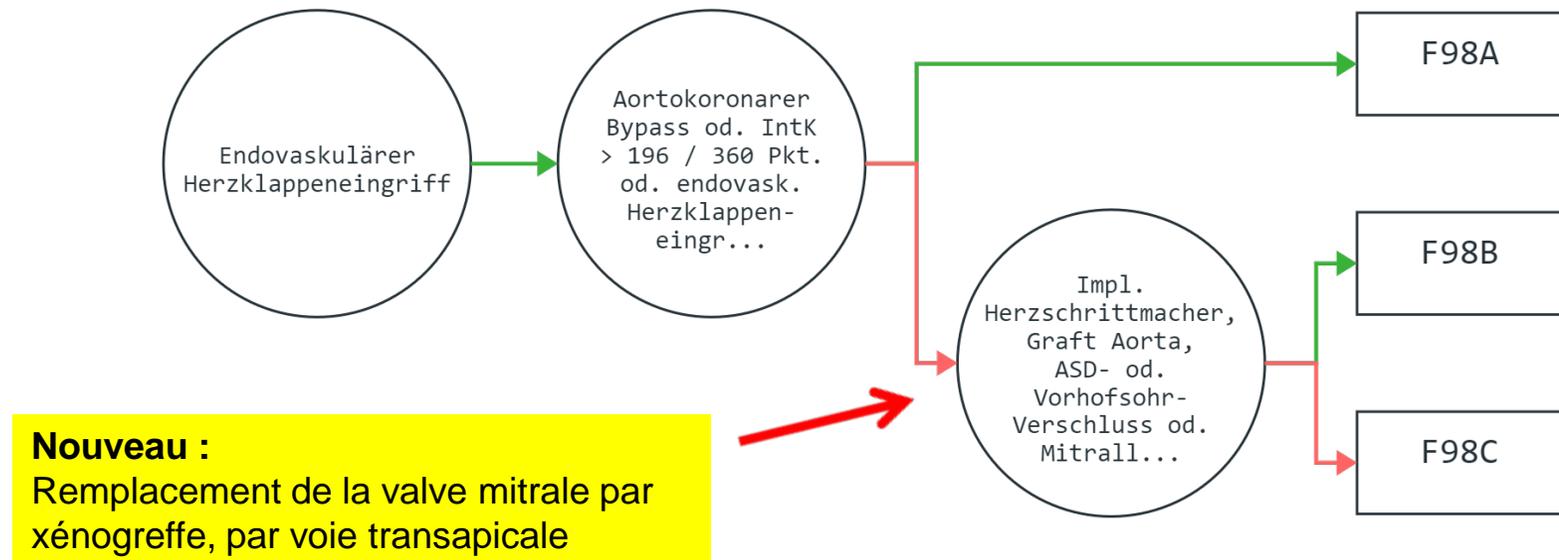
# Appareil circulatoire MDC 05

## Remplacement de la valve mitrale par voie transapicale

### Demande :

- Sous-rémunération du code CHOP 35.F2.25 «*Remplacement de la valve mitrale par xénogreffe (bioprothèse), par voie transapicale, avec utilisation d'un système d'abord et d'obturation apical percutané*» dans le DRG F98C «*Intervention valvulaire cardiaque endovasculaire, âge > 15 ans*»

### Transformation :



# Appareil circulatoire MDC 05

## Remplacement de valve par voie mini-invasive

### Demande :

- Quantité de cas non homogène dans le DRG F03E «*Intervention valvulaire cardiaque avec cœur-poumon artificiel*»
- revaloriser les interventions du groupe de codes 35.F- «*Implantation mini-invasive d'une prothèse valvulaire aortique*»

### Transformation :

- Tableau avec «*Bioprothèses*» supprimé du DRG F03C
- nouveau critère de split «*Remplacement mini-invasif de valve par xélogreffe (bioprothèse)*» dans le DRG F03D

→ Cas représentés ici de manière adéquate

# Appareil circulatoire MDC 05

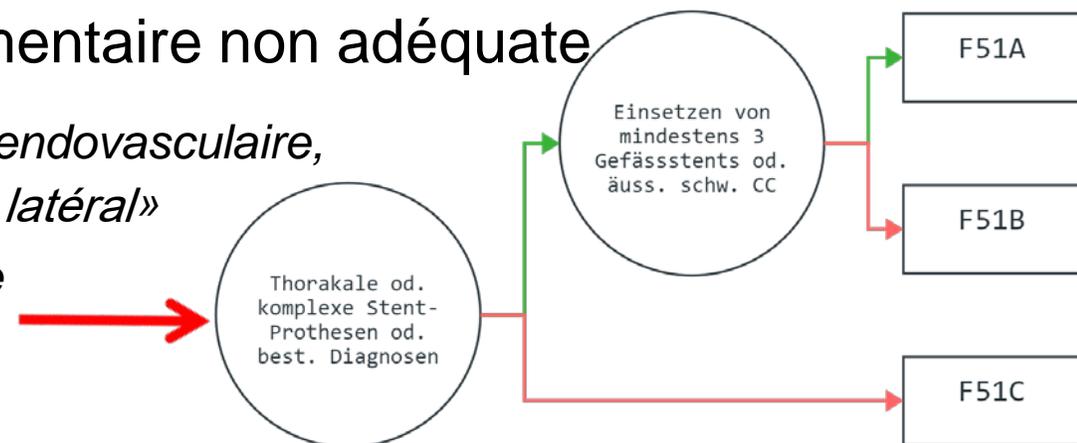
## Endoprothèses (stent) iliaques

### Demande :

- Rémunération ZE-2024-152.03 pour les codes CHOP 39.7A.11-16  
«*Implantation endovasculaire, iliaque, selon le nombre, sans bras latéral*» selon le nombre d'endoprothèses utilisés

### Transformation :

- Différenciation de la rémunération supplémentaire non adéquate
- Revalorisation de 39.7A.13-16 «*Implantation endovasculaire, iliaque, 3-6 et plus d'endoprothèses (stent), sans bras latéral*» dans le DRG F51B «*Implantation endovasculaire d'endoprothèse (stent) complexe ....ou implantation d'endoprothèse (stent) particulière*»



# Appareil circulatoire MDC 05

## Interventions cardiothoraciques

### Demande :

- Interventions de chirurgie vasculaire ouvertes codes CHOP 38.44.- «Résection de l'aorte abdominale, avec remplacement...» et 39.29.- «Autre pontage ou shunt vasculaire (périphérique)...» dans le DRG de base F31 «Autres interventions cardiothoraciques ou interventions vasculaires particulières» ne couvrent pas les coûts
- Examen de la représentation adéquate des deux groupes de codes avec de nouveaux critères de split dans le DRG de base F31

### Démarche :

- Analyse des logiques existantes
- Nettoyage approfondi des tableaux dans le DRG de base F31

# Appareil circulatoire MDC 05

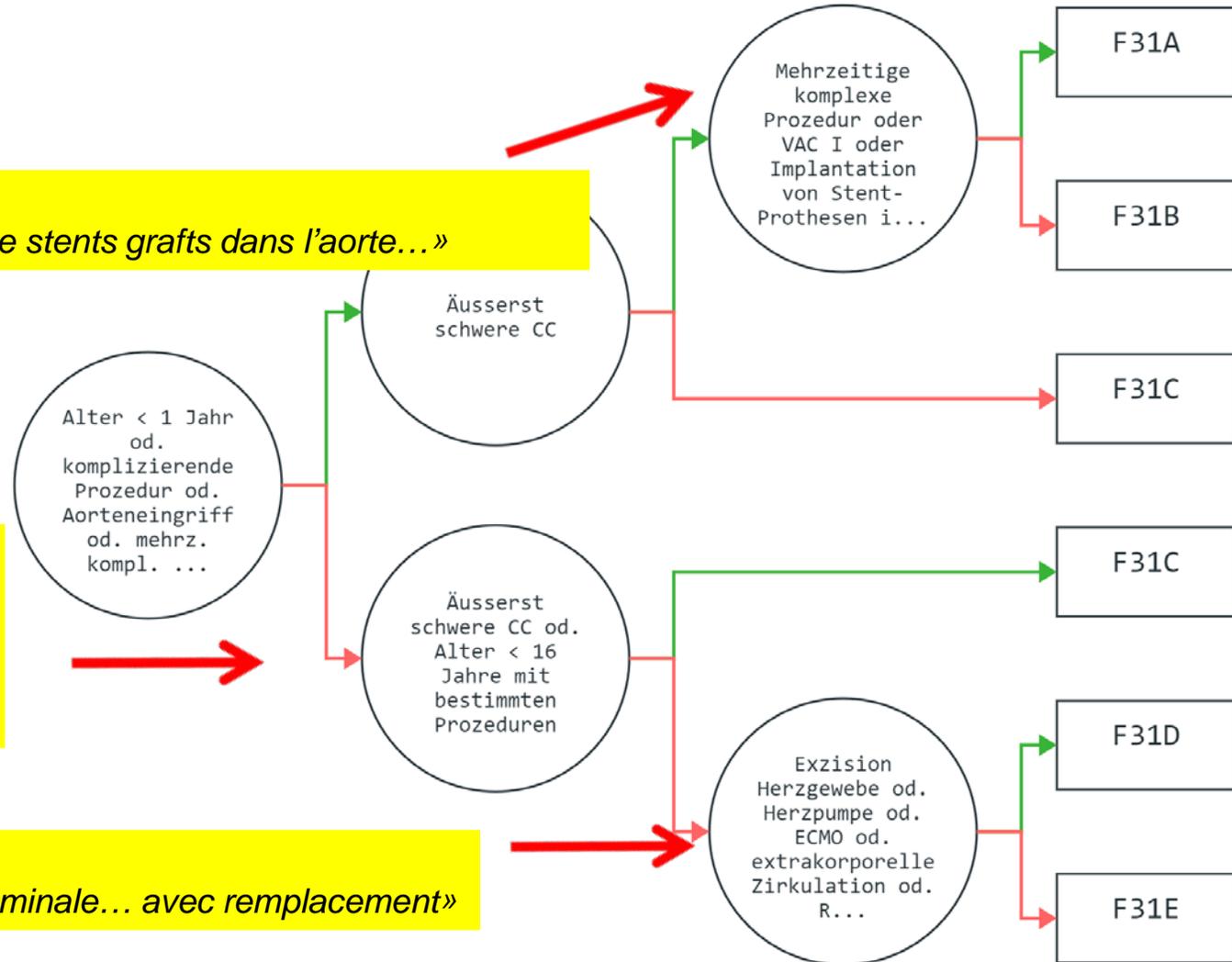
## Interventions cardiothoraciques

### Transformation :

**Nouveau :**  
39.71.-et 39.73.- «*Implantation endovasculaire de stents grafts dans l'aorte...*»

**Nouveau :**  
Âge < 16 ans et  
38.44.- «*Résection de l'aorte abdominale  
...avec remplacement*»  
ou ECMO, excision de tissu cardiaque

**Nouveau :**  
ou 38.44.- «*Résection de l'aorte abdominale... avec remplacement*»



# Appareil circulatoire MDC 05

## Fermeture de l'oreillette gauche par atriclip

### Demande :

- Examen de la représentation des codes CHOP 37.90.09 «*Insertion de dispositif dans l'oreillette gauche, autre*» et 37.99.30 «*Ligature d'oreillette*»
- le code 37.90.09 doit être codé en cas d'utilisation d'un «*Atriclip*»
- Égalisation des deux codes CHOP

### Transformation :

- Inclusion du code 37.90.09 «*Insertion de dispositif dans l'oreillette gauche, autre*» dans le DRG de base DRG F31 «*Autres interventions cardiothoraciques ou interventions vasculaires particulières*»
- autres adaptations ne sont pas adéquates

# Appareil circulatoire MDC 05

## Canal artériel

### Analyse :

- Codes CHOP 39.99.31-38 «*Fermeture par cathéter du canal artériel de Botal, avec...*» représentés dans le DRG de base F59
- Représentation dans le DRG de base F19 médicalement plus judicieuse et adéquate

### Transformation :

- Suppression des codes CHOP du DRG de base F59 «*Interventions vasculaires complexes ou moyennement complexes*»
- Inclusion des codes CHOP dans le DRG de base F19 «*Autre intervention transluminale percutanée sur le cœur, l'aorte et les vaisseaux pulmonaires ou procédés particuliers*»

# Appareil circulatoire MDC 05

## Implantation d'un système de défibrillation

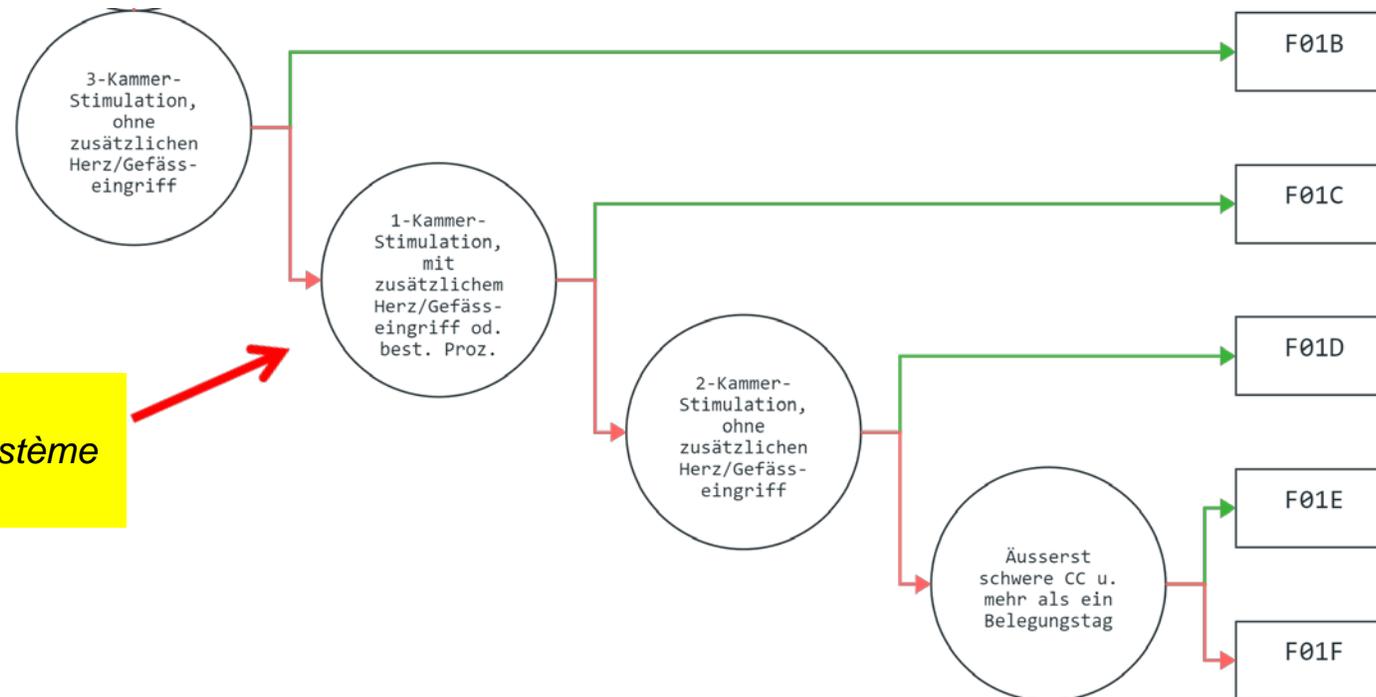
### Remarque :

- Les analyses ont révélé une sous-rémunération du code CHOP 37.8E.31 «*Implantation d'un système sous-cutané de défibrillation*»

### Transformation :

#### Inclusion :

37.8E.31 «*Implantation d'un système sous-cutané de défibrillation*»



# Appareil circulatoire MDC 05

## Procédures particulières en plusieurs temps

### Problème :

- Sous-rémunération des implantations de pacemaker à triple chambre en combinaison avec «*Procédures en plusieurs temps*» dans DRG F12C

### Transformation :

F12A et F12B fusionés

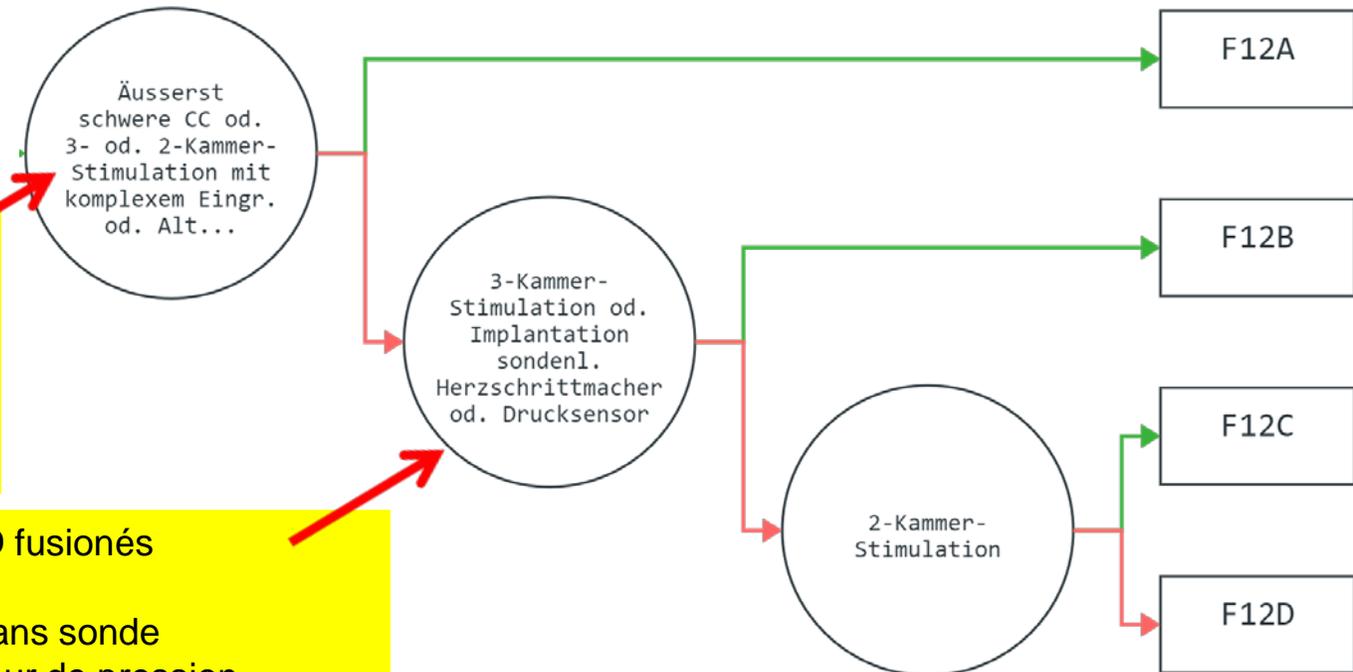
#### Inclusion :

CC extrêmement sévères  
ou pacemaker à triple chambre  
et impl. d'électrodes  
et proc. op. particulières en plusieurs temps

F12C et F12D fusionés

#### Inclusion :

Pacemaker sans sonde  
ou impl. capteur de pression



# Appareil circulatoire MDC 05

## Stimulation du système de conduction des stimuli

### Demande :

- Inclusion du code CHOP 39.A1.21 «*Mise en place d'une électrode pour la stimulation directe du système de conduction intracardiaque (His Bundle Pacing)*» dans les DRG avec «*Implantation de pacemaker ou de défibrillateur*»

### Transformation :

- Inclusion du code CHOP 39.A1.21 comme critère de split dans les DRG de base F01, F02, F03, F06, F12, F17, F18, F98
- et fonction «*Procédures opératoires particulières*»

→ Représentation adéquate

# Appareil circulatoire MDC 05

## Angioplastie par lithotripsie

### Demande :

- Cas avec code CHOP 39.50.15 «*Angioplastie ou athérectomie d'autre(s) vaisseau(x) non-coronaire(s), par lithotripsie*» dans le DRG F59G
- en combinaison avec «*ballonnets libérant des substances médicamenteuses*» dans le DRG F59F
- les deux procédures sont sous-couvertes dans les DRG

### Transformation :

- Revalorisation du code CHOP 39.50.15 dans le DRG F59F
- Les deux procédures codes 39.50.15 en combinaison avec 00.4C.11-14 «*Insertion de 1 – 4 et plus de ballonnets libérant des substances médicamenteuses*» dans le DRG F59E

# Appareil circulatoire MDC 05

## Implantation stents

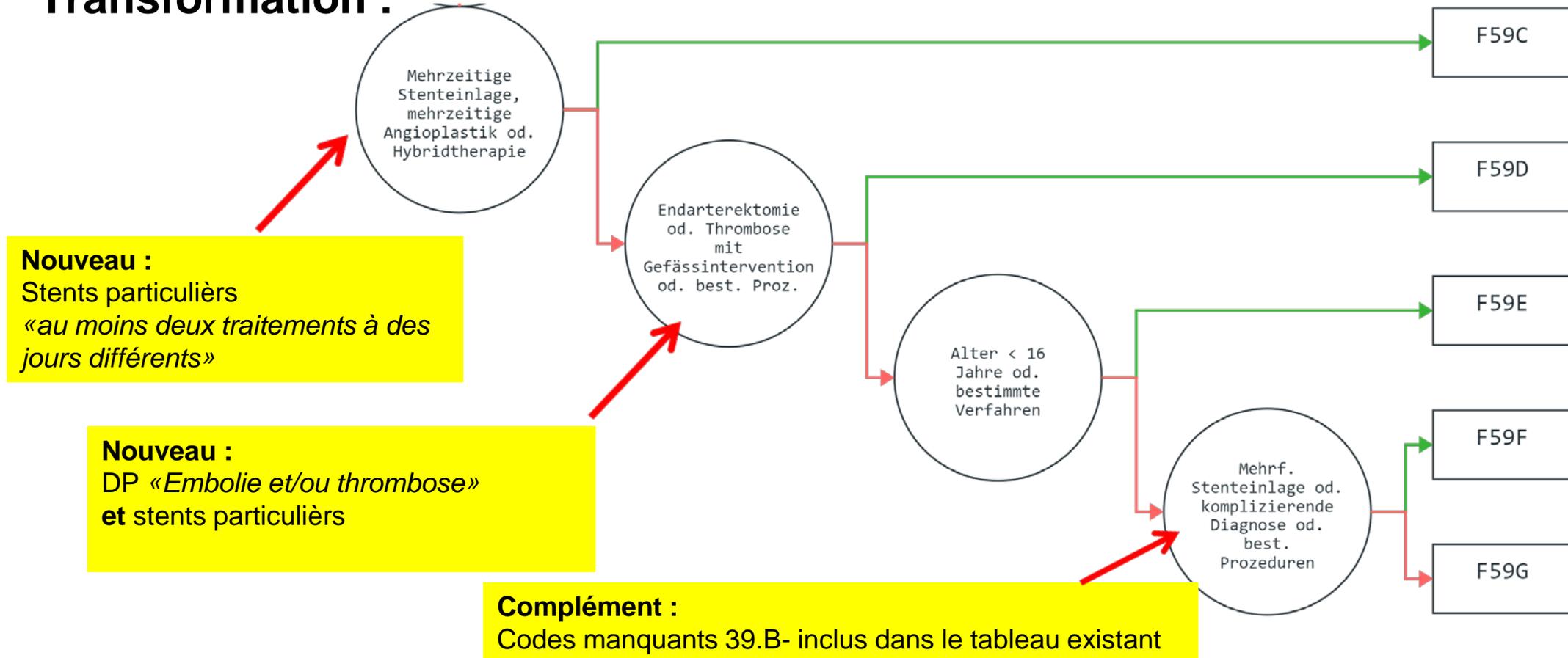
### Demande :

- Codes CHOP 39.B- «*Implantation transluminale (percutanée) de... stents* » avec les localisations «*autres artères abdominales et pelviennes / artère iliaque / vaisseaux viscéraux*» manquants dans le DRG de base F59 «*Interventions vasculaires complexes ou moyennement complexes*»
- Vérification du regroupement de ces codes
- Procédures combinées sous-rémunérées pour les cas avec «*Thromboses veineuses*»

# Appareil circulatoire MDC 05

## Implantation stents

### Transformation :



# Appareil circulatoire MDC 05

## Procédures en plusieurs temps

### Demande :

- le DRG F59C n'est activé que si deux procédures identiques sont effectuées à des dates différentes
- adapter le critère de split pour le DRG F59C → Même des traitements différents à des jours différents doivent être regroupés à un niveau plus élevé

### Transformation :

- nouvelle logique de split pour le DRG F59C «*Interventions vasculaires complexes ou moyennement complexes...*» inclus pour «*Interventions en plusieurs temps*»

# Appareil circulatoire MDC 05

## Angioplastie coronaire percutanée (ACTP)

### Demande :

- Revalorisation au sein du MDC 05
  - Codes CHOP 00.4C.1- «*Insertion de 1 ballonnet et plus libérant des substances médicamenteuses*» selon le nombre
  - Codes CHOP 39.C1.1- «*1-20 et plus stents implantés*» selon le nombre
- Revalorisation de la combinaison des codes CHOP 00.4C.1- «*Insertion de 1 ballonnet et plus libérant des substances médicamenteuses*» et 39.C1.1- «*1 et plus stents implantés*» dans le DRG de base F24 «*Perkutane Koronarangioplastie (PTCA)*»

# Appareil circulatoire MDC 05

## Angioplastie coronaire percutanée (ACTP)

### Transformation :

- Revalorisation de 39.C1.12-1M «2 et plus stents implantés» dans le DRG F24A
- Revalorisation de 00.4C.13-14 «Insertion de 3 ballonnets et plus libérant des substances médicamenteuse» dans le DRG F24C
- Revalorisation de la combinaison 39.C1.11 «1 stent implanté» **et** 00.4C.11-12 «Insertion de 1-2 ballonnets libérant des substances médicamenteuse» in DRG F24C
- Revalorisation de 00.4C.12 «Insertion de 2 ballonnets libérant des substances médicamenteuse» dans le DRG F13B «Amputation lors de maladies cardio-vasculaires...»
- Revalorisation de 00.4C.13-14 «Insertion de 3 ballonnets et plus libérant des substances médicamenteuse» dans le DRG F59E «Interventions vasculaires complexes ou moyennement complexes...»

# Appareil circulatoire MDC 05

## 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 F02A et DRG F02B → DRG F02Z «*Changement d'agrégat d'un défibrillateur cardiovertteur (AICD), stimulation double ou triple chambre*»

# Organes digestifs MDC 06

## Traitement complexe de soins intensifs et TC en U-IMC

### Demande :

- Examiner les points de TC de SI et TC en U-IMC comme séparateur de coûts dans le DRG de base G12 «*Autres procédures opératoires sur les organes digestifs*»

### Transformation :

- nouveau critère de split pour le DRG G12A «*Autres procédures opératoires sur les organes digestifs... ou traitement complexe de soins intensifs > 130/119 ou traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 130/184 points*»

# Organes digestifs MDC 06

## Diastasis des grands droits

### Demande :

- Revalorisation des opérations de hernies avec fermeture simultanée d'un diastasis des grands droits existant

### Transformation :

- dans la condition de split du DRG G09E → simultanée «*Opération de hernie*» **et** code CHOP 83.65.14 «*Autre suture de muscle ou de fascia, paroi thoracique, abdomen et dos d'un diastasis des grands droits*» **et** diagnostic secondaire code ICD M62.08 «*Diastasis musculaire*»
- même condition de split dans le DRG I27B → ici en relation avec le diagnostic secondaire code ICD «*Hernie*»

# Organes digestifs MDC 06

## Coloscopie et gastroscopie

### Remarque :

- Coloscopie et iléoscopie, respectivement avec biopsie, codes CHOP 45.25 «*Biopsie fermée [endoscopique] du gros intestin*» **et** 45.14 «*Biopsie fermée [endoscopique] de l'intestin grêle*»
- selon le manuel de codage seule la partie la plus profondément examinée peut-être codée  
→ ici le code CHOP 45.14
- Code CHOP 45.14 regroupé dans le DRG G46C (V13.0)
- Code CHOP 45.25 regroupé par contre dans le DRG G48A (V13.0)

# Organes digestifs MDC 06

## Coloscopie et gastroscopie

### Transformation :

- DRG de base G48 «*Coloscopie...*» inclus dans le DRG de base G46 «*Gastroscopie complexe...*»
- DRG G46A élargi avec condition de split «*Maladie intestinale inflammatoire et âge <16 ans*» OU «*Interventions en plusieurs temps(Gastroscopie/coloscopie complexe)*»
- DRG G46B inclusion «*Thérapie complexe coloscopie*»
- Conditions du DRG G48A partiellement incluses dans le DRG G46C
- un jour d'hospitalisation-DRG G86A :
  - Inclusion de «*Interventions endoscopiques sur l'intestin (coloskopie)*» OU «*Gastroscopie*»

# Organes digestifs MDC 06

## 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 G71A et DRG G71B → DRG G71A «*Autres affections moyennement sévères des organes digestifs, avec CC sévères et plus d'un jour d'hospitalisation, ou âge < 16 ans*»

# Systeme hépatobiliaire MDC 07

## Cholécystite aiguë

### Demands :

- Cholécystite aiguë non représentée de manière adéquate dans le DRG de base H07 «*Cholécystectomie*» → les cas doivent être regroupés dans le DRG H07B
- Vérifier la variable «*Urgence*» comme critère de split
- Cas avec DS sévères / complications ou libération d'adhérences coûteuse

### Transformation :

- Split du DRG existant H07C avec DP codes K80.- / K81.0 «*Cholécystite aiguë*» ou code CHOP «*Libération d'adhérences*»

# Systeme hépatobiliaire MDC 07

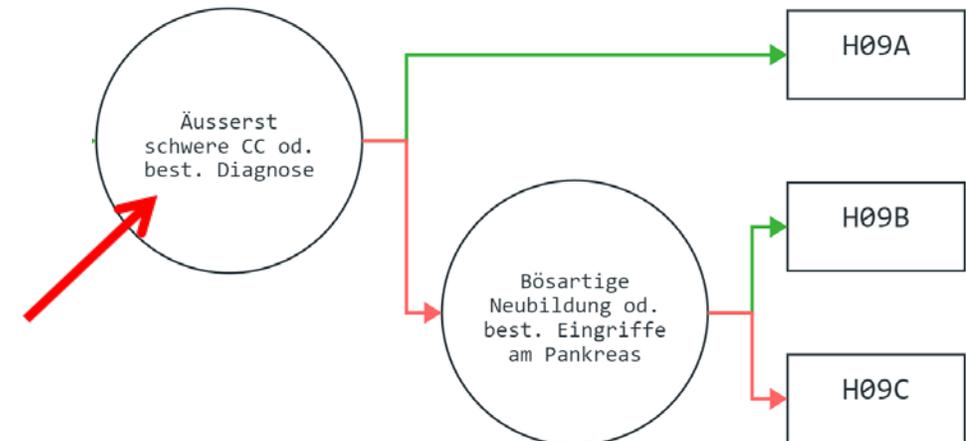
## Fistule pancréatique

### Demande :

- Examen de la fistule pancréatique comme complication d'une pancréatectomie dans le DRG de base H09 «*Interventions sur le pancréas et le foie ...*»
- les diagnostics supplémentaires et la durée de séjour plus longue entraînent des coûts plus élevés

### Transformation :

- Codes ICD K86.8- «*Autres maladies précisées du pancréas*» revalorisés dans le DRG H09A



# Systeme hépatobiliaire MDC 07

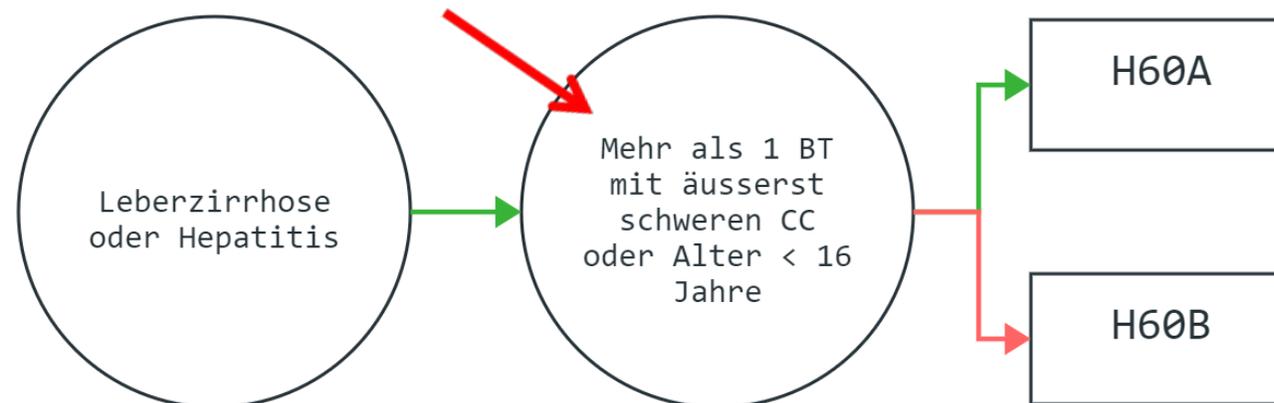
## Split PCCL

### Problème :

- Cas avec CC sévères et un jour d'hospitalisation dans le DRG H60A  
«Cirrhose hépatique avec CC extrêmement sévères ou âge < 16 ans» surrémunérés

### Transformation :

- Logique existante «PCCL > 3» liée à «plus d'un jour d'hospitalisation»



# Systeme hépatobiliaire MDC 07

## Interventions endoscopiques sur l'intestin

### Demande :

- la demande de l'année précédente pour les cas dans DRG H61B  
«Néof ormation maligne sur le système hépatobiliaire et le pancréas» avec  
«Transfusionsbedarf» OU «IMC-Aufenthalt» a été rejetée
- des procédés particuliers thérapeutiques se sont révélés être coûteux en ressources lorsqu'ils ont été examinés à nouveau

### Transformation :

- Inclusion du tableau pour «Interventions endoscopiques sur l'intestin» avec codes CHOP 44.43.-, 45.-, 48.2-, 49.- dans le DRG H61A

# Systeme hépatobiliaire MDC 07

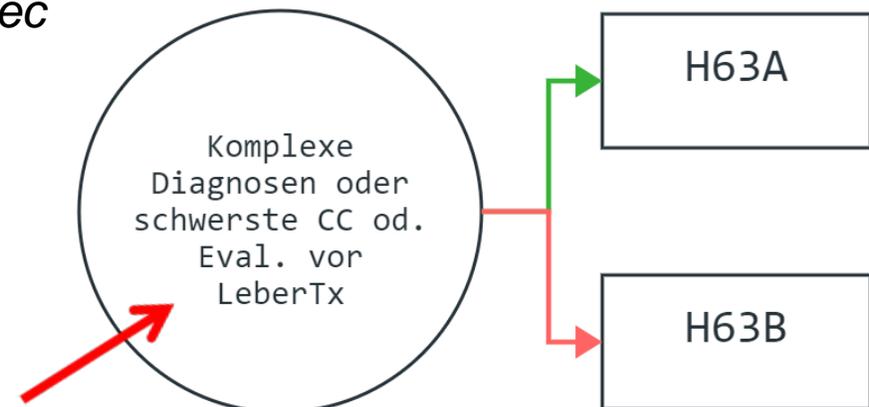
## Évaluation transplantation hépatique

### Problème :

- Cas avec «*Évaluation avant transplantation hépatique*» dans le DRG de base H63 ne sont pas représentés de manière adéquate

### Transformation :

- Élargissement de la logique pour le DRG H63A «*Affections du foie sauf néoformation maligne,... ou CC extrêmement sévères avec séjour d'évaluation avant transplantation hépatique...*»



# Systeme hépatobiliaire MDC 07

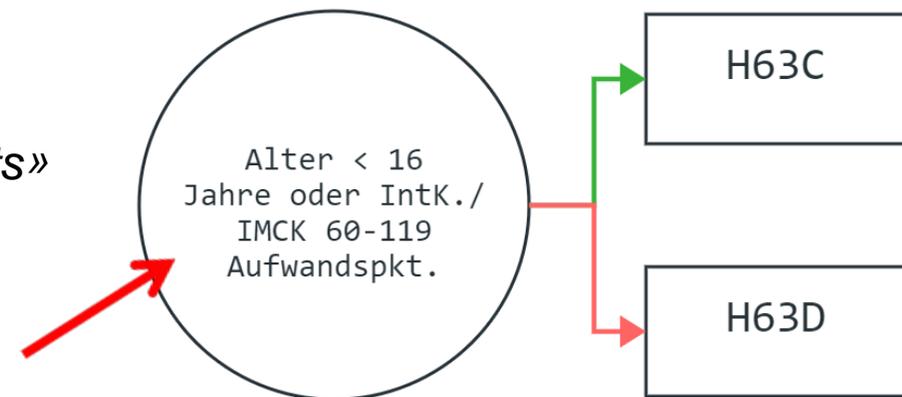
## Traitement complexe de soins intensifs et TC en U-IMC

### Demande :

- Demande d'analyse d'homogénéité du DRG H63D «*Affections du foie sauf néoformation maligne, cirrhose hépatique...*» avec indication du séjour pour TC de SI /TC en U-IMC

### Transformation :

- Condition de split révisée
- Inclusion de «*TC de SI / TC en U-IMC 60-119 points*» pour DRG H63C



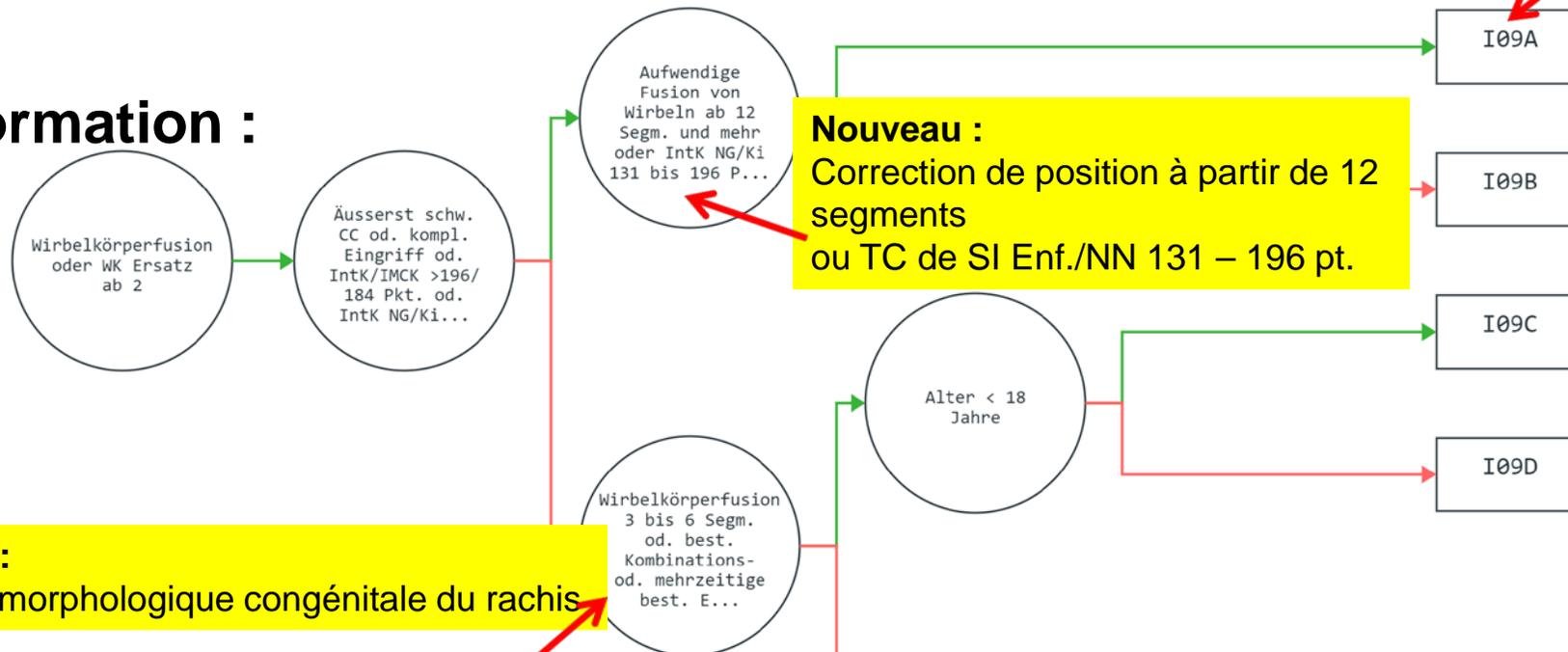
# Systeme locomoteur MDC 08

## Interventions sur la colonne vertebrale

### Demande :

- DRG I09A «*Fusion de corps vertebraux complexe avec CC extrêmement sévères...*» déficitaire
- Examen des cas avec une intervention à partir de 12 segments

### Transformation :

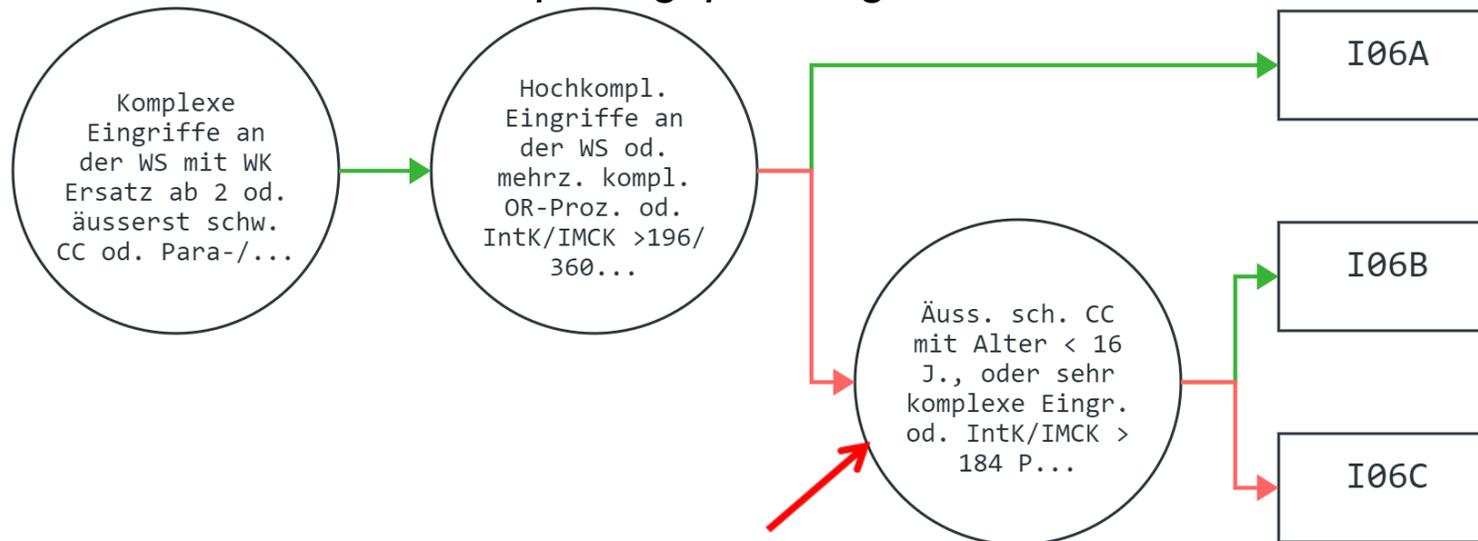


# Systeme locomoteur MDC 08

## Interventions complexes sur la colonne vertébrale

### Autre transformation :

- Hétérogénéité des coûts dans le DRG I06B «*Interventions complexes sur la colonne vertébrale avec CC extrêmement sévères...*»
- Condition de split «*Réadaptation gériatrique aiguë \_14*» surévaluée
- Inclusion tableau «*Anomalie morphologique congénitale du rachis*»



# Systeme locomoteur MDC 08

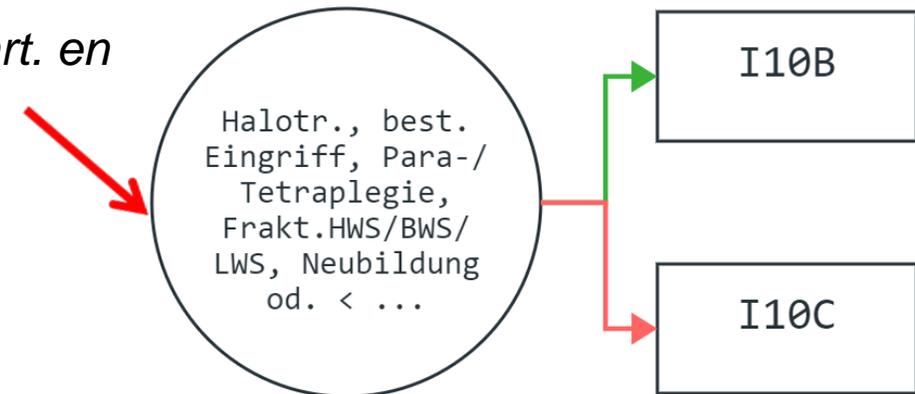
## Interventions multiples

### Demande :

- la durée de séjour en cas d'hospitalisation d'urgence est deux fois plus longue qu'en cas d'hospitalisation normale
- Examen de la variable «*Urgence*» comme séparateur de coûts dans le DRG I10C

### Transformation :

- Inclusion de la condition de split «*Proc. op. part. en plus. temps*» dans le DRG I10B «*Autres interventions sur la colonne vertébrale avec intervention particulière...*»



# Systeme locomoteur MDC 08

## Anastomose microvasculaire

### Demande :

- Dévaluation du code CHOP 78.xx.10 «*Grefe osseuse..., fragment à pédicule vascularisé avec anastomoses microvasculaires*» en cas d'arthrodèse
- Coûts sans rapport avec les autres interventions vasculaires microvasculaires

### Transformation :

- Suppression des codes CHOP 78.xx.10 des tableaux avec «*Transplantation de tissu avec anastomose microvasculaire*»
- nouveau tableau «*Grefe osseuse, fragment à pédicule vascularisé avec anastomoses microvasculaires*» inclus dans le DRG I08A «*Autres interventions sur l'articulation de la hanche et le fémur avec CC extrêmement sévères et intervention multiple ou procédure complexe ou...*»

# Systeme locomoteur MDC 08

## Révision endoprothèse totale d'épaule

### Demande :

- les révisions d'opération des prothèses d'épaule avec remplacement (partiel) de prothèse sont coûteuses
- Examen des interventions de révision avec codes ICD T84.0- «*Complication mécanique d'une endoprothèse articulaire*» ou T84.5 «*Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse articulaire interne*»

### Transformation :

- Inclusion des codes CHOP 81.80.2- «*Implantation endoprothèse totale d'épaule...lors d'un remplacement de prothèse*» dans le DRG I12B «*Infection/inflammation des os et des articulations avec...*»

# Systeme locomoteur MDC 08

## Polymyalgie rhumatismale

### Demande :

- Code ICD M35.3 «*Polymyalgie rhumatismale*» surévalué en tant que diagnostic secondaire pour d'autres maladies
- pendant l'hospitalisation pour ce DS, une gestion des patients faible ou inexistante

### Transformation :

- Suppression du code ICD M35.3 «*Polymyalgie rhumatismale*» du DRG de base DRG I12 «*Infection/inflammation des os...*» et du DRG I08A «*Autres interventions sur l'articulation de la hanche et le fémur...*»
- Représentation ICD M35.3 dans le DRG de base I66 «*Autres affections du tissu conjonctif*»

# Systeme locomoteur MDC 08

## Ostéotomie complexe

### Annotation :

- Intervention codes CHOP 77.37.13 / -.22 «*Ostéotomie complexe (pluridimensionnelle) (avec correction axiale)... tibia / péroné*» dans le DRG de base I13 «*Interventions sur l'humérus, le tibia, le péroné et la cheville*» non rémunérée de manière adéquate

### Transformation :

- dans DRG I13A → suppression des codes CHOP 77.37.13 et 77.37.22 de la logique «*Intervention multiple*»
- Inclusion des codes CHOP dans la logique pour I13B sans autre condition

# Systeme locomoteur MDC 08

## Section capsule articulaire

### Remarque :

- Codes CHOP 80.4- «*Section de capsule articulaire,...*» dans les DRG de base I13 «*Interventions sur l'humérus, le tibia, le péroné et la cheville*», I29 «*Interventions complexes sur l'omoplate, la clavicule, les côtes ou l'épaule*», I28 «*Autres interventions sur les os ou tissu conjonctif*» surévalués

### Transformation :

- Dévalorisation de la procédure dans les DRG de base I59 «*Autres interventions sur les membres inférieurs et l'humérus ou interventions moyennement complexes sur l'articulation du coude et l'avant-bras*» et I21 «*Interventions particulières sur l'articulation de la hanche et le fémur*»

# Systeme locomoteur MDC 08

## Chirurgie du pied

### Demande :

- Revalorisation des cas avec codes de diagnostic G80.- «*Paralysies*»; G60.- «*Neuropathie*» ou Q90.- «*Anomalies des chromosomes*» et au moins deux codes CHOP de 81.1- «*Arthrodèse et arthrorise du pied et de la cheville,...*»; 77.- «*Ostéotomie,...* », 83.- «*Transfert de tendon*»
- les cas sont sous-rémunérés dans les DRG I20B et/ou I20C
- Split DRG I20B ou I20C avec revalorisation des constellations de cas mentionnées
- alternativement, regroupement dans le DRG I20A

# Systeme locomoteur MDC 08

## Chirurgie du pied

### Transformation :

- Codes supprimés de la logique multiple pour DRG I20B/C 81.1- «*Arthrodèse et arthrorise du pied et de la cheville,...*», 79.17.10 à -.19 «*Réduction fermée de fracture d'os du tarse et du métatarse, avec fixation interne*», 78.38.10 à -.99 «*Allongement d'os, os du tarse et du métatarse*»
- Inclusion de ces codes dans le tab. sans autre condition pour DRG I20B/C
- certains cas se retrouvent maintenant dans le DRG I20A en lien avec des diagnostics particuliers
- Cas avec «*Paralysies cérébrales*» sont nouvellement regroupés dans le DRG I20A
- Tableau avec codes ICD «*Arthrite / Ostéomyélite*» supprimé du DRG I20A

# Systeme locomoteur MDC 08

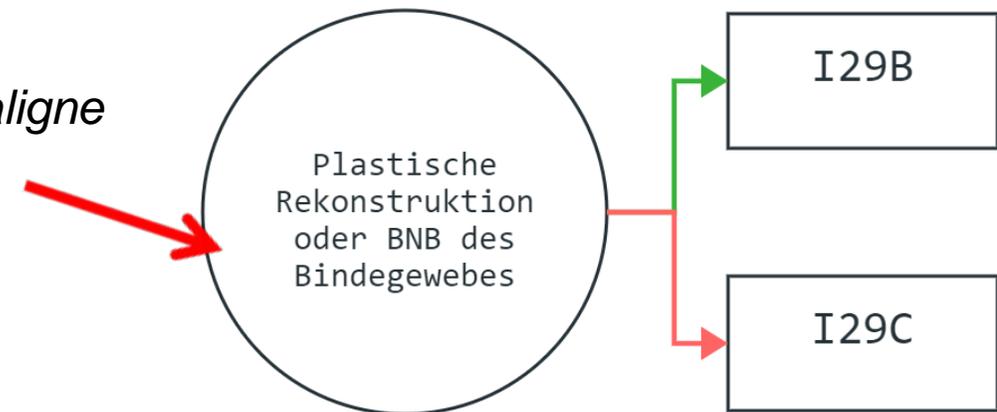
## Néof ormation maligne

### Remarque :

- Cas avec une néof ormation maligne à l'épaule sous-rémunérés dans le DRG I29C «*Interventions complexes sur l'omoplate, la clavicule, les côtes ou l'épaule*»
- le temps opératoire peut durer jusqu'à 7 heures

### Transformation :

- Inclusion des diagnostics «*Néof ormation maligne du tissu conjonctif*» dans le split pour DRG I29B



# Systeme locomoteur MDC 08

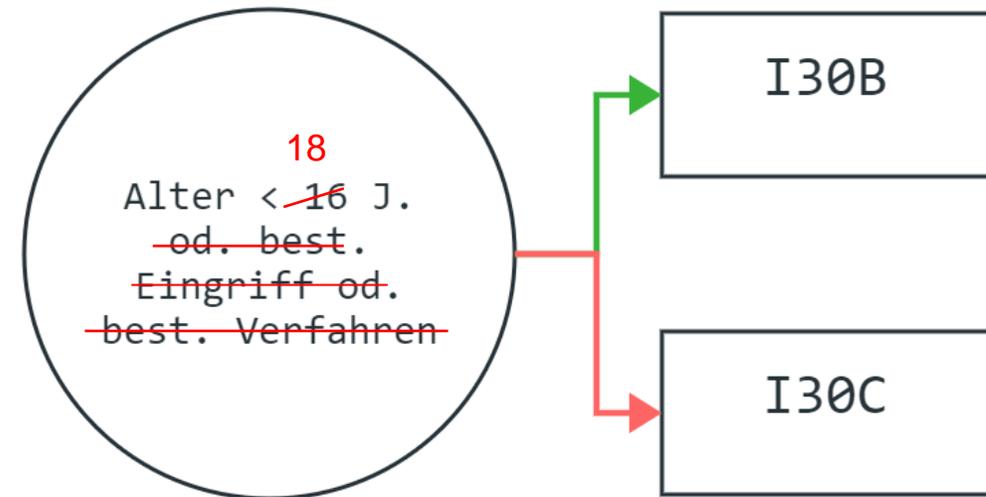
## Interventions complexes du genou

### Problème :

- Hétérogénéité des coûts dans le DRG I30B «*Interventions complexes sur l'articulation du genou avec intervention particulière ou procédé particulier ou âge < 16 ans*»
- les conditions de split ne sont plus une caractéristique de séparation des coûts

### Transformation :

- Logique révisée pour le DRG I30B



# Systeme locomoteur MDC 08

## Fracture du tibia

### Demande :

- les cas de fracture du tibia présentent souvent un gonflement massif
- Supplément pour high outlier trop élevé à cause du temps d'attente jusqu'au dégonflement
- Durée du limite supérieure de séjour dans le DRG I30C «*Interventions complexes sur l'articulation du genou*» trop basse pour ces interventions

### Transformation :

- Cas représentés de manière adéquate dans le DRG I30C
  - Coûts dans les variables : personnel et hôtellerie présents
- Demande rejetée

# Systeme locomoteur MDC 08

## 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 I31A et DRG I31B → DRG I31A «*Interventions complexes sur le coude et l'avant-bras avec intervention bilatérale ou en plusieurs temps ou intervention sur plusieurs localisations ou intervention particulière ou procédé particulier*»
- Fusion des DRG I68B et DRG I68C → DRG I68B «*Affections et blessures dans la région de la colonne vertébrale traitées de manière non opératoire avec CC sévères ou paraplégie/tétraplégie*»

# Systeme locomoteur MDC 08

## Partition médicale

### Remarque :

- Cas traités de manière conservative avec un hallux valgus dans le DRG de base I76 «*Autres affections du tissu conjonctif...*» sont mieux évalués que les cas avec intervention opératoire dans le DRG de base I20 «*Interventions sur le pied ...*»

### Transformation :

- Inclusion des codes ICD M20.- «*Hallux, autres déformations du pied*» et M21.- «*Déformation en valgus ou en flexion; déformations acquises*» dans le DRG de base I69 «*Maladies des os et arthropathies...*»

→ Rémunération adéquate des cas avec et sans opération

# Peau et glande mammaire MDC 09

## Réductions de tissu adipeux

### Demande :

- les interventions de correction post-bariatrique avec réduction de tissu adipeux à plusieurs localisations simultanément ne sont pas représentées de manière adéquate
- Revalorisation des réductions de tissu adipeux dans le DRG de base J10 «*Opérations de chirurgie plastique au niveau de la peau, du tissu sous-cutané et de la glande mammaire*»

### Transformation :

- Condition de split existante «*Réduction de tissu adipeux*» pour le DRG J10A renforcée en «*Réduction de tissu adipeux **bilatérale** ou à **plusieurs localisations***»
- regrouper les interventions unilatérales à nouveau en DRG J10B
- Revalorisation des cas dans le DRG J10A en raison de la transformation

# Peau et glande mammaire MDC 09

## Plastie par lambeaux et d'avancement locale

### Demande :

- Codes CHOP 86.7A.1- «*Plastie d'avancement, non étendue,...*» non pertinent pour le regroupement
- vérifier la représentation des codes CHOP 86.7A.2- «*Plastie d'avancement, étendue...*» et 86.7A.9- «*Plastie de lambeau locale de peau et de tissu sous-cutané, autre...*»
- Cas déficitaires

### Transformation :

- Codes CHOP 86.7A.1- représentation adéquate
- Codes CHOP 86.7A.2- et 86.7A.9- ont été égalés à 86.7A.1-

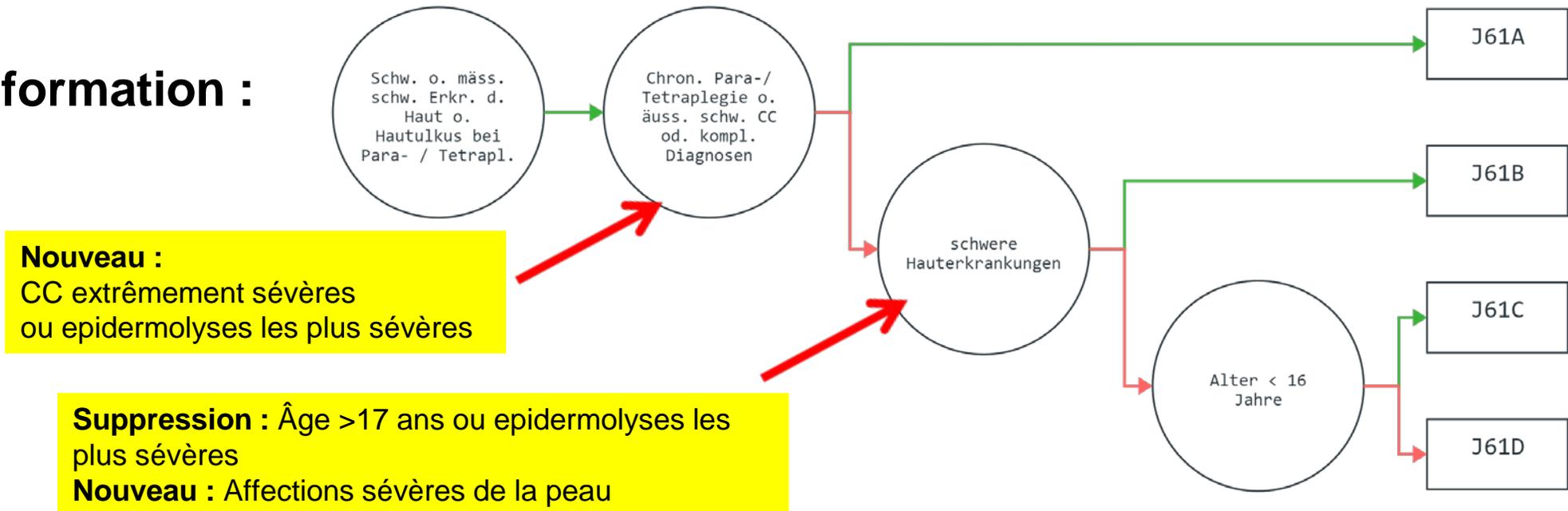
# Peau et glande mammaire MDC 09

## Affections de la peau sévères

### Problème :

- Epidermolyses les plus sévères et affections de la peau sévères ne sont pas représentés de manière adéquate dans le DRG de base J61 «Affections sévères ou moyennement sévères de la peau ou ulcère cutané...»

### Transformation :



# Maladies métaboliques MDC 10

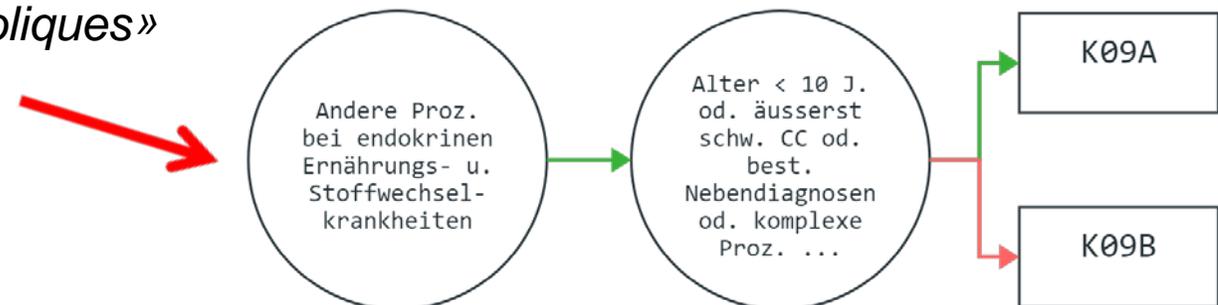
## Thyréotoxycose

### Remarque :

- Cas avec combinaison diagnostic principal E02 à E05.- «*Thyréotoxycose*» OU E06.3 «*Thyroïdite auto-immune*» et code CHOP 16.98.20 «*Décompression osseuse de l'orbite*» regrouper dans le DRG de base 901

### Transformation :

- Diagnostics principaux et procédure 16.98.20 «*Décompression osseuse de l'orbite*» regrouper dans le DRG de base K09 «*Autres procédures pour maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques*»



# Maladies métaboliques MDC 10

## Endocrinopathies

### Demande :

- Diagnostics principaux codes ICD E87.1 «*Hypo-osmolarité et hyponatrémie*» und E22.2 «*Syndrome de sécrétion anormale de l'hormone antidiurétique*» regrouper dans différents DRG
- Equivalence des diagnostics

### Transformation :

- E87.1 «*Hypo-osmolarité et hyponatrémie*» inclus dans le DRG de base K64 «*Endocrinopathies*»

→ regrouper les diagnostics dans le même DRG de base

# Maladies métaboliques MDC 10

## 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 K60B et DRG K60C → DRG K60B «*Diabète sucré ou troubles nutritionnels sévères avec CC extrêmement sévères, ou diabète sucré avec diagnostic de complication ou...*»

# Organes urinaires MDC 11

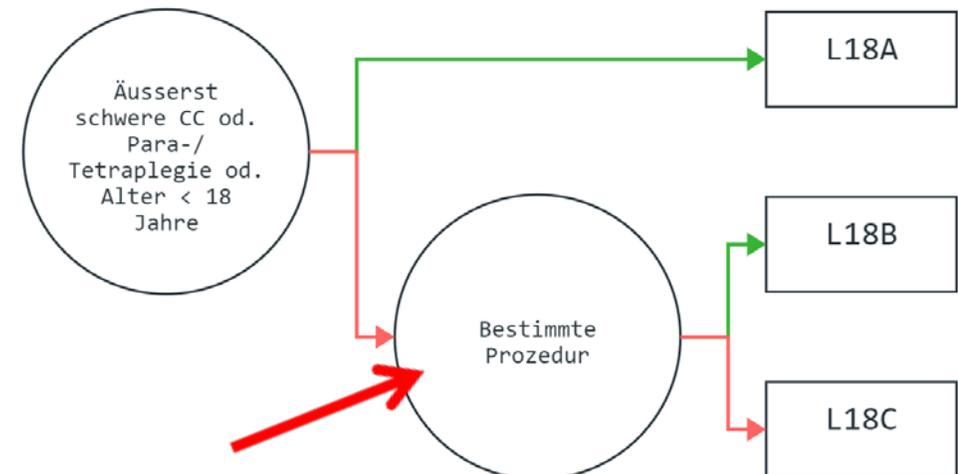
## Néphrostomie

### Demande :

- Examen de l'homogénéité du DRG L18B «*Interventions transurétrales et percutanées transrénales complexes et autres interventions rétropéritonéales sans lithotripsie extracorporelle par ondes de choc (LECOG)*»
- Séparateurs de coûts adéquats : split PCCL ou néphrostomie percutanée

### Transformation :

- Split du DRG L18B avec codes CHOP 55.02.-, 55.03.-, 55.04.- «*Néphrostomie percutanée*»



# Organes urinaires MDC 11

## Interventions transurétrales

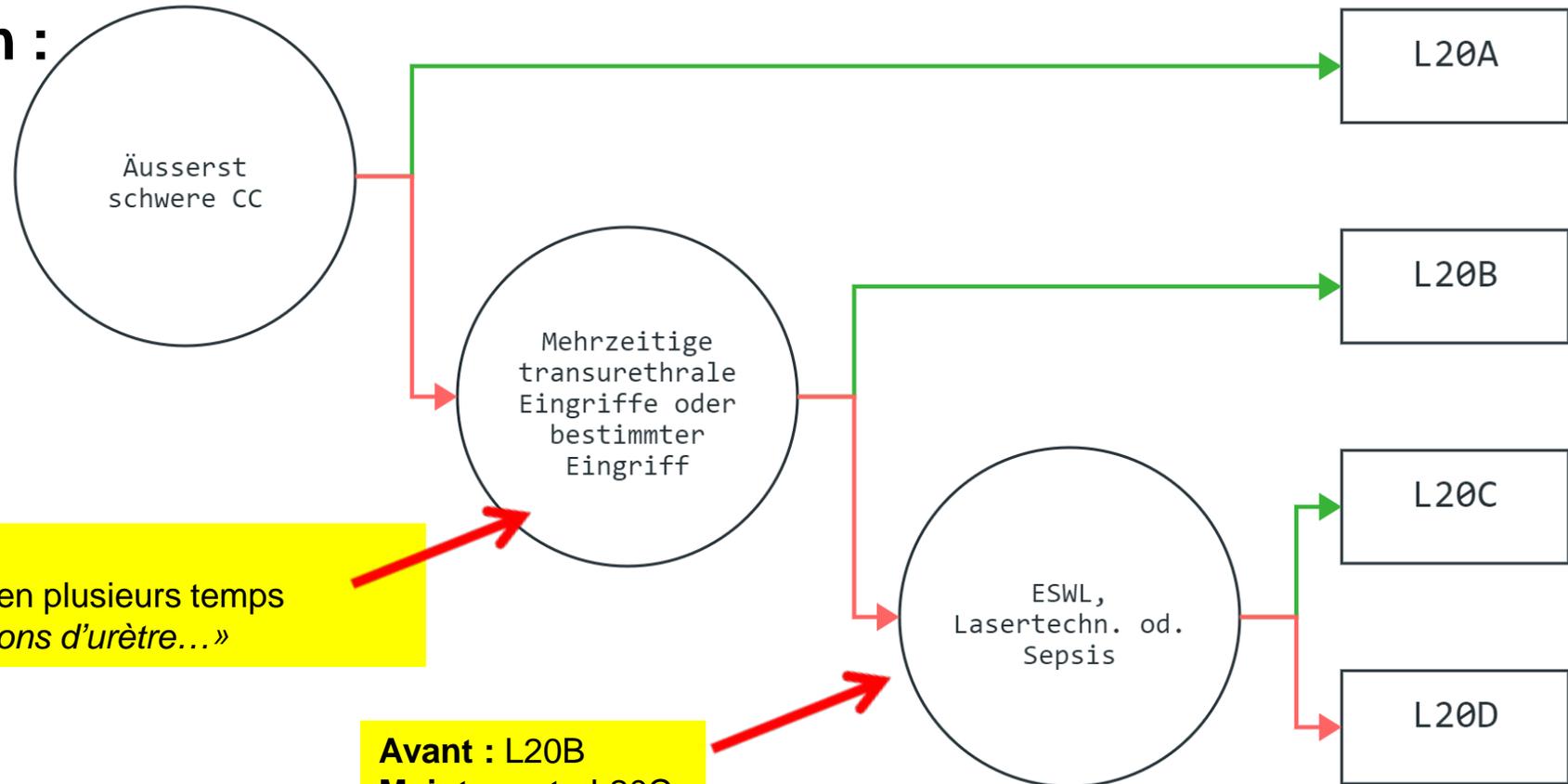
### Demande :

- Extraction de calculs rénaux au moyen de cathéters urétérales se fait souvent en deux séjours
  - 1. Insertion transurétral d'un cathéter urétéral
  - 2. Extraction transurétral de calcul rénal
- Cas avec procédure 58.99.10 «*Autres opérations d'urètre et de tissu périurétral, insertion et remplacement d'un stent urétral*» non représentés de manière adéquate dans le DRG de base L20 «*Interventions transurétrales sauf résection de la prostate...*»

# Organes urinaires MDC 11

## Extraction de calcul rénal

### Transformation :



**Nouveau :**  
 Interventions transurétrales en plusieurs temps  
 ou 58.99.10 «*Autres opérations d'urètre...*»

**Avant : L20B**  
**Maintenant : L20C**

# Organes urinaires MDC 11

## DRG un jour d'hospitalisation

### Demande :

- Cas avec code CHOP 55.23 «*Biopsie fermée [percutanée] [à l'aiguille] du rein*» dans le DRG L70C «*Maladies et troubles des organes urinaires et âge > 15 ans, un jour d'hospitalisation*» sous-couverts

### Transformation :

- Revalorisation du tableau «*Interventions moyennement sévère au système urinaire*» avec les procédures pour néphrostomies, pyélostomie, cystotomie, cathétérisme de l'uretère dans le DRG L70B

# Organes urinaires MDC 11

## 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 L20D et DRG L20E → DRG L20D «*Interventions transurétrales sauf résection de la prostate et urétérorénoscopies complexes, plus d'un jour d'hospitalisation*»

# Organes génitaux masculins MDC 12

## Biopsie du scrotum

### Problème :

- Codes CHOP 61.11.- «*Biopsie du scrotum ou de la tunique vaginale*» ne sont représentées que dans le MDC 10 «*Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques*»

### Transformation :

- Inclusion supplémentaire dans le MDC 12 «*Maladies et troubles des organes génitaux masculins*» dans le DRG de base M04 «*Interventions sur le testicule*»

# Organes génitaux féminins MDC 13

## Hystérectomie et traitement chirurgical de prolapsus

### Situation initiale :

- V13.0 transformations importantes dans les DRG de base N01 et N04 «Hystérectomie»
  - Remarque de la société de discipline médicale → certaines constellations ne sont pas représentées de manière adéquate sur le plan médical et économique
  - les interventions concernant le traitement chirurgical de prolapsus avec hystérectomie simultanée sont sous-rémunérées
  - les codes CHOP 2022 pour le traitement chirurgical de prolapsus ne correspondent plus à l'état actuel de la médecine
  - nouveaux codes CHOP inclus dans le catalogue 2024
- DRG de base concernés N01, N04, N05 et N06

# Organes génitaux féminins MDC 13

## Hystérectomie et traitement chirurgical de prolapsus

### Demande :

- Intervention codes CHOP 70.78 «*Suspension et fixation du vagin, avec greffon ou prothèse (Lap.)*» et 68.31 «*Hystérectomie subtotale, par laparoscopie*» nettement plus complexe qu'une seule suspension
- les cas sont regroupés de manière très différente selon le code supplémentaire choisi
- nouveau examen de la représentation de ces cas

### Analyses :

- Simulations approfondies
- Constellation difficile avec des codes CHOP pas clairs

# Organes génitaux féminins MDC 13

## Hystérectomie et traitement chirurgical de prolapsus

### Transformation I :

- Fusion des DRG de base N04 «*Hystérectomie sauf en cas de néoformation maligne*» et N05 «*Ovariectomies et interventions complexes sur les trompes utérines...*»
- Inclusion de toutes les interventions de N05 dans le DRG de base N04
- Représentation de toutes les hystérectomies sans néoformation maligne dans le DRG de base N04
- Split pour DRG N04A étendu par les codes CHOP 70.78 et 68.31
- Révision du split pour le DRG N04B:
  - Interventions de reconstruction avec greffon et prothèse
  - Adhérences péritonéales avec hystérectomie
  - Endométriose avec intervention particulière

# Organes génitaux féminins MDC 13

## Hystérectomie et traitement chirurgical de prolapsus

### Transformation II :

- nouveau split DRG N04C avec :
    - Hystérectomie ou intervention réparatrice avec ovariectomie ou intervention complexe sur la trompe utérine ou
    - Adhérences péritonéales
  - Ordre des demandes révisé et vérifié
  - Révision également en vue des nouveaux codes CHOP
- en conséquence autres transformations sont nécessaires

# Organes génitaux féminins MDC 13

## Hystérectomie pour néoformation maligne

### Situation initiale :

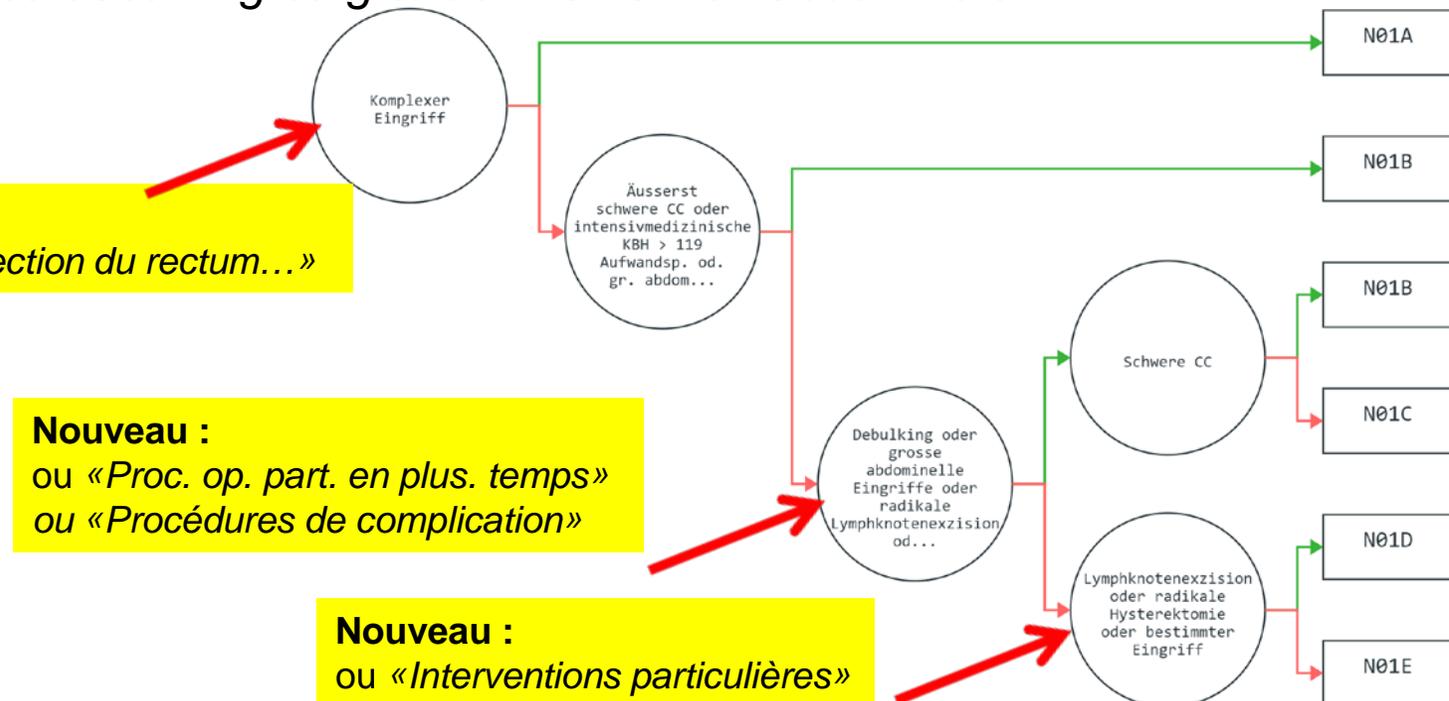
- Cas coûteux ne sont pas représentés de manière adéquate dans le DRG de base N01 «*Hystérectomie ou debulking ou grande intervention abdominale...*»

### Transformation :

**Nouveau :**  
Codes CHOP 48.4-, 48.5- et 48.6- «*Résection du rectum...*»

**Nouveau :**  
ou «*Proc. op. part. en plus. temps*»  
ou «*Procédures de complication*»

**Nouveau :**  
ou «*Interventions particulières*»



# Organes génitaux féminins MDC 13

## Adhérences péritonéales

### Remarque :

- Solution de «*Adhérences péritonéales*» dans le DRG de base N06 «*Interventions réparatrices complexes sur les organes génitaux féminins...*» n'est pas pris en compte en tant que séparateur de coûts

### Transformation :

- Tableau «*Adhérences péritonéales*» inclus comme critère de split pour le DRG N06B

# Organes génitaux féminins MDC 13

## Réparations

### Annotation :

- Codes CHOP 71.79 «*Réparation de la vulve et du périnée, autre*», 71.8 «*Autres opérations de la vulve*», 71.9 «*Autres opérations des organes génitaux féminins*» sont représentés seulement dans le DRG de base U01 «*Opération de changement de sexe*»

### Transformation :

- Codes CHOP inclus dans les DRG de base N23 «*Autres interventions réparatrices sur les organes génitaux féminins...*» et O02 «*Accouchement par voie basse avec intervention coûteuse ou procédure particulière avec diagnostic particulier*»

# Organes génitaux féminins MDC 13

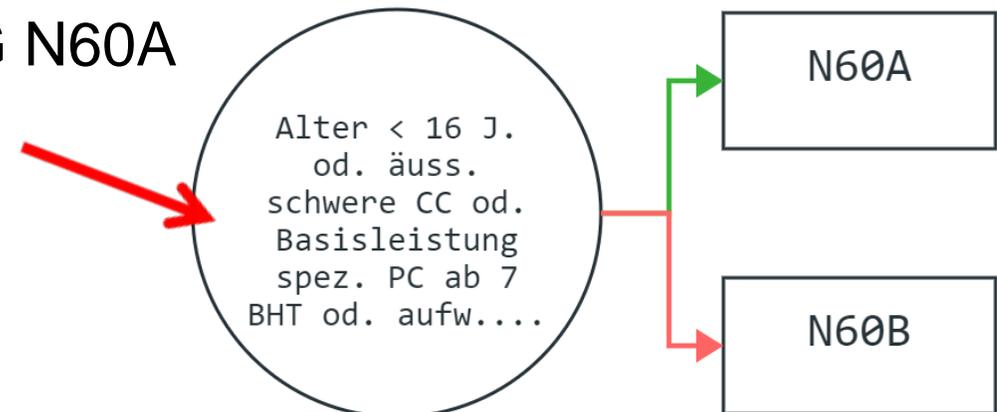
## Split PCCL

### Problème :

- Quantité de cas non homogène dans le DRG N60A «*Néofformation maligne des organes génitaux féminins, âge < 16 ans ou...*»

### Transformation :

- les cas présentant un degré de gravité élevé sont sous-rémunérés
- Augmentation à «*Split PCCL > 3*» pour DRG N60A



# Organes génitaux féminins MDC 13

## 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 N13A et DRG N13B → DRG N13Z «*Grandes interventions sur le vagin, le col de l'utérus et la vulve*»

# Grossesse, naissance MDC 14

## Accouchement par voie basse

### Analyse :

- Code CHOP 75.62 «*Réparation de déchirure obstétricale récente du rectum et du sphincter anal*» n'est pas représenté de manière adéquate dans le MDC 14

### Transformation :

- Inclusion et donc revalorisation du code CHOP dans le tableau pour «*Procédures pour accouchement par voie basse avec complications*» dans le DRG de base O02 «*Accouchement par voie basse avec intervention coûteuse ou procédure particulière avec diagnostic particulier*»

# Grossesse, naissance MDC 14

## Interventions particulières

### Problème :

- Codes CHOP pour les opérations de la vulve ou du périnée jusqu'à présent inclus uniquement dans le MDC 13 «*Organes génitaux féminins*»

### Transformation :

- Inclusion des codes CHOP suivants dans le DRG de base O02 :
  - 71.79 «*Réparation de la vulve et du périnée, autre*»
  - 71.8 «*Autres opérations de la vulve*»
  - 71.9 «*Autres opérations des organes génitaux féminins*»

# Grossesse, naissance MDC 14

## Diagnostic foétale

### Analyse :

- les codes CHOP pour les procédures sur le foetus ne sont pas représentés de manière uniforme
- Nettoyage des tableaux nécessaire
- diverses analyses et simulations

### Transformation :

- Inclusion de certains codes CHOP pour les procédures sur le foetus dans le tableau «*Procédures médicales*»
- Revalorisation des procédures intra-utérines dans le DRG O02A  
«*Accouchement par voie basse avec intervention coûteuse ou procédure particulière avec diagnostic particulier, et CC extrêmement sévères ou travail prolongé ou procédure intra-utérine*»

# Grossesse, naissance MDC 14

## Complications lors de l'accouchement

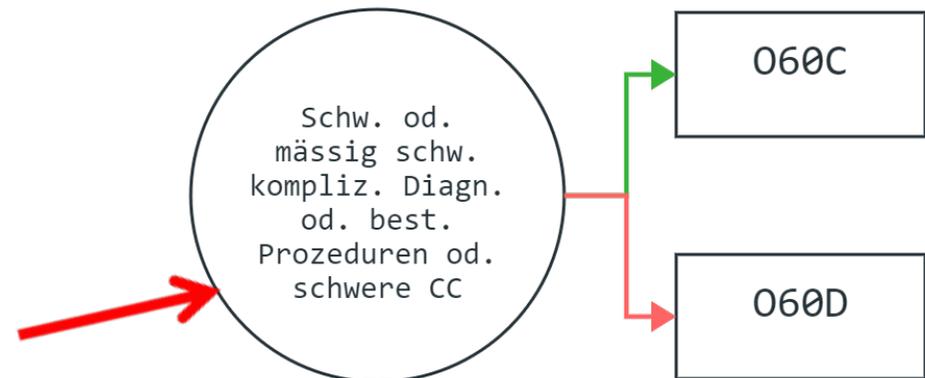
### Demande :

- Sous-financement des cas dans le DRG de base O60 avec diagnostics du groupe ICD O68 «*Travail et accouchement compliqués d'une détresse foétale [détresse foétale] [situation de risque foétale]*»
- Réévaluation de ces cas au sein du DRG de base O60 «*Accouchement par voie basse*»

### Transformation :

- Inclusion des codes ICD O68.0-O68.8 dans la matrice CC pour MDC 14

**Nouveau** : ou «PCCL > 2»



# Grossesse, naissance MDC 14

## Regroupement

### 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 O04Z et DRG O40Z → DRG O04Z «Hospitalisation après accouchement ou avortement avec procédure opératoire»
- Dissolution du DRG de base O40

# Sang et système immunitaire MDC 16

## Biopsies

### Analyse :

- dans le DRG Q86B un jour d'hospitalisation charge supplémentaire visible en cas de réalisation d'une biopsie fermée

### Transformation :

- Revalorisation de «*Biopsies médicales*» dans le DRG Q86A «*Maladies du sang, des organes hématopoïétiques et du système immunitaire avec intervention particulière ou âge < 16 ans, un jour d'hospitalisation*»

# Sang et système immunitaire MDC 16

## État consécutif à une transplantation de cellules-souches hématopoïétique

### Demande :

- Examen de tous les diagnostics ICD-10 GM du chapitre III «*Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et de certains troubles du système immunitaire*» pour la revalorisation au sein du DRG Q61 «*Affections érythrocytaires*»
- Examen du diagnostic secondaire Z94.81 «*État consécutif à une transplantation de cellules-souches hématopoïétique avec immunosuppression actuelle*»

### Transformation :

- nouveau DRG Q61B «*Affections érythrocytaires avec diagnostic complexe particulier*»
- Revalorisation des diagnostics secondaires Z94.80 et Z94.81 dans le DRG Q61A

# Néoformations MDC 17

## Diagnostics complexes

### Problème :

- Groupes ICD J12 «*Pneumonie virale,...*» et B20-23 «*Immunodéficience humaine virale*» non inclus dans le tableau «*Diagnostics complexes*» dans la redirection pour MDC 17

### Transformation :

- Inclusion des groupes ICD J12 et B20-23 dans le tableau pour la redirection du pré-MDC vers le MDC 17

# Néoforations MDC 17

## Hétérogénéité des coûts

### Demande :

- Cas dans le DRG R01C «*Interventions opératoires pour néoforations hématologiques et solides...*» avec grandes interventions chirurgicales, diagnostics principaux particuliers ou chimiothérapies sont sous-rémunérés

### Transformation :

- Fusion des DRG R01B et R01C → DRG R01B
- nouveau critère de split pour R01A «*Procédures opératoires particulières en plusieurs temps.*» et «*Situations coûteuses pour néoforation maligne avec PCCL > 3*»
- Condition pour le nouveau R01B élargie par «*Chimiothérapie complexe*» ou «*Lymphadénectomie en cas de métastases*»

# Néoformations MDC 17

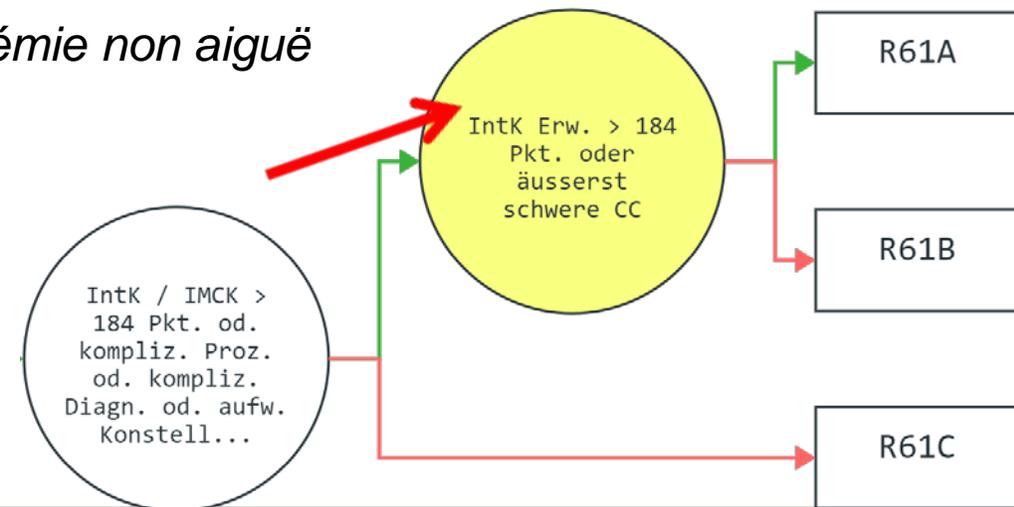
## Traitement complexe de soins intensifs

### Demande :

- Examen de la représentation en fonction des coûts du traitement intensif dans le DRG R61A

### Transformation :

- nouveau DRG R61A «*Lymphome et leucémie non aiguë avec dialyse ou isolement protecteur à partir de 7 jours de traitement ou...*»



# Néoplasmes 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 R62B et DRG R62C → DRG R62B «*Autres néoplasmes hématologiques et solides, plus d'un jour d'hospitalisation*»
- Fusion des DRG R63C et DRG R63D → DRG R63C «*Autre leucémie aiguë, plus d'un jour d'hospitalisation avec CC extrêmement sévères ou dialyse ou acte diagnostique complexe ou diagnostic complexe ou...*»

# Infections MDC 18B

## Traitement complexe de soins intensifs et TC en U-IMC

### Demande :

- Séjours en unité de soins intensifs **et** intermédiaires sous-rémunérés dans le DRG de base T36 «*Maladies infectieuses et parasitaires avec traitement complexe de soins intensifs > 392/552 points ou...*»

### Transformation :

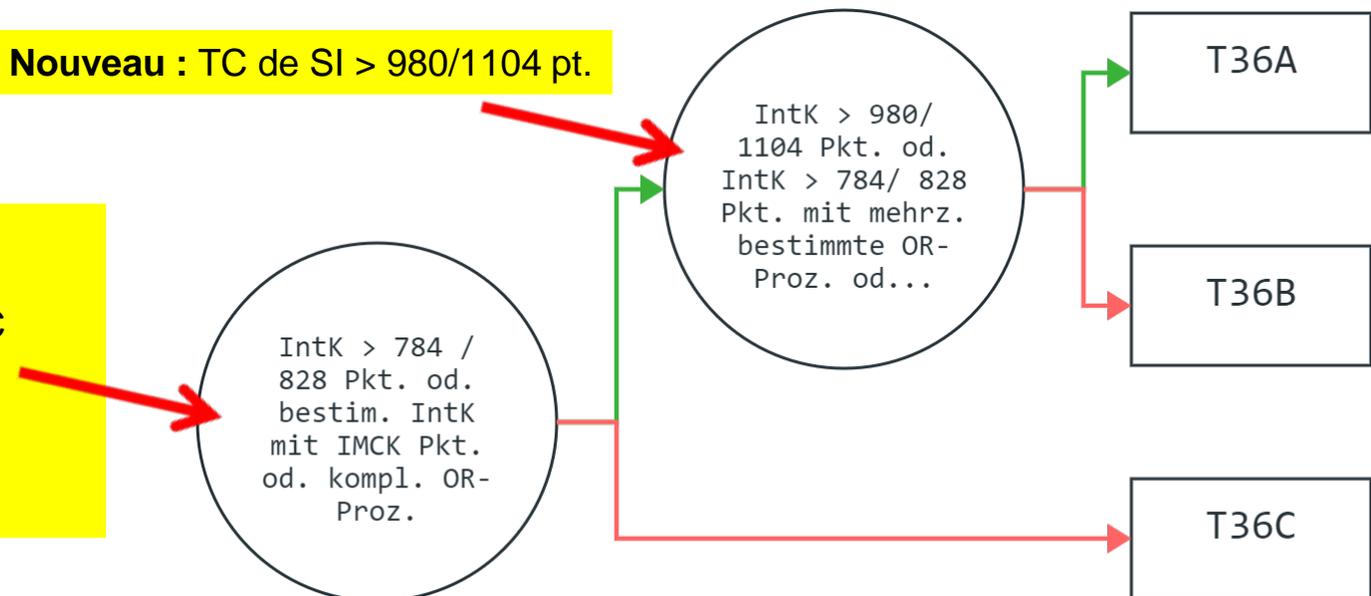
#### Suppression :

TC de SI > 980/1104 pt.  
ou TC de SI > 392/828 pt. avec dialyse ou VAC

#### Nouveau :

TC de SI > 784/828 pt.  
ou TC de SI > 392/552 avec TC en U-IMC 197-392/185-552 pt.

Nouveau : TC de SI > 980/1104 pt.



# Infections MDC 18B

## Adsorption extracorporelle

### Demande :

- Cas avec code CHOP 99.76.31 «*Adsorption extracorporelle de substances hydrophobes, de poids moléculaire bas et moyen*» sont à regrouper dans le DRG A91Z au lieu du DRG T01B
- DRG A91Z «*Photophérèse et aphérèse, un jour d'hospitalisation*» évalué plus bas que le DRG T01B «*Procédure opératoire ou débridement étendu pour maladies infectieuses et parasitaires...*»

### Transformation :

- Expression de la logique de base du DRG A91Z révisée «*Photophérèse et aphérèse sans procédure opératoire, un jour d'hospitalisation*»
- regrouper uniquement les cas conservateurs dans la base DRG A91Z

# Infections MDC 18B

## 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 T63A et DRG T63B → DRG T63A «*Affection virale pour état après transplantation d'organe ou diagnostic aggravant ou infections avec cytomégalovirus ou isolement de contact à partir de 7 jours de traitement*»

# Blessures MDC 21B

## Anastomose microvasculaire

### Problème :

- dans DRG X01A jusqu'à présent sont représentés seulement les codes CHOP 86.7D.1- «*Plastie cutanée et sous-cutanée avec lambeau libre avec anastomoses microvasculaires*»

### Transformation :

- Inclusion de tous les codes CHOP pour «*Transplantation de tissu avec anastomose microvasculaire*» dans le DRG X01A «*Opération réparatrice pour blessures avec procédures de complication,...*»

# Blessures MDC 21B

## 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 X07A et DRG X33Z → DRG X07A «*Réimplantation lors d'une amputation traumatique avec réimplantation de plus d'un orteil ou de plus d'un doigt ou procédures opératoires complexes en plusieurs temps ou traitement sous vide complexe ou traitement sous vide avec intervention particulière*»
- Dissolution du DRG de base X33

# Brûlures MDC 22

## Peau donnée

### Demands :

- les cas avec une surface étendue de peau donnée lors de lésions cutanées / brûlures se répartissent sur de nombreux DRG
- la peau donnée est disponible sous forme autologue, allogénique, xénogène ou artificielle.
- Traitement très difficile et complexe
- concerne les groupes de codes CHOP
  - 86.6C.- *«Autre remplacement permanent de la peau et du tissu sous-cutané»*
  - 85.H3.- *«Remplacement permanent de la peau du sein par matériel de remplacement»*
  - 86.88.E- *«Couverture temporaire de tissu mou par de la peau allogénique, non étendu»*
  - 86.88.F- *«Couverture temporaire de tissu mou par de la peau allogénique, étendu»*

# Brûlures MDC 22

## Peau donnée

### Résultat :

- Cas et coûts très hétérog. - nombre élevé de cas déjà regroupés dans le pré-MDC
- Création de nouveaux tableaux pour «*Remplacement permanent de la peau, non étendu*» et «*Remplacement permanent de la peau, étendu*»
- dans la fonction «*Brûlures graves / très graves* » inclusion d'autres codes ICD avec brûlures au 3<sup>ème</sup> degré
- DRG de base Y02 «*Autres brûlures avec transplantation de peau...*» établi un nouveau tableau «*Brûlures très graves (à partir de 20% de la surface du corps et 3ème degré)*»
- Points TC de SI réduits à >119 points dans le DRG de base Y02
- Code CHOP 86.A1.12 «*Nécrosectomie épifasciale ou excision tangentielle après brûlure et lésion corrosive*» dans le DRG de base Y02

# Matrice CC



## Rémunérations supplémentaires - CHOP

**Les rémunérations supplémentaires ont été calculées avec le taux de TVA en vigueur à partir du 01.01.24**

**Établissement de nouvelles rémunérations supplémentaires :**

### **ZE-2025-218**

- Dialyse péritonéale intermittente (Code CHOP 54.98.11)

### **ZE-2025-219**

- Utilisation d'un appareil pour la fixation d'une endoprothèse [stent graft] (Code CHOP 00.9A.41)

### **ZE-2025-228**

- Implantation ou remplacement d'une pompe de perfusion totalement implantable pour perfusion intrathécale et épidurale (Codes CHOP 03.9B.1-)

# Rémunérations supplémentaires - CHOP

**Adaptation importante des rémunérations supplémentaires existantes :**

## **ZE-2025-72**

- pour les pompes intravasculaires ventriculaire gauche, on **distingue selon la capacité potentielle de pompage**  
(Codes CHOP 37.6A.44, 37.6A.45, 37.6A.46, 37.6A.47)

## **ZE-2025-73**

- Rémunération supplémentaire pour traitement de soins infirmiers complexes déjà à partir de 26 points (Codes CHOP 99.C2.17 suiv.)

# Rémunérations supplémentaires – ATC

## Rémunérations supplémentaires nouvellement établies :

- Andexanet alfa
- Bezlotoxumab
- Capmatinib
- Delandistrogene Moxeparvovec
- Durvalumab
- Elexacaftor, Tezacaftor et Ivacaftor
- Emicizumab
- Etranacogene dezaparvovec
- Exagamglogene autotemcel
- Giltéritinib
- Glofitamab
- Idarucizumab
- Imlifidase
- Mosunetuzumab
- Nirsévimab (*Réserve OPAS/LS*)
- Pemigatinib
- Polatuzumab védotin
- Ponatinib
- Tabelecleucel
- Tafamidis
- Tagraxofusp
- Talquetamab
- Tebentafusp

# Rémunérations supplémentaires – ATC

## Autres adaptations :

- 6 rémunérations supplémentaires Iloprost, posaconazole (orale) et rituximab ont été regroupées en 3 rémunérations supplémentaires
- Élargissement et/ou nouveau regroupement des classes de dose pour
  - 21 rémunérations supplémentaires vers le haut
  - 12 rémunérations supplémentaires vers le bas
- Suppression des classes de dose les plus basses pour 3 rémunérations supplémentaires
- Suppression de la limite d'âge pour 1 rémunération supplémentaire (Voriconazol, orale)
- Établissement de classes de doses pour enfants pour 3 rémunérations supplémentaires (Facteur IX de coagulation (CAI), Vénétoclax, Létermovir)

# Rémunérations supplémentaires – ATC

## Adaptation concernant CAR-T :

- Thérapie cellulaire CAR-T autologue contre «*Lymphome diffus à grandes cellules B*» regroupée dans le DRG de base A20
- la rémunération supplémentaire avec le numéro 192 a été supprimée
- les autres rémunérations supplémentaires CAR-T restent inchangées
- Rémunération supplémentaire pour la thérapie cellulaire CAR-T autologue en cas de
  - Leucémie lymphocytaire aiguë
  - Myélome multiple
  - Lymphome à cellules du manteau et
  - Lymphome folliculaire

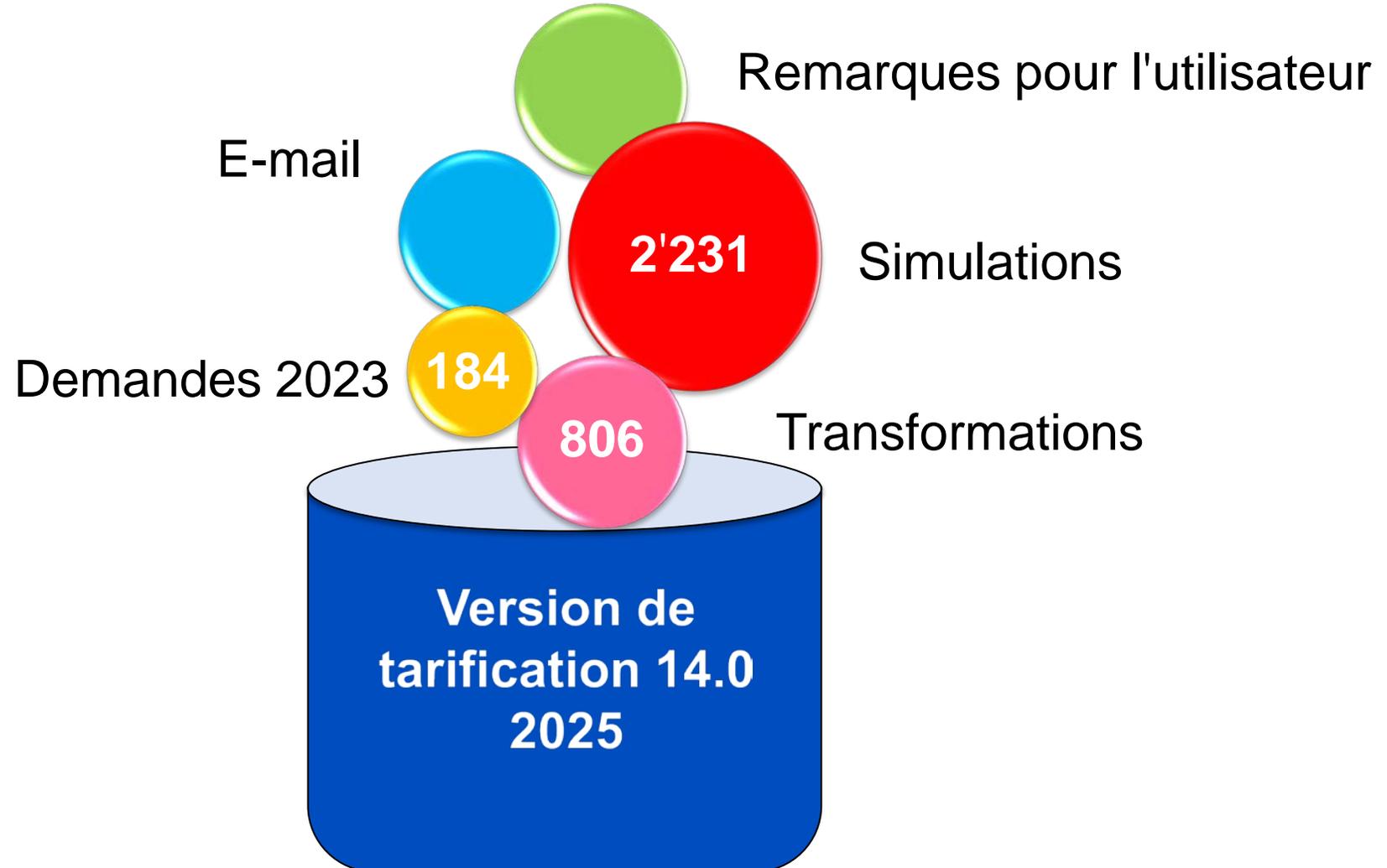
# Révision de la classification des DRG

## Procédure de demande

	2023	2022	2021	2020
Demandes	<b>184</b>	176	108	188
réalisées	<b>114</b>	119	47	111
Taux	<b>62%</b>	67%	43%	59%

# Révision de la classification des DRG

## Simulations



# SwissDRG – Version 14.0 / 2025

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

# Méthode de calcul

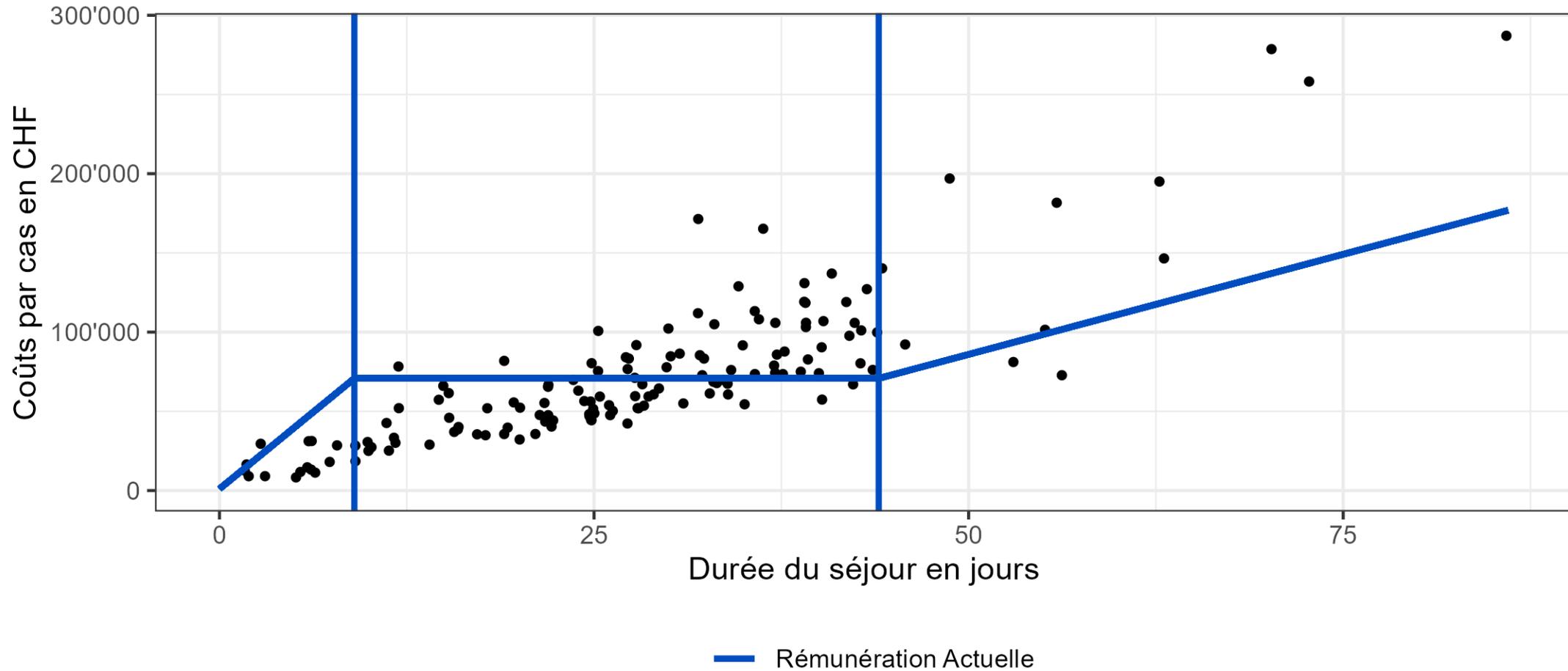
**Le calcul actuel des BIS/BSS peut conduire à deux problèmes pour certains DRG :**

1. très grand écart entre BIS et BSS
  - Conséquence : High Outliers sont mal représentés malgré le supplément
  - Idée : révision du calcul de la BIS au moyen de paramètres de correction
2. pas de distance entre BIS et BSS
  - Conséquence : contredit le concept des forfaits par cas
  - Idée : adaptation ciblée du calcul de la BSS si  $BIS = BSS = 2$

(BIS : borne inférieure de la durée de séjour, BSS : borne supérieure de la durée de séjour)

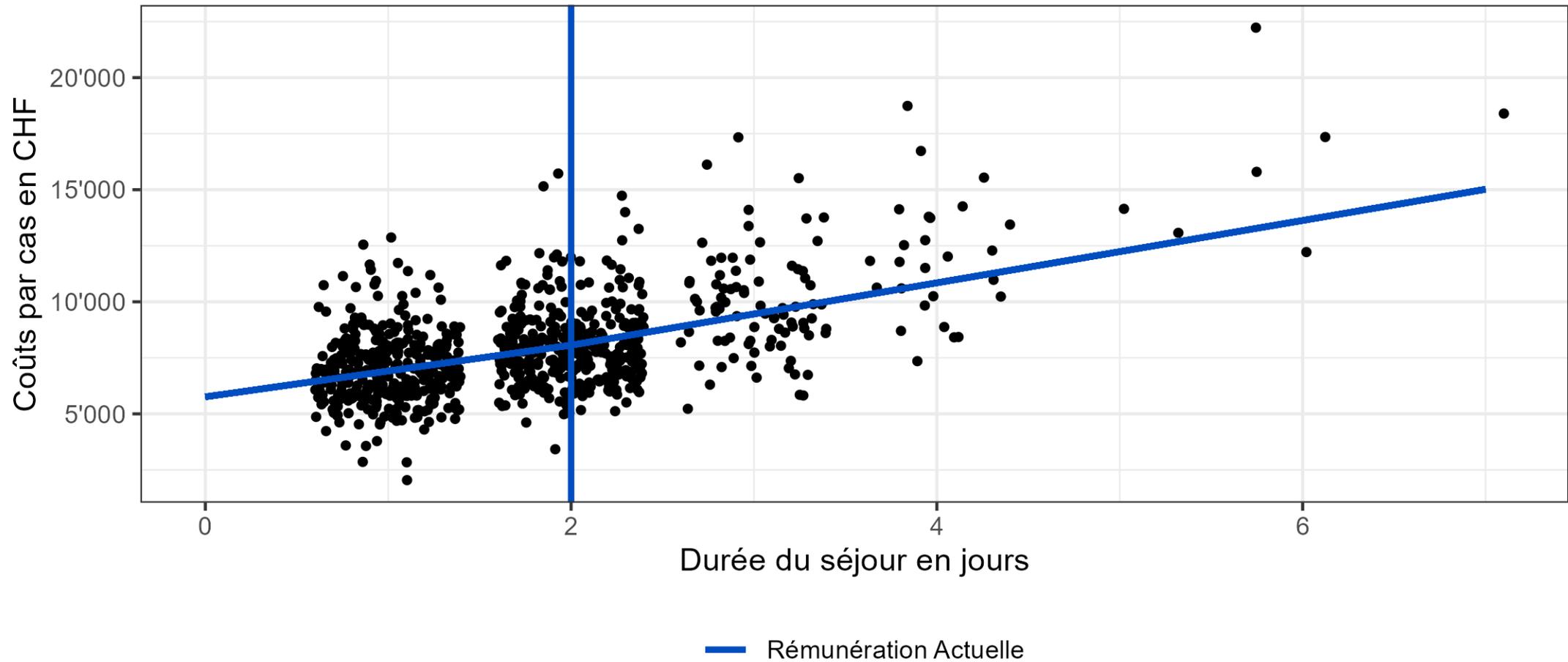
# Problème I

## Structure de rémunération du DRG R60A



# Problème II

## Structure de rémunération du DRG O03Z



# Statu quo

## Détermination de la borne inférieure de la durée de séjour

Borne inférieure de la durée de séjour du DRG  $i$  :

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

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

→ dans le catalogue des forfaits par cas est indiqué „premier jour avec réduction“ =  $BIS - 1$

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

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

# Statu quo

## Détermination de la borne supérieure de la durée de séjour

Borne supérieure de la durée de séjour du DRG i :

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

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

→ dans le catalogue des forfaits par cas est indiqué „premier jour avec supplément“ = BSS + 1

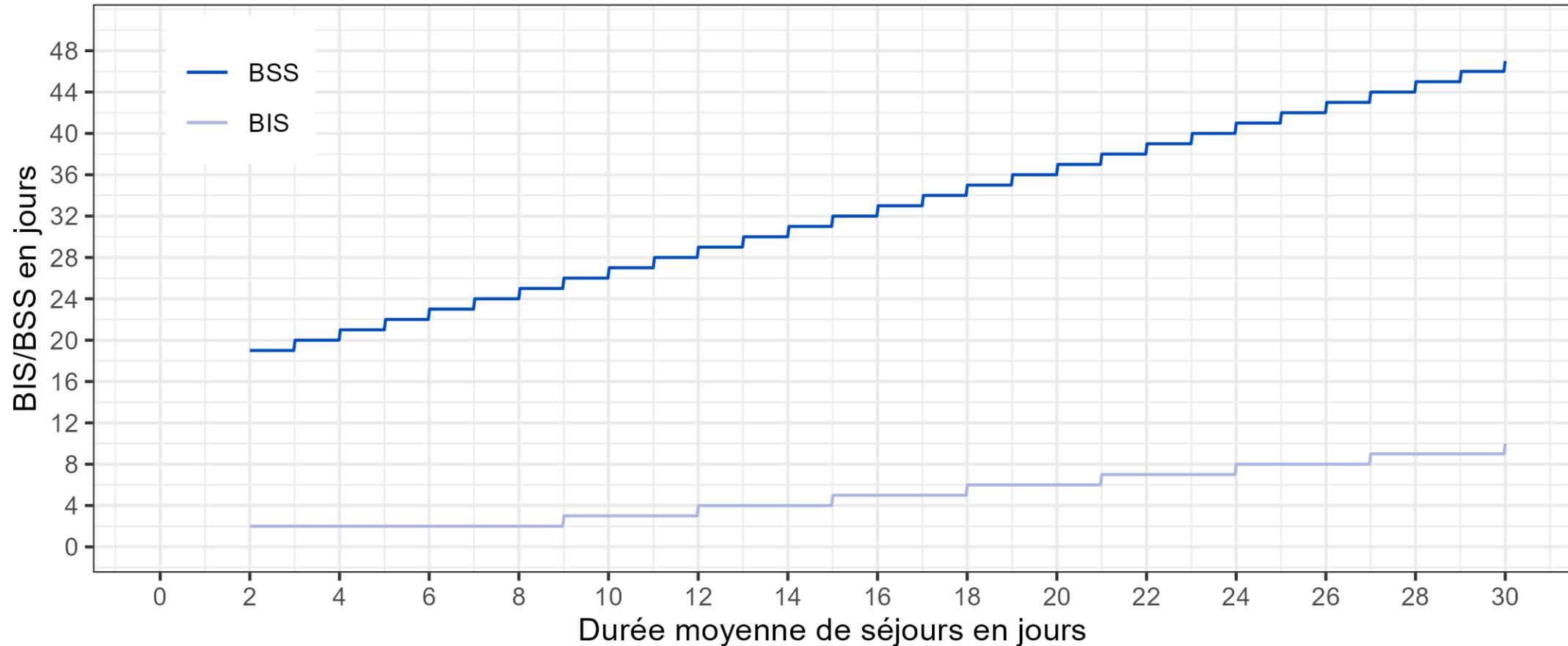
$mDS_i$ : moyenne arithmétique de la durée de séjour des cas dans le DRG i

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

# Motivation Problème I

BIS/BSS en fonction de la durée moyenne de séjour

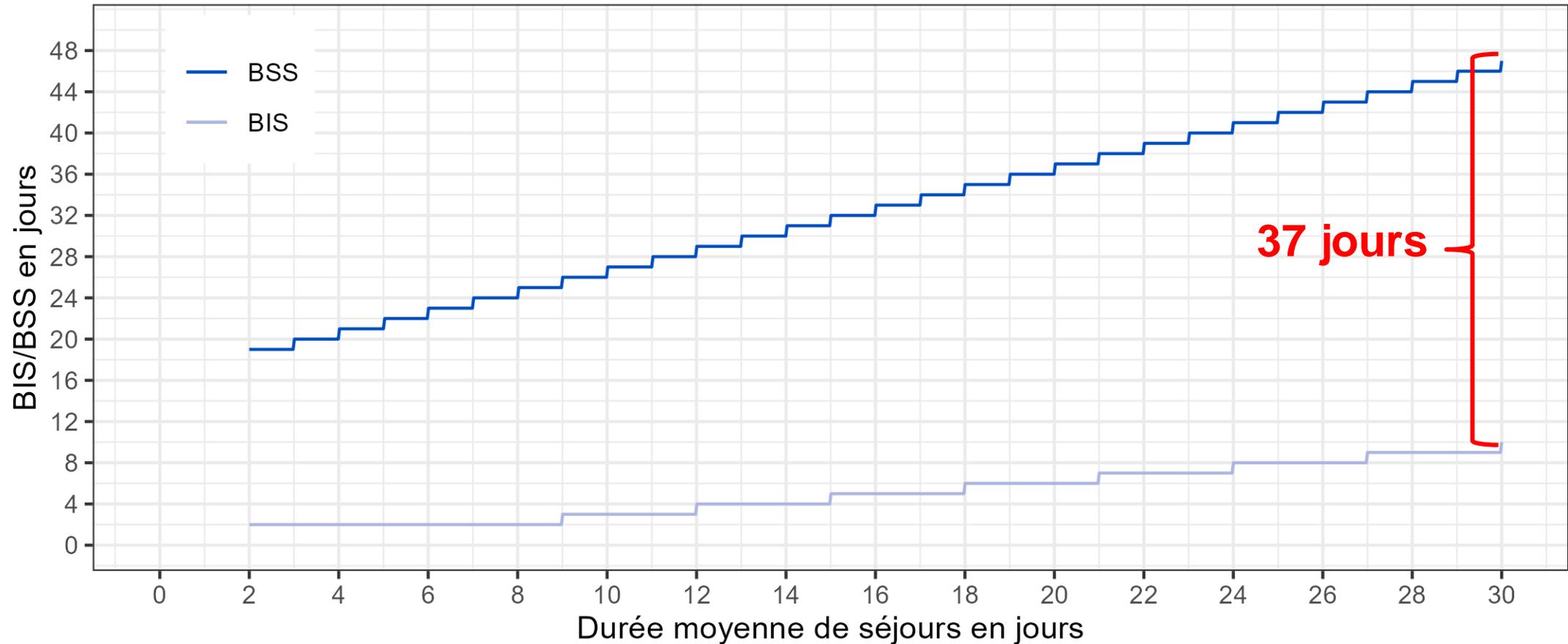
Écart type  $\geq 8.5$



# Motivation Problème I

BIS/BSS en fonction de la durée moyenne de séjour

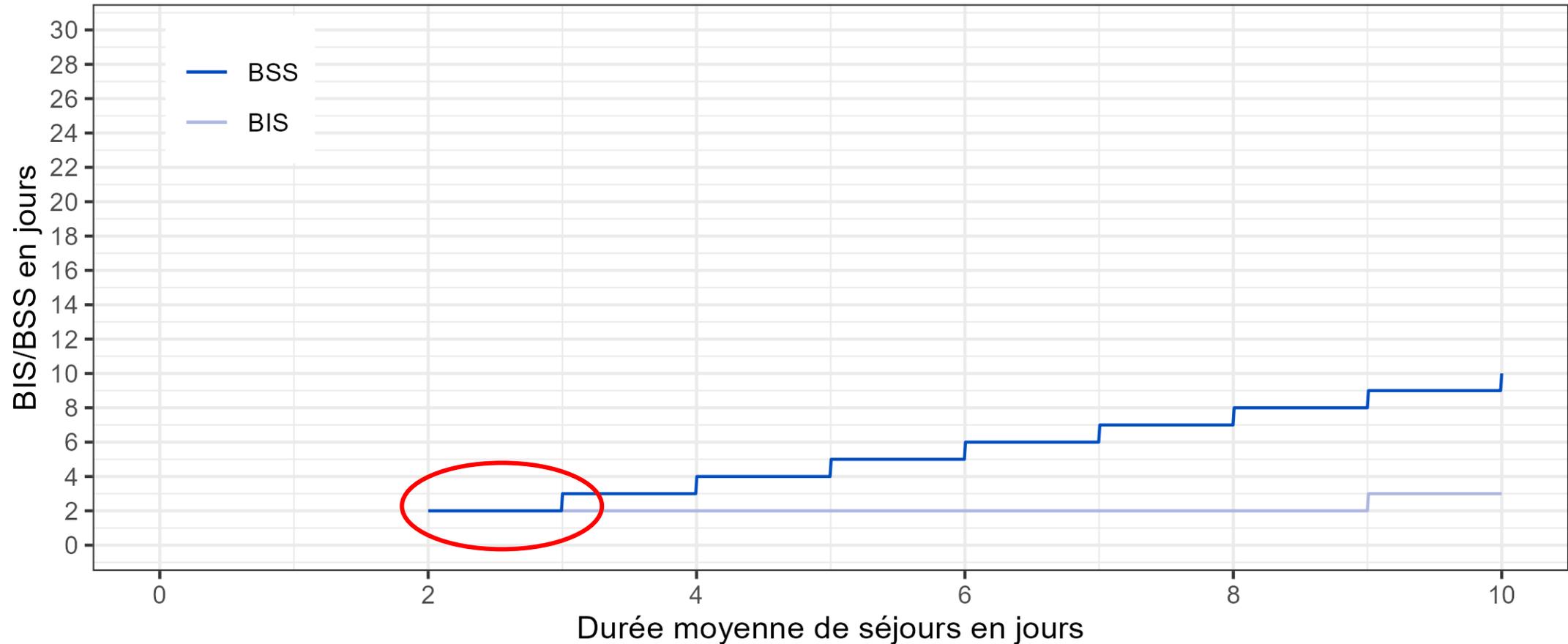
Écart type  $\geq 8.5$



## Motivation Problème II

BIS/BSS en fonction de la durée moyenne de séjour

Écart type 0



# Idée I – Paramètres de correction dans le calcul de la BSS

Insertion de 2 paramètres de correction dans la formule BSS

$$BSS_i = [\min(korr_{mds} \cdot mDS_i + 2 \cdot (sdDS_i + korr_{ds}); korr_{mds} \cdot mDS_i + distance\ max.)]$$

où

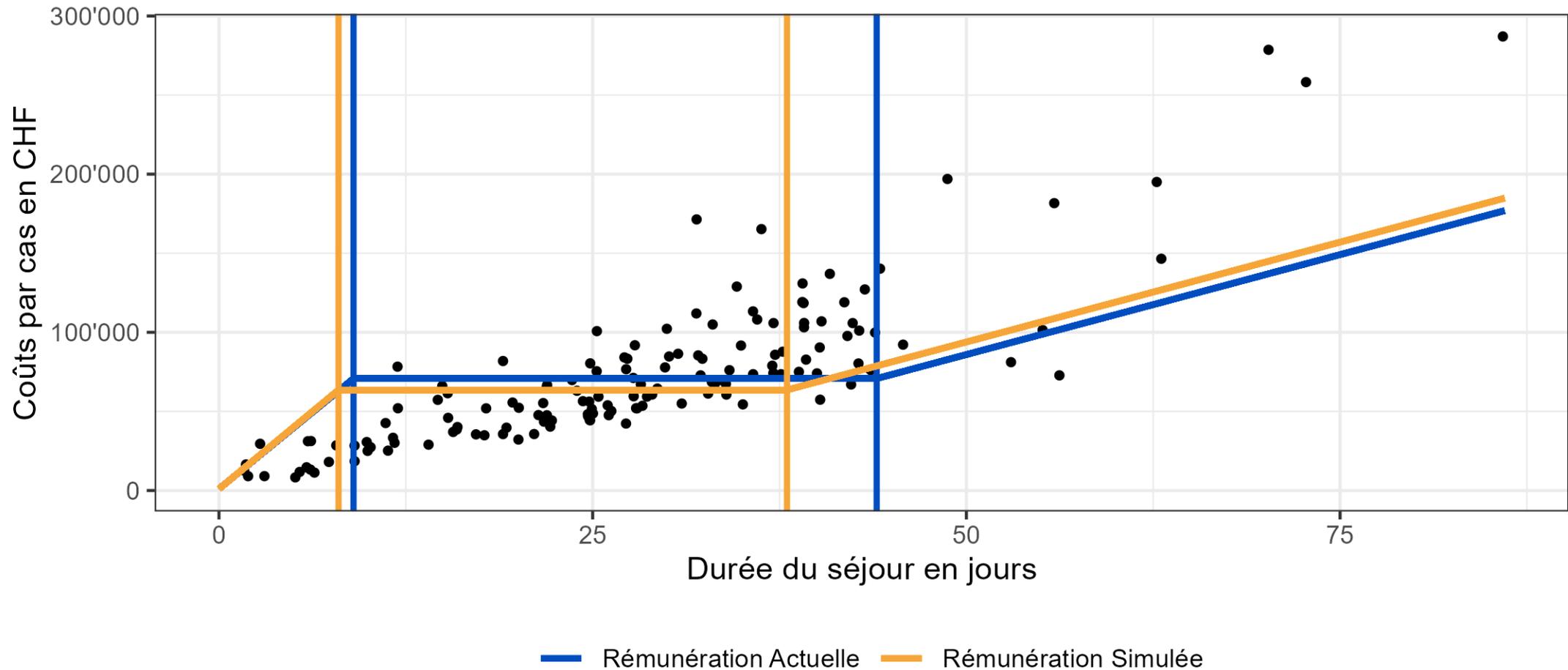
$$korr_{mds} \in (0,1) \text{ et } korr_{ds} > 0$$

## Idée I – Démarche

- dans le procédé itératif, les paramètres optimaux  $korr_{mds}$  et  $korr_{ds}$  ont été déterminés
- les valeurs des paramètres suivants ont été vérifiées :
  - $korr_{mds} \in (0.0, 0.1, 0.2, \dots, 1.0)$
  - $korr_{ds} \in (0.0, 0.1, 0.2, \dots, 2.0)$
- par combinaison possible (242 combinaisons)
  - Simulation d'un calcul avec ces valeurs de paramètres
  - Évaluation de la qualité du modèle à l'aide du Mean Absolute Errors (MAE)
- la combinaison suivante minimise le MAE:
  - $korr_{mds} = 0.8$
  - $korr_{ds} = 0.4$

# Idée I – Effets sur la structure de rémunération

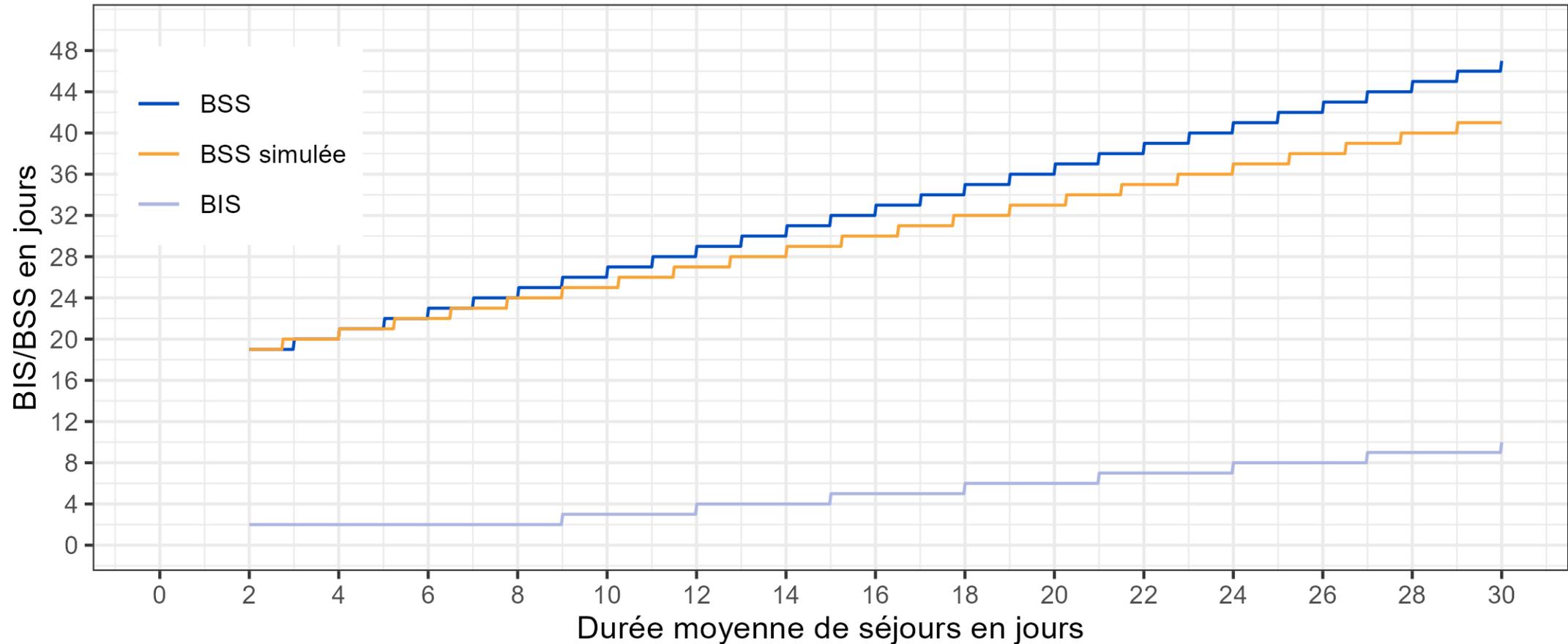
## Structure de rémunération du DRG R60A



# Idée I – Effets sur la structure de rémunération

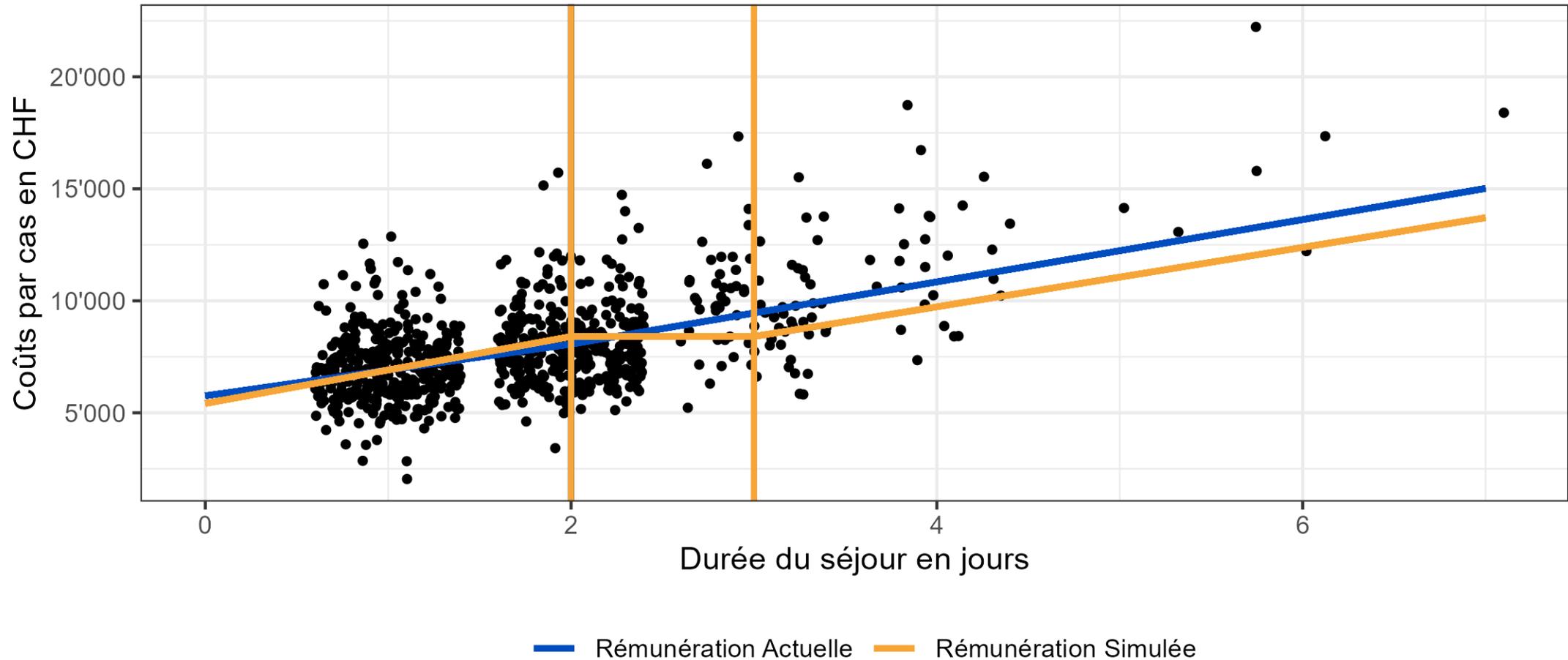
BIS/BSS en fonction de la durée moyenne de séjour

Écart type  $\geq 8.5$



# Idée I – Effets sur la structure de rémunération

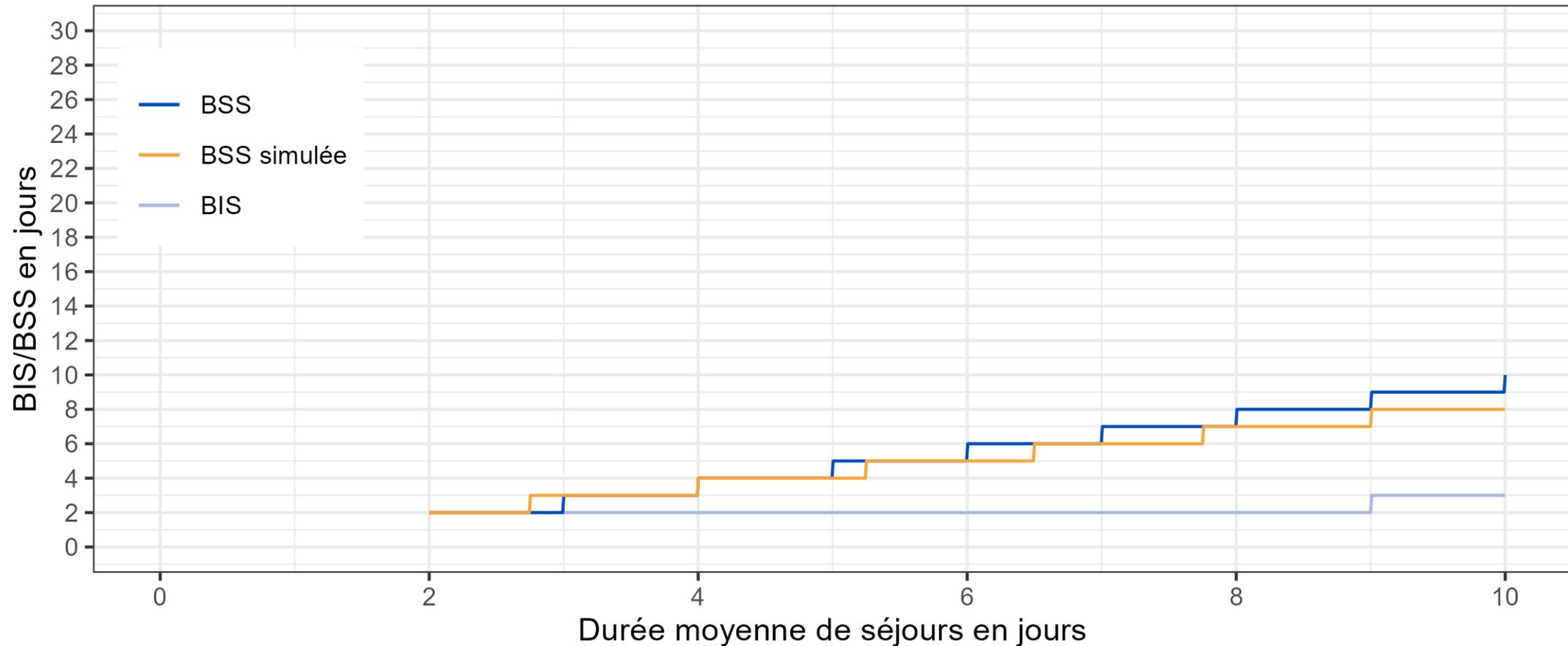
## Structure de rémunération du DRG O03Z



# Idée I – Effets sur la structure de rémunération

BIS/BSS en fonction de la durée moyenne de séjour

Écart type 0



## Conclusion Idée I

- les deux problèmes sont traités et sont donc moins probables
- Situation BIS = BSS = 2 est toujours possible, mais moins probable
- Déplacement de la quantité de cas (beaucoup plus de High Outlier)
- certains groupes de cas sont donc nettement mieux représentés
- autres groupes de cas souffrent massivement d'une telle adaptation
- les améliorations de la qualité de représentation de certains groupes de cas n'entraînent pas une augmentation de la qualité globale du système
- en principe, effets sur la qualité globale du système décisifs pour les adaptations ultérieures

**Idée I n'a pas été mise en œuvre pour ces raisons**

## Idée II

### Adaptation du calcul de la BSS pour BSS = BIS = 2

- la formule de calcul de l'OGV est légèrement adaptée (distinction des cas)
- donc la situation BSS = BIS = 2 n'est plus possible à l'avenir
- chaque BSS, qui se situe en dessous de 3 jours est augmenté d'un jour (ligne inférieure dans la formule suivante)

$$OGV_i = \begin{cases} \lfloor \min(mDS_i + 2 \cdot sdDS_i; mDS_i + 17) \rfloor, & \text{si } mSD_i + 2 \cdot sdDS_i \geq 3 \\ \lfloor \min(mDS_i + 2 \cdot sdDS_i; mDS_i + 17) \rfloor + 1, & \text{sinon} \end{cases}$$




## Conclusion Idée II

- la situation BSS = BIS = 2 n'est plus possible à l'avenir
- concerne un petit nombre de cas
- Zone des effets de l'adaptation clairement délimitée

**Idée II a été mise en œuvre pour ces raisons**

# Résumé

## Méthode de calcul

- Problème I : très grand écart entre BIS et BSS
- Problème II : pas de distance entre BIS et BSS
- Idée I : paramètres de correction dans la formule BSS 
- Idée II : distinction des cas dans la formule BSS 

# SwissDRG – Version 14.0 / 2025

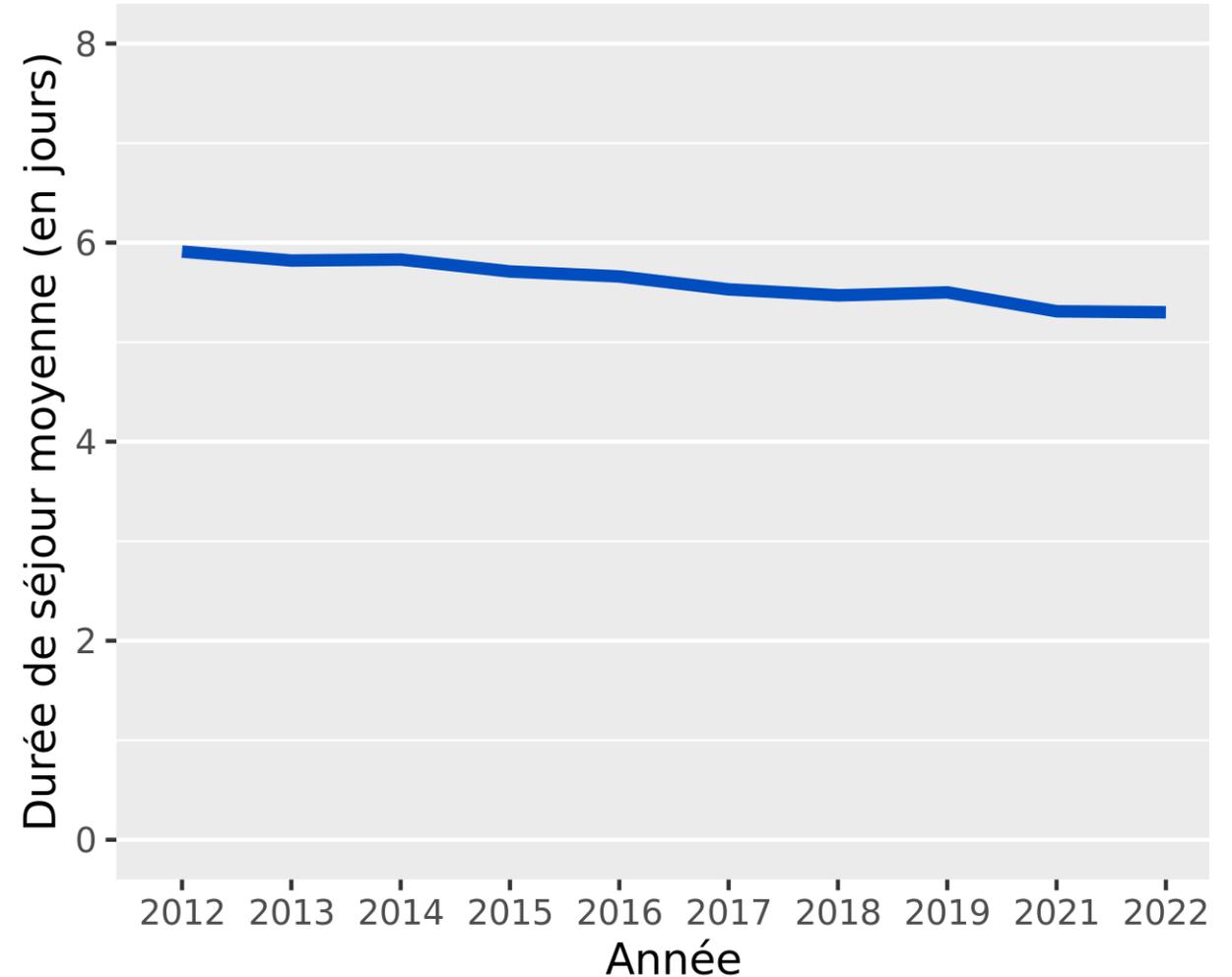
1. Base de données
2. Développement du Groupes
3. Méthode de calcul
- 4. Résultats**

## Résumé des modifications

	V14.0	V13.0	V12.0
<b>Nombre de DRG</b>	<b>1'071</b>	1'082	1'077
DRG non évalués	<b>0</b>	0	0
DRG non facturables	<b>4</b>	4	4
<b>DRG d'un jour</b>	<b>242</b>	241	244
explicite	<b>56</b>	57	54
implicite	<b>186</b>	184	190
<b>Rémunérations supplémentaires</b>	<b>190</b>	166	157
évaluées	<b>189</b>	165	156
non évaluées	<b>1</b>	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%)
2022	5.30 jours (- 0.19%)



Base de données : 2012-2022, données du domaine d'applicati

## Nombre de cas par statut

	V14.0		V13.0	
	Nombre de cas	Pourcentage	Nombre de cas	Pourcentage
Inlier	<b>871'006</b>	<b>78.7%</b>	866'483	78.3%
High Outlier	<b>76'794</b>	<b>6.9%</b>	79'020	7.1%
Low Outlier	<b>67'233</b>	<b>6.1%</b>	69'530	6.3%
Cas transférés	<b>91'919</b>	<b>8.3%</b>	91'919	8.3%
DRG non évalués	<b>0</b>	<b>0.0%</b>	0	0.0%
DRG non facturables	<b>120</b>	<b>0.0%</b>	120	0.0%
Tous les cas	<b>1'107'072</b>	<b>100.0%</b>	1'107'072	100.0%

*Base de données: 2022, données de calcul*

# Homogénéité des coûts R<sup>2</sup>

## Comparaison des versions du catalogue

Version du Grouper	Année de données	Tous les cas	Inlier
V14.0	2022	0.763	0.861
V13.0	2021	0.781	0.867

**Remarque :** l'augmentation du R<sup>2</sup> est due à la fois à l'évolution du grouper et à la modification de la base de données.

*Base de données : 2021 resp. 2022, données de calcul*

# Homogénéité des coûts R<sup>2</sup>

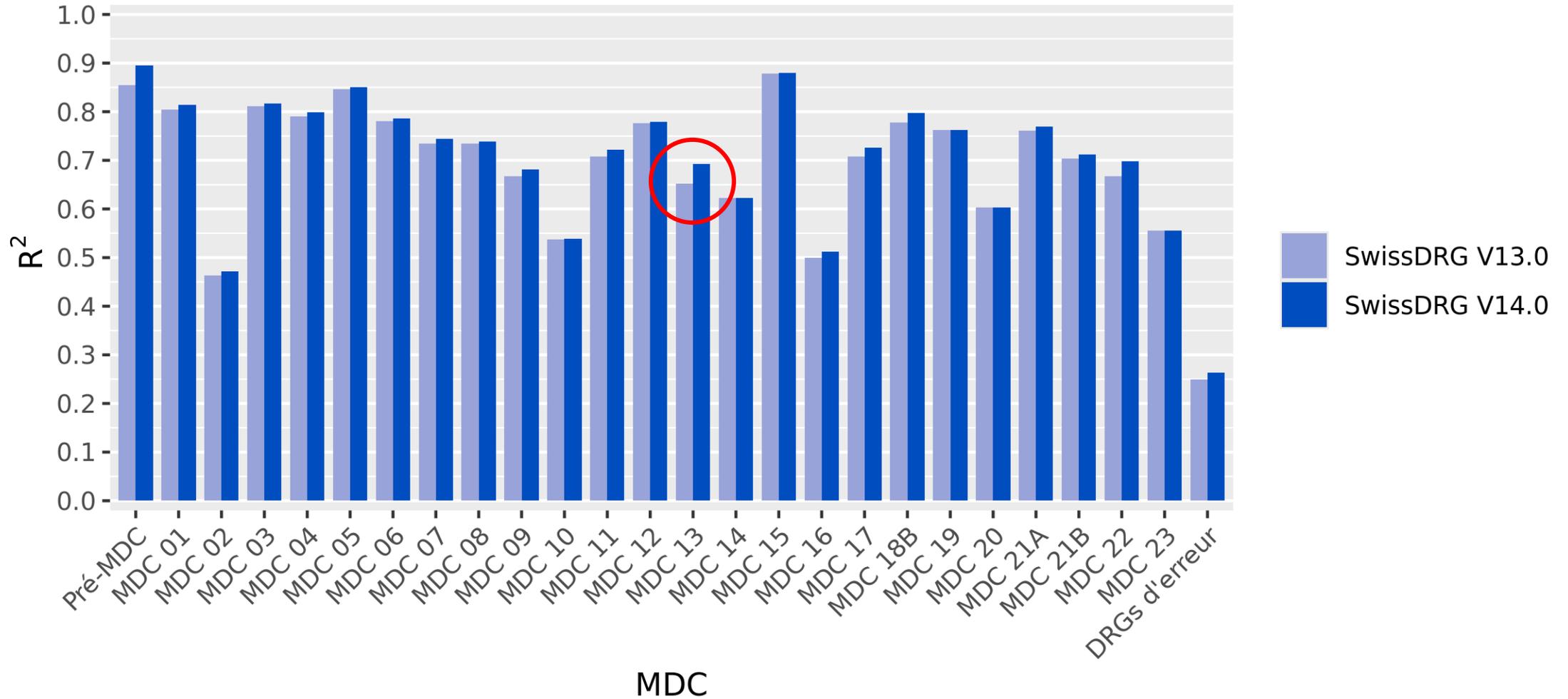
## Version V14.0 en comparaison avec les versions précédentes

Version du Groupeur	Année de données	Tous les cas	Inlier (selon V14.0)
V14.0	2022	0.763	0.861
V13.0		0.753	0.842
V12.0		0.742	0.825

*Base de données : 2022, données de calcul*

# Homogénéité des coûts R<sup>2</sup> par MDC

## Version V14.0 en comparaison avec la version précédente



Base de données :2022, données de calcul, inliers selon V14.0

# Détermination des cost-weights

	Nombre de DRG calculés	dont calculés sur 2 ou 3 années de données
<b>V14.0</b>	<b>1'067</b>	<b>17/8</b>
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 telle sorte que, pour une base de données identique 2022

Somme des cost-weights effectifs groupés avec V14.0

=

Somme des cost-weights effectifs groupés avec V13.0

SwissDRG V14.0	SwissDRG V13.0	SwissDRG V12.0
10'715 CHF	10'617 CHF	10'314 CHF

*Base de données: 2022, données du domaine d'application SwissDRG, évaluées avec V13.0 et V14.0*

# Indice casemix selon la typologie

Niveau de prestation	Nombre de cas	CMI V14.0	CMI V13.0	Delta V13.0/V14.0
K111 Prise en charge centralisée - niveau 1	217'809	<b>1.480</b>	1.469	+0.8%
K112 Prise en charge centralisée - niveau 2	679'980	<b>1.062</b>	1.064	-0.2%
K121 Soins de base - niveau 3	130'039	<b>0.924</b>	0.928	-0.4%
K122 Soins de base - niveau 4	82'179	<b>0.875</b>	0.878	-0.3%
K123 Soins de base - niveau 5	29'452	<b>0.920</b>	0.926	-0.6%
K221 Cliniques de réadaptation	6'649	<b>2.356</b>	2.304	+2.2%
K231 Chirurgie	50'497	<b>1.128</b>	1.136	-0.7%
K232 Gyn. / Néonatalogie	4'738	<b>0.379</b>	0.366	+3.5%
K233 Pédiatrie	19'278	<b>1.321</b>	1.328	-0.5%
K234 Gériatrie	5'713	<b>1.594</b>	1.582	+0.7%
K235 Cliniques spécialisées	8'425	<b>2.055</b>	2.042	+0.7%
<b>Tous</b>	<b>1'234'759</b>	<b>1.126</b>	1.126	+0.0%

Base de données: 2022, données du domaine d'application SwissDRG, évaluées avec V13.0 et V14.0

# Indice casemix selon la partition

Partition	Nombre de cas	CMI V14.0	CMI V13.0	Delta V13.0/V14.0
autre	42'873	<b>1.038</b>	1.035	+0.3%
médicale	622'762	<b>0.714</b>	0.724	-1.4%
opératoire	569'124	<b>1.583</b>	1.572	+0.7%

*Base de données: 2022, données du domaine d'application SwissDRG, évaluées avec V13.0 et V14.0*

# Indice casemix selon l'âge

Classe d'âge	Nombre de cas	CMI V14.0	CMI V13.0	Delta V13.0/V14.0
0 -16 ans	156'041	<b>0.686</b>	0.684	+0.3%
à partir de 17 ans	1'078'718	<b>1.189</b>	1.189	0.0%

*Base de données: 2022, données du domaine d'application SwissDRG, évaluées avec V13.0 et V14.0*

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

	Nombre de cas	Pourcentage du total des cas	Taux de couverture V14.0	Taux de couverture V13.0	Changement V13.0/V14.0
Hôpitaux universitaires K111	206'433	18.65%	<b>90.47%</b>	89.81%	+0.7%
Hôpitaux indépendants pour enfants	18'630	1.68%	<b>99.81%</b>	100.27%	-0.5%
Hôpitaux non universitaires	900'519	81.35%	<b>103.55%</b>	103.79%	-0.2%
Inliers	950'703	85.88%	<b>103.56%</b>	103.80%	-0.2%
Low outliers	72'554	6.55%	<b>103.45%</b>	101.64%	+1.8%
High outliers	83'695	7.56%	<b>83.79%</b>	83.16%	+0.8%
Patients transférés (d'admission)	49'299	4.45%	<b>99.74%</b>	98.96%	+0.8%
Patients transférés (d'admission) inliers	41'485	3.75%	<b>103.50%</b>	103.16%	+0.3%
Enfants < 16 ans sans DRG P66D, P67D	74'639	6.74%	<b>102.28%</b>	102.61%	-0.3%

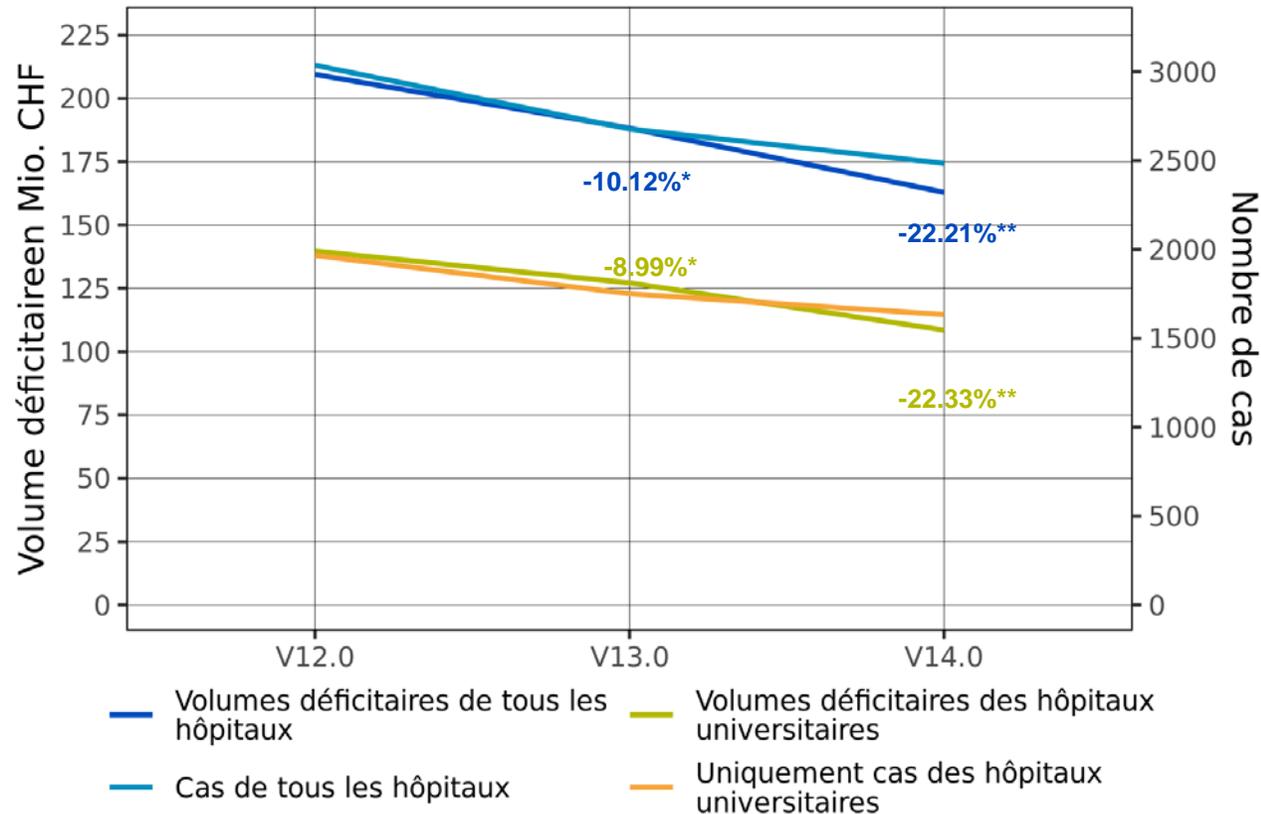
Baserate hypothétique pour bénéfices nuls incl. CUI V14.0: CHF 11'045

Baserate hypothétique pour bénéfices nuls incl. CUI V13.0: CHF 11'036

*Base de données : 2022, données de calcul, évaluées avec V13.0 et V14.0*

# Cas avec déficit

Cas avec déficit > CHF 40'000.-



\*: Changement de V12.0 à V13.0 (en %)  
 \*\*: Changement de V12.0 à V14.0 (en %)

Base de données : 2022, données de calcul, évaluées avec V12.0, V13.0 et V14.0

## Définition CA :

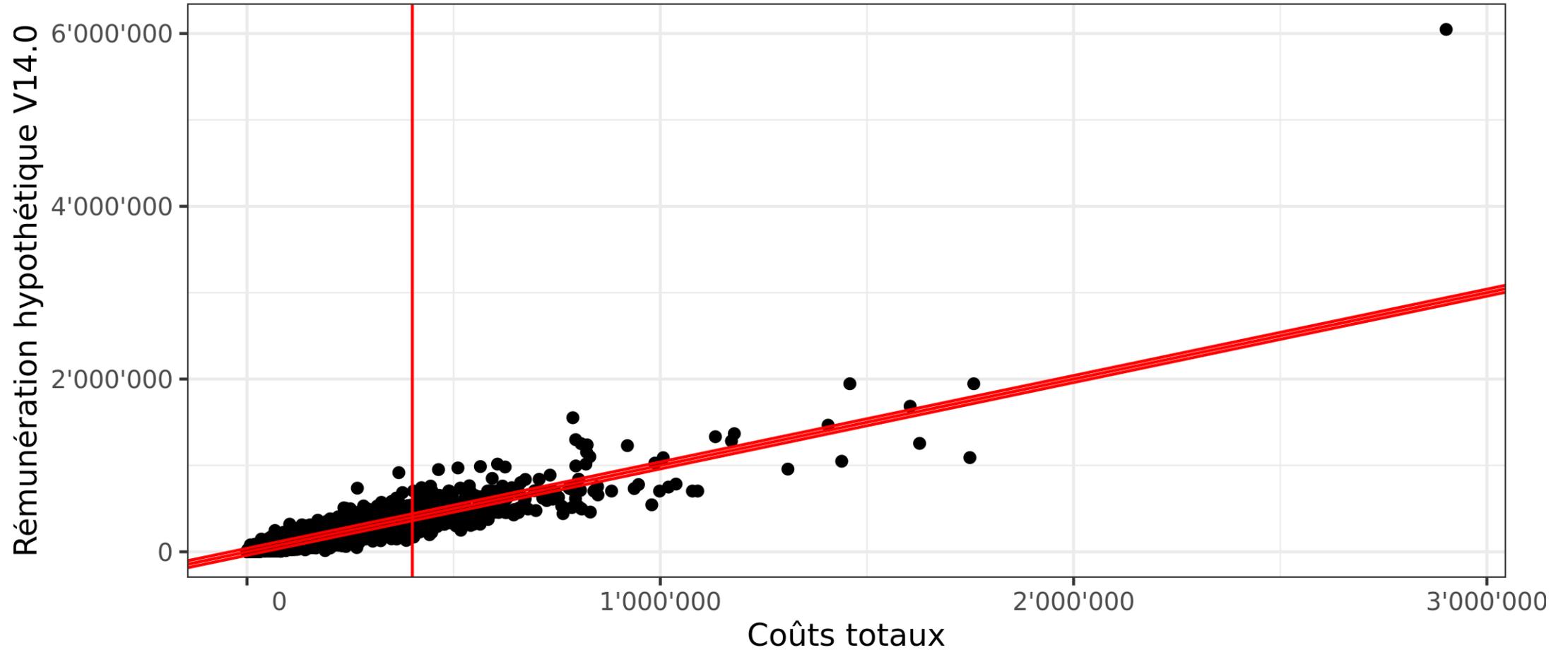
- Déficit > CHF 40'000
- Coûts > CHF 400'000



- 139 Cas
- 15 hôpitaux concernés
- Volume déficitaire CHF 21.9 Mio.

# Cas à coûts élevés

## Répartition

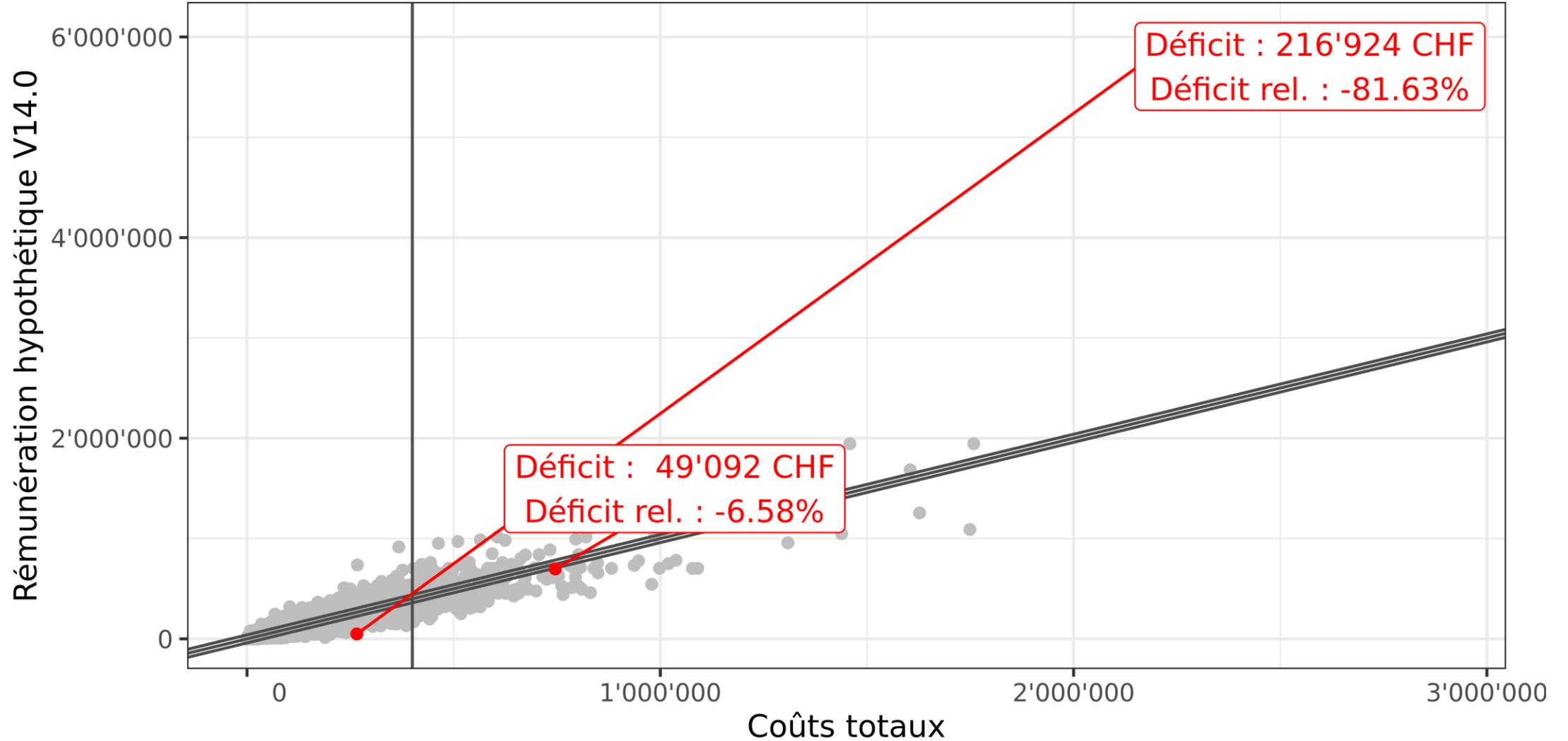


Cas à coûts élevés (coûts > 400'000 CHF) : 287  
Nombre de cas déficitaires avec coûts élevés : 139  
Nombre de cas bénéficiaires avec coûts élevés : 97

Volumes déficitaires : 21.9 Mio. CHF  
Volumes bénéficiaires : 19.5 Mio. CHF

# Cas à coûts élevés 2

## Répartition



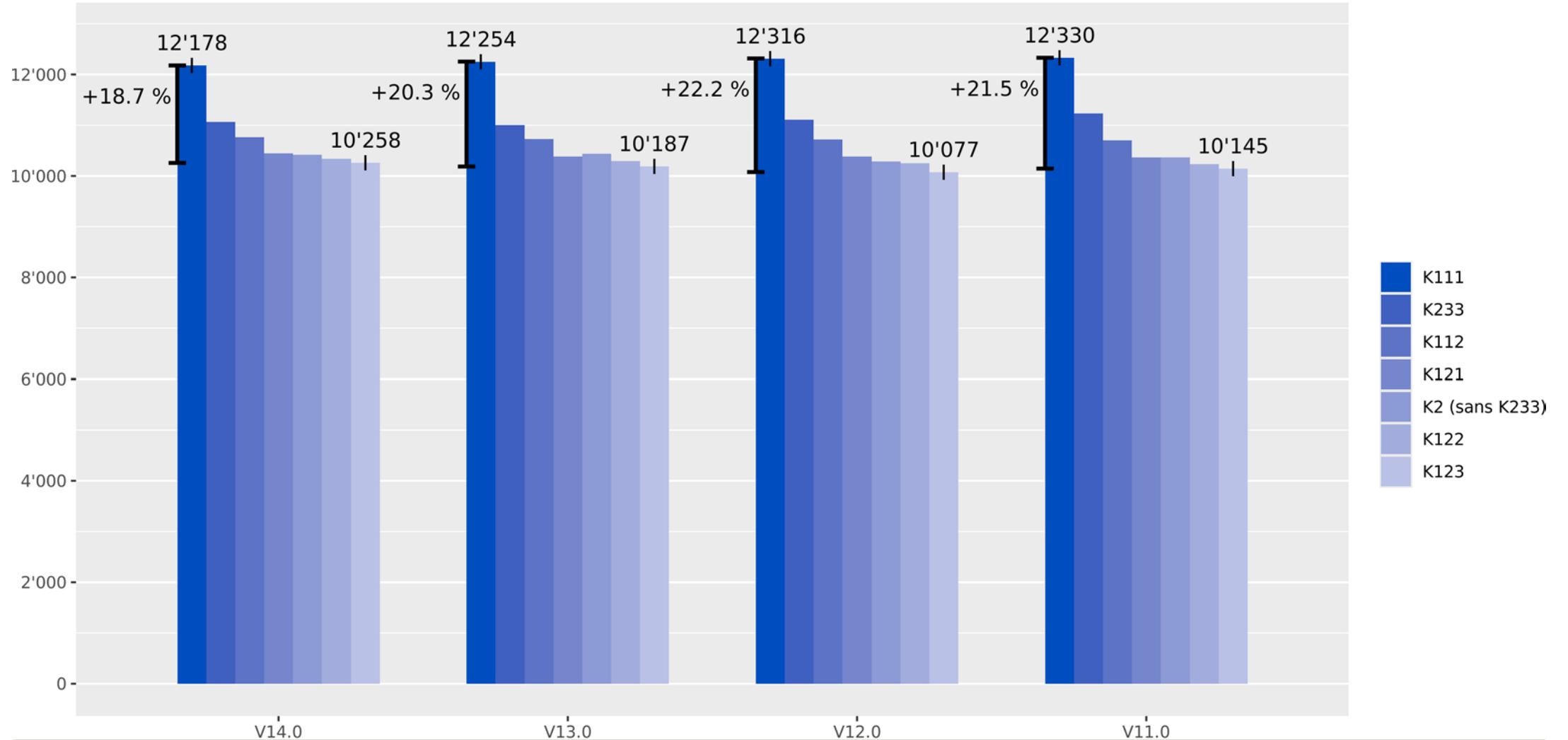
# Cas à coûts élevés

## Répartition

- 287 cas à coûts élevés
  - 0.026% du total des cas
  - 1 cas sur 3900
- 4 cas sur 5 présentent un profit/déficit de plus de 40 000 CHF
- 74% à coûts élevés sont des High Outlier
- 4 cas sur 5 à coûts élevés sont issus du pré-MDC
- les coûts dans les DRG évalués plus hauts se répartissent généralement plus largement que dans les DRG évalués plus bas
- la probabilité (en termes absolus) d'être rémunérée trop faiblement ou trop fortement augmente avec les coûts totaux

# Coûts standardisés par cas selon la typologie

## Effets de version



**Un grand merci pour votre attention !**

**SwissDRG SA**

Länggassstrasse 31  
3012 Berne

 +41 (0)31 310 05 50

e-mail: [info@swissdrg.org](mailto:info@swissdrg.org)