



TARPSY 6.0

Rapport sur le développement de la structure tarifaire

Table des matières

1	Données.....	4
2	Degré de sévérité: TARPSY Patient Severity Level	7
2.1	Méthode	7
2.2	Calcul du Diagnostic Cost Ratio (DCR)	7
2.3	Calcul du Patient Severity Level (PSL).....	8
2.4	Résultats	8
3	Logique médicale – groupes de coûts psychiatriques.....	10
3.1	Différenciation des PCG de base	10
3.2	Diagnostics et splits T-PSL	11
3.2.1	Diagnostics CIM-10-GM.....	11
3.2.2	Splits par degré de sévérité	12
3.3	HoNOS et HoNOSCA	12
3.4	Traitements et procédures.....	12
3.5	Âge.....	13
3.6	Développement détaillé de la logique médicale.....	13
4	Calcul – Calcul des cost-weights.....	23
4.1	Développement détaillé du calcul.....	23
4.2	Méthode de calcul.....	24
5	Normalisation	26
6	Chiffres clés	27
7	Calcul des rémunérations supplémentaires TARPSY.....	29
7.1	Rémunérations supplémentaires basées sur les codes ATC	29
7.1.1	Méthode de calcul	29
7.1.2	Résultats	30
7.2	Rémunérations supplémentaires basées sur les codes CHOP	31
7.2.1	Méthode de calcul	31
7.2.2	Résultats	31
8	Autres analyses en rapport avec l'évolution de la structure tarifaire.....	32
8.1	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	32
8.2	Cas médico-légaux.....	32
8.3	Analyse des codes CHOP	34
8.4	Analyse des sorties d'essai	35

8.5	Analyse des rapports de révision	36
9	Résumé	37

1 Données

Le Conseil d'administration a décidé le 15 décembre 2022 (CA-65) d'introduire, à partir de la version 6.0, un cycle de développement de deux ans pour TARPSY. Par conséquent, la structure tarifaire évoluera désormais avec une nouvelle version tous les deux ans, et donc sur la base de données de deux années. Cette décision n'a aucune influence sur les processus annuels de collecte et de traitement des données, lesquels ont été effectués comme d'habitude. La présente section sur les données prend donc en compte les deux années de données 2022 et 2023.

Le nombre de cas en psychiatrie stationnaire ne cesse d'augmenter en Suisse. Le Tableau 1 présente une vue d'ensemble des cas transmis à SwissDRG SA chaque année. On observe en outre une augmentation de la proportion de cas plausibles, ce qui signifie que, proportionnellement, de moins en moins de cas ont dû être exclus du développement de la structure tarifaire en raison d'erreurs de codage ou d'incohérences dans les données. Des informations supplémentaires sur la procédure relative à la plausibilisation des cas sont décrites dans la «Documentation pour le traitement des données 2022 et 2023» (annexe 4 de la demande d'approbation des tarifs).

Tableau 1: Présentations des livraisons de données entre 2018 et 2023

Psychiatrie stationnaire	2018 T3.0	2019 T4.0	2020 -	2021 T5.0	2022 T6.0	2023 T6.0
Nombre de cliniques transmettant des données	60	62	66	65	66	64
Cliniques avec des livraisons valides	47	56	64	62	63	62
Cas livrés	67 679	70 974	71 944	72 632	75 790	79 857
Cas plausibles	52 595	53 291	62 272	62 835	67 724	72 170
Pourcentage de cas plausibles	78%	75%	87%	87%	89%	90%
Nombre de cas selon l'OFS ¹	75 749	77 443	77 177	80 394	83 844	84 424

Le Tableau 2 présente l'érosion des données. Au total, les données de respectivement 2 hôpitaux ont dû être exclues des travaux de développement au cours de ces deux années. La raison principale des exclusions de cliniques était des structures de coûts forfaitaires ou non plausibles. Les commentaires des prestataires a permis d'expliquer certaines anomalies dans les cas et ainsi de ne pas les exclure.

Tableau 2: Présentation de la plausibilisation des données

	Nombre de cas pour 2022	Nombre de cas pour 2023
Cas livrés	75 790	79 857
Cas hospitalisés sur deux ou plusieurs années sans coûts complets	- 113	- 34
Exclusion d'hôpitaux (respectivement 2 hôpitaux)	- 1574	- 1388
Plausibilisation des cas	- 8328	- 9418
Commentaires des cas	+ 1949	+ 3153

¹ Source pour les années 2018-2022: OFS, chiffres clés des hôpitaux suisses, pour l'année en question

Cas plausibles	67 724	72 170
-----------------------	---------------	---------------

Les principales raisons qui ont conduit à des exclusions de cas pendant la plausibilisation sont des structures de coûts non plausibles, généralement des coûts journaliers trop bas pour le corps médical ou les soins ou des coûts journaliers trop élevés. Les autres thèmes abordés comprenaient les procédures d'imagerie sans procédure opératoire et sans coûts, ainsi que l'absence de classement Honos à l'admission durant les 3 premiers jours.



Figure 1: Pourcentage de cas non plausibles par hôpital

présente le pourcentage de cas non plausibles par hôpital. Le pourcentage moyen par clinique est passé de 12,3% en 2021 à 8,7% en moyenne en 2022 et 8,2% en 2023.

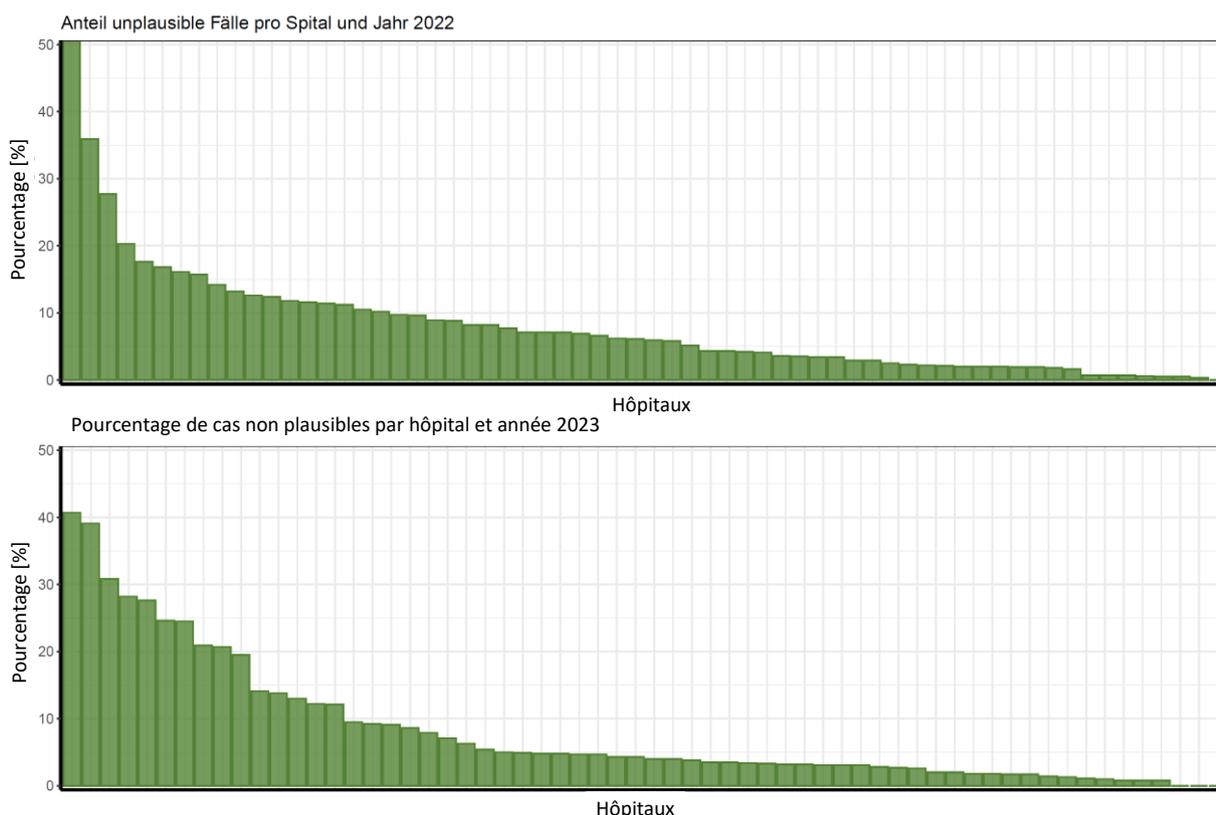


Figure 1: Pourcentage de cas non plausibles par hôpital

Le **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** présente le nombre de cas livrés et de cas plausibles par catégorie d’âge, complété par les pourcentages correspondants. Alors que les données relatives aux cas d’enfants et d’adolescents de l’année précédente étaient prises en compte pour le développement des versions précédentes, cette étape n’est plus nécessaire à partir de la version 6.0. Le développement se base désormais sur deux années complètes de données, ce qui fournit une base plus solide.

Tableau 3: Nombre de cas par groupe d’âge, données 2022 et 2023

Groupe d’âge	Année des données	Nombre de cas livrés	Nombre de cas plausibles	Pourcentage de cas plausibles
Moins de 18 ans	2022	5372	4623	86%
	2023	5604	5023	90%
18 à 64 ans	2022	58 700	52 813	90%
	2023	61 750	55 808	90%
65 ans et plus	2022	11 718	10 288	88%
	2023	12 503	11 339	91%

Dans le cadre du relevé habituel des données, les cliniques ont la possibilité de mettre à la disposition de SwissDRG SA des informations complémentaires lors de la collecte des données. Il s’agit principalement d’informations sur les coûts et les modes d’administration de médicaments très coûteux ainsi que sur les prestations psychiatriques telles que la prise en charge 1:1, la sortie d’essai, l’électroconvulsivothérapie (ECT) et la stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS). À l’exception de la rTMS, ces prestations sont déjà représentées par des rémunérations supplémentaires

(RS). Des informations sur les cas médico-légaux peuvent également être transmises. Une analyse de ces cas figure à la section 8.2.

Les informations transmises sont prises en compte dans le développement et l'évaluation des rémunérations supplémentaires pour la psychiatrie. Le Tableau 4 indique le nombre d'hôpitaux ayant fourni des informations supplémentaires dans le cadre des relevés détaillés (RD) par rapport au nombre de cliniques ayant saisi des cas avec les médicaments ou prestations concernés dans la statistique médicale au cours des années de données correspondantes (données). Pour la version 6.0, l'introduction d'une nouvelle rémunération supplémentaire pour la rTMS n'a pas pu être examinée, car le nombre de relevés détaillés reçus était trop faible.

Tableau 4: Résumé des relevés détaillés, données 2022 et 2023

Année	Médicaments		Prise en charge 1:1		Sortie d'essai		ECT		rTMS	
	RD	Données	RD	Données	RD	Données	RD	Données	RD	Données
2022	27	39	8	32	15	50	4	20	0	9
2023	26	45	10	33	16	49	4	21	1	11

2 Degré de sévérité: TARPSY Patient Severity Level

Le Patient Severity Level (PSL) pour la psychiatrie a été introduit avec la version 5.0 de TARPSY.

Le PSL calcule pour chaque cas de psychiatrie stationnaire, sur la base des diagnostics associés à ce cas, un degré de sévérité qui sert à identifier les cas présentant des situations diagnostiques complexes et nécessitant beaucoup de ressources.

Dans le cadre du perfectionnement de la structure tarifaire, outre l'ajout des deux nouvelles années de données, seules des adaptations minimales ont été effectuées dans le domaine du degré de sévérité. Nous vous renvoyons au rapport de développement de la version 5.0 de TARPSY pour une explication complète de la méthode ainsi que du calcul du degré de sévérité.

2.1 Méthode

Comme lors de la version précédente, différentes bases de données ont été examinées pour développer la logique du degré de sévérité. Des simulations ont ainsi été évaluées avec des données couvrant jusqu'à 6 années antérieures. Il s'est également avéré pour la version 6.0 que l'utilisation de 4 années antérieures contient un volume de diagnostics suffisant, alors que l'ajout d'années de données supplémentaires entraînerait l'intégration de données de coûts trop historiques dans les calculs. Ainsi, le modèle a été entraîné sur la base des données plausibles des années 2020 à 2023.

Le développement de la logique PSL repose à la fois sur un savoir-faire économique et statistique et sur un savoir-faire médical. Pour cette raison, pour la logique du degré de sévérité actuelle aussi, il est indispensable d'intervenir manuellement sur l'algorithme au moyen de listes d'exclusion. Concrètement, les «Conditional Exclusions» ainsi que les «Unconditional Exclusions» ont été révisées.

1. Conditional Exclusions: les diagnostics qui décrivent des contenus similaires et qui ne doivent pas être comptés deux fois dans un cas sont exclus à l'aide de la procédure d'exclusion récursive au niveau du cas. Les listes de codes concernées ont été reprises sans adaptation par la structure tarifaire SwissDRG actuelle.
2. Unconditional Exclusions: les diagnostics qui, de manière générale, ne doivent pas être évalués. Ils comprennent des descriptions non spécifiques, présentent des probabilités élevées de descriptions multiples de la même maladie ou favoriseraient des incitations inopportunes dans le système. Cette liste a fait l'objet d'une révision manuelle qui a donné lieu à 104 ajouts et 208 suppressions. Elle comprend actuellement 2922 diagnostics.

2.2 Calcul du Diagnostic Cost Ratio (DCR)

Le calcul du DCR a été ajusté. Il peut arriver que certains diagnostics soient mentionnés moins que le minimum requis de 25 fois dans l'ensemble des données. Dans ces cas, un algorithme est utilisé, dans lequel les codes CIM « voisins » peuvent être utilisés pour calculer le DCR, afin de garantir un minimum de robustesse statistique. Dans cet algorithme, il y a eu une extension des niveaux d'agglomération. Outre cette petite adaptation, le DCR a été calculé sur la base des données, de manière analogue à ce qui a été fait dans la version précédente.

2.3 Calcul du Patient Severity Level (PSL)

Il n’y a pas eu de changement dans le calcul du PSL. Les DCR recalculés ont servi de base au calcul du PSL, sur la base duquel des restructurations ont ensuite été examinées dans la logique médicale. Comme avant, le PSL distingue les catégories qui figurent dans le Tableau 5, les critères de split ayant été examinés par palier de cinq (outre par exemple 120 et 130, 125 peut également faire office de condition de split):

Tableau 5: Catégories du PSL

Désignation	PSL
PSL non augmenté	PSL < 110
PSL légèrement augmenté	110 ≤ PSL < 120
PSL augmenté	120 ≤ PSL < 130
PSL fortement augmenté	130 ≤ PSL < 140
PSL très fortement augmenté	140 ≤ PSL

2.4 Résultats

Tableau 6 montre les distributions par PCG de base des DCR évalués sur la base des données. On peut constater que, même dans la nouvelle version, la majorité des diagnostics saisis n’obtiennent pas de valeurs DCR significatives. Ces résultats s’expliquent notamment par la prudence avec laquelle les paramètres du modèle ont été estimés, afin d’éviter un ajustement excessif (overfitting) de l’algorithme². La raison la plus importante de ces résultats peut toutefois être déduite directement de la base de données. Pour une grande partie des cas, il s’agit d’une patientèle régulière. Les cas présentant des situations diagnostiques complexes et nécessitant des ressources importantes sont plutôt rares. Par conséquent, de nombreux diagnostics obtiennent une faible évaluation et le nombre de cas avec un PLS élevé reste ainsi dans des proportions limitées.

Tableau 6: Nombre de codes CIM évalués sur la base des données par PCG de base

DCR	Tous	TP21	TP24	TP25	TP26	TP27	TP28	TP29	TP30
0	11 999	1635	1960	1500	821	2323	1519	1162	1079
1	3404	750	336	526	201	734	459	320	78
2	978	218	40	159	53	214	150	118	26
3	226	47	1	29	11	55	46	33	4
4	63	12	5	2	4	14	15	6	5
5	28	3	2	1	0	10	9	3	0

L’ajout de nouvelles années de données a entraîné un décalage dans l’évaluation de certains DCR. Le tableau 7 donne un aperçu de ces décalages. Il s’agit d’une comparaison des diagnostics qui ont reçu une évaluation tant dans la version précédente (DCR_{prec.}) que dans la version actuelle (DCR_{act.}). Par rapport à la version précédente, il y a eu une légère augmentation des diagnostics avec des valeurs DCR plus élevées, à l’exception des TP24, TP26 et TP30. Cela s’explique d’une part par le nombre

² Un overfitting se produit lorsque le modèle présente de meilleurs résultats sur la base de données sur laquelle il repose («données d’entraînement») que sur une nouvelle base de données («données de test»). Cela s’explique par le fait que les paramètres du modèle ont été trop fortement ajustés aux données d’entraînement, ce qui a permis de reproduire des effets qui ne peuvent être détectés que dans cette base de données et non dans la population globale. De telles mesures de sécurité statistiques nécessaires ont une répercussion négative sur la performance du modèle.

moyen plus élevé de diagnostics au niveau des cas et, d'autre part, par le nombre croissant de cas par an, ces deux facteurs augmentant le nombre de diagnostics disponibles. Par ailleurs, l'adaptation de l'algorithme d'agglomération a également entraîné un léger élargissement des diagnostics évalués. Parmi les diagnostics qui ont été évalués avec un DCR dans les deux versions, environ deux tiers sont évalués de manière inchangée. Au total, 96,3% de toutes les évaluations ont changé d'un point ou moins.

Tableau 7: proportions des différences de $DCR_{préc.} - DCR_{act.}$ par PCG de base

Δ DCR	TP21	TP24	TP25	TP26	TP27	TP28	TP29	TP30
-3	0%	-	0%	-	0%	0%	0%	-
-2	1%	2%	1%	1%	0%	1%	1%	4%
-1	10%	19%	15%	17%	9%	11%	13%	23%
0	68%	66%	67%	67%	72%	68%	66%	62%
1	18%	12%	15%	14%	16%	17%	17%	10%
2	3%	1%	2%	1%	2%	2%	3%	1%
3	1%	0%	0%	0%	1%	1%	0%	0%

Il se peut également qu'un diagnostic ait reçu un DCR dans une version, alors qu'il n'a pas été évalué dans l'autre parce qu'il n'a pas été suffisamment cité. Le Tableau 8 indique le nombre de codes par PCG de base qui ont été réévalués ainsi que le nombre de codes qui n'ont pas pu être réévalués. La hauteur du DCR respectif n'est ici pas prise en compte. Par exemple, parmi les codes réévalués sur l'ensemble des PCG de base, 77% ont un DCR de 0.

Tableau 8: Nombre de diagnostics désormais non évalués et de diagnostics désormais réévalués par PCG de base par rapport à la version précédente

DCR	TP21	TP24	TP25	TP26	TP27	TP28	TP29	TP30
Désormais non évalués	387	377	368	265	459	375	333	224
Désormais évalués	642	567	536	351	783	581	435	365

3 Logique médicale – groupes de coûts psychiatriques

La logique médicale a été perfectionnée sur la base des deux années de données 2022 et 2023. Pour ce faire, les données de diagnostics et de prestations de l'année 2022 ont été transférées vers les catalogues disponibles en 2023. SwissDRG SA disposant d'une grande expérience dans le domaine du transfert, cette étape a pu être réalisée sans problème. Ainsi, les simulations des restructurations médicales ont pu être vérifiées sur une base de données plus importante que dans les versions précédentes. Pour les restructurations prometteuses, le même calcul n'a été vérifié à chaque fois qu'avec la nouvelle année de données afin de garantir que le split est bien actuel.

La version TARPSY 6.0 a été élaborée à partir de la version TARPSY 5.0. En s'appuyant sur les données des différents cas concernant les coûts et les prestations des années 2022 et 2023, un contrôle a été réalisé pour voir comment distinguer plus finement les PCG, de façon à rendre la structure tarifaire plus homogène au niveau des coûts. Les points contrôlés sont décrits en détail dans le présent chapitre.

Pour développer la logique de groupement médicale, les analyses ont intégré des variables existant déjà sous forme de données de routine dans les relevés de données annuels standardisés. Cela permet de limiter le travail supplémentaire que les cliniques ont à fournir pour l'enquête.³ Parmi elles se trouvent toutes les variables identifiées comme séparateurs de coûts dans les précédentes versions de TARPSY: diagnostics principaux et supplémentaires, âge, traitements et procédures et trois items HoNOS/CA spécifiques. Avec TARPSY 6.0, certains codes de diagnostic et de procédure ainsi que la limite d'âge «< 80 ans» ont pu être identifiés comme des séparateurs de coûts supplémentaires dans certains PCG. De plus, la logique du degré de sévérité (logique PSL) a été perfectionnée dans la version tarifaire 6.0 qui a pu être utilisée comme caractéristique séparatrice des coûts dans certains splits PCG. Toute variable susceptible d'expliquer les différences d'utilisation des ressources est comprise comme un séparateur de coûts. Enfin, un nouveau PCG TP28B a pu être créé dans le TP28.

3.1 Différenciation des PCG de base

La différenciation des PCG de base à partir des groupes de diagnostics principaux existants a pu être conservée sans changement par rapport à la version 5.0. Le Tableau présente la différenciation entre les PCG de base à partir des diagnostics principaux.

Tableau 9: Différenciation entre les PCG de base à partir des diagnostics principaux

Diagnostic principal		PCG de base de base utilisés dans TARPSY 6.0	
F1, F55	Troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation d'alcool, d'autres drogues ou d'autres substances	TP21	Troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation d'alcool, d'autres drogues ou d'autres substances
F0, certains autres diagnostics	Troubles mentaux organiques et symptomatiques, ou maladies à l'origine de la maladie psychiatrique	TP24	Troubles en cas de démence ou autres troubles organiques du SNC
F2	Schizophrénie, troubles schizotypiques et hallucinatoires	TP25	Schizophrénie, troubles schizotypiques ou hallucinatoires

³ Les variables proviennent de la Statistique médicale des hôpitaux et sont en partie recueillies suivant les directives de l'ANQ.

Certains F3	Troubles maniaques et troubles bipolaires avec épisode maniaque actuel	TP26	Troubles maniaques
Certains F3	Dépression et autres troubles affectifs, sans troubles maniaques	TP27	Troubles dépressifs ou dépressifs bipolaires
F4	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	TP28	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress ou troubles somatoformes
F6	Troubles de la personnalité et du comportement	TP29	Troubles de la personnalité et du comportement
F5, F7-F9	Troubles corporels, retards mentaux et troubles du développement	TP30	Symptômes comportementaux avec troubles corporels, retards mentaux ou troubles du développement
Autres	Pas de diagnostic psychiatrique	TP70	Traitement psychiatrique ou psychosomatique sans diagnostic principal psychiatrique ou psychosomatique
Pas de diagnostic principal		TP96	Impossible à grouper

Une fois les PCG de base différenciés au moyen des diagnostics principaux, il a été vérifié si les items HoNOS/CA, les diagnostics supplémentaires et principaux codés, le PSL, les codes de traitement et de procédures ou l'âge convenaient comme séparateurs de coûts.

3.2 Diagnostics et splits T-PSL

3.2.1 Diagnostics CIM-10-GM

Comme pour le développement de la version précédente, différents diagnostics principaux et supplémentaires (DP, DS) ont été analysés pour voir s'ils convenaient comme séparateurs de coûts. Une vérification approfondie a été effectuée, à partir des diagnostics psychiatriques et somatiques. Les analyses se réfèrent d'une part aux diagnostics existants et servant de séparateurs de coûts, d'autre part au complément de diagnostics supplémentaires ou principaux en tant que critères de split pour une différenciation approfondie de la structure tarifaire.

La vérification de l'adéquation des variables comme séparateurs de coûts a révélé que ces variables n'avaient pas la même pertinence dans tous les PCG, si bien que certains diagnostics sont adaptés comme séparateurs de coûts dans certains PCG, mais pas dans d'autres.

Des adaptations de diagnostics en tant que séparateurs de coûts ont été réalisées à partir des données, par exemple pour la différenciation du PCG de base TP30B, dans lequel des diagnostics principaux particuliers ainsi que supplémentaires ont été supprimés en tant que critère de split, ce qui a permis d'obtenir une plus grande homogénéité.

Une analyse a également été réalisée pour déterminer si la présence de plusieurs diagnostics psychiatriques ou somatiques est associée à une plus grande consommation de ressources. Cela a permis, par exemple, d'inclure dans le TP25B certains diagnostics principaux et supplémentaires en tant que caractéristique séparatrice de coûts, à partir des données, et d'obtenir une représentation adéquate du groupe de cas concernés.

3.2.2 Splits par degré de sévérité

À partir de la version 5.0, une nouvelle fonction de degré de sévérité a pu être implémentée dans le système tarifaire TARPSY. Celle-ci attribue à chaque cas un degré de sévérité appelé Patient Severity Level (PSL). Des explications sur le fonctionnement et des détails techniques sont disponibles au point 2.1.

Sa capacité à servir de critère de split a été testée par étapes avec des PSL progressivement augmentés ($\geq 120/125$), des PSL fortement augmentés ainsi que des PSL très fortement augmentés ($\geq 130/135$ et ≥ 140). Après des analyses intensives, il a été possible d'adapter des splits liés aux PSL au sein de certains PCG de base et d'obtenir ainsi une plus grande homogénéité dans les PCG. Dans les TP29 ainsi que TP30, le degré de sévérité n'était plus adapté en tant que critère de split. Pour une liste détaillée des splits par degré de sévérité dans les PCG spécifiques, voir le Tableau et le Tableau .

3.3 HoNOS et HoNOSCA

Le rôle de séparateur de coûts des valeurs HoNOS/CA a été vérifié à partir des items *Comportement hyperactif, agressif, perturbateur ou agité* (H1), *Lésions auto-infligées non accidentelles* (H2 dans HoNOS et H3 dans HoNOSCA), et *Troubles associés à une maladie physique ou un handicap* (H5 dans HoNOS et H6 dans HoNOSCA). Ces dimensions ont été identifiées dans les précédentes versions de TARPSY comme des composantes opérantes, pour modéliser un plus grand travail de suivi, et sont pertinentes dans TARPSY 6.0 pour le groupage dans certains PCG.

Le contrôle pour le développement des PCG s'est basé uniquement sur les valeurs HoNOS/CA à l'entrée, les HoNOS/CA à la sortie n'ont pas été prises en compte.

Pour développer la structure tarifaire TARPSY, on a analysé dans quels PCG les items HoNOS/CA existants continuaient d'être pertinents comme séparateurs de coûts, et si l'on pouvait compléter certains items HoNOS/CA dans d'autres PCG pour poursuivre la différenciation de la structure tarifaire. L'examen de critères de split supplémentaires sur la base des données 2022 et 2023 n'a pas montré une meilleure homogénéité, de sorte qu'aucun nouveau critère de split n'a été intégré dans le système tarifaire TARPSY avec les items HoNOS/CA existants.

3.4 Traitements et procédures

La précision avec laquelle un cas de traitement peut être rattaché à une prestation est déterminante pour la qualité d'une structure tarifaire. Les codes de traitement s'y prêtent particulièrement bien, car ils décrivent la prestation effectivement apportée au patient / à la patiente.

Il a été vérifié si les codes CHOP spécifiques à la psychiatrie déjà intégrés dans la structure tarifaire pouvaient également servir de caractéristique séparatrice de coûts dans d'autres PCG ou si des codes de traitement non encore utilisés pouvaient désormais être introduits comme critère de split.

La vérification de l'adéquation des codes de traitement comme séparateurs de coûts a révélé que ces codes n'avaient pas la même pertinence dans tous les PCG, si bien que certains traitements sont adaptés comme séparateurs de coûts dans certains PCG, mais pas dans d'autres. Cela s'explique aussi bien par la nature du contenu médical des codes de traitement que par la différenciation des PCG de base au moyen des diagnostics principaux. À cela s'ajoutent d'éventuelles différences dans la qualité du codage ainsi que dans la transmission des données de coûts.

Une adaptation des séparateurs de coûts existants sur la base des données a eu lieu au sein du PCG de base TP27, dans lequel le «traitement complexe de patiente psychiatrique gériatrique polymorbide en soins aigus / de patient psychiatrique gériatrique polymorbide en soins aigus, selon le nombre de jours de traitement» a été supprimé en tant que critère de split, ce qui a permis d'obtenir une plus grande homogénéité.

En outre, certains codes de traitement existants spécifiques à la psychiatrie ont pu acquérir une pertinence pour le groupement également dans d'autres PCG. Par exemple, la revalorisation des cas avec «Intervention psychiatrique et psychothérapeutique de crise en psychiatrie et médecine psychosomatique de l'adulte» a permis une différenciation du TP25 plus adaptée aux ressources.

En outre, certains traitements pouvant être appliqués dans plusieurs spécialités et associés à un usage plus important des ressources, ont continué à être évalués sous forme de rémunérations supplémentaires. Ces mesures ont permis d'améliorer l'homogénéité et de réduire la variance de la structure tarifaire.

3.5 Âge

Dans le cadre du développement de TARPSY 6.0, de nombreuses analyses ont été réalisées par rapport à l'âge. Comme dans le développement de TARPSY 5.0, ces analyses ont révélé que l'âge des patientes et des patients peut contribuer à expliquer la variance des coûts journaliers. Cela vaut notamment pour les moins de 18 ans. Avec TARPSY 6.0, tous les patients et toutes les patientes de moins de 18 ans ont continué à être attribués sans autre condition à un PCG plus valorisé au sein du PCG de base propre au diagnostic.

D'autres analyses d'âge approfondies ont été réalisées avec les limites d'âge < 8 ans, < 12 ans, < 16 ans, < 23 ans et < 26 ans ainsi que > 65 ans, > 70 ans, > 75 ans, > 80 ans, > 85 ans et > 90 ans. Celles-ci ont permis de constater que la limite d'âge de 80 ans dans le TP21B est associée à une consommation accrue de ressources et peut donc agir comme une caractéristique supplémentaire de séparation des coûts.

3.6 Développement détaillé de la logique médicale

Le Tableau présente en détail les différents développements de la logique médicale dans TARPSY 6.0. Les développements décrits s'appuient sur les réflexions économiques et médicales et sont commentés. Les contenus détaillés et logiques de groupage des différents PCG figurent dans le manuel de définitions TARPSY 6.0.

Tableau 10: Développement médical détaillé

PCG	Élargissement des critères de split	Commentaire	Renforcement des critères de split	Commentaire
TP21A	Les cas avec limitation sévère ou très sévère des fonctions motrices ont été ajoutés en tant que diagnostic supplémentaire.	<i>Les cas nécessitant d'importantes ressources ont pu être revalorisés dans le PCG TP21A.</i>	Le PSL a été adapté de fortement augmenté à très fortement augmenté.	<i>Adaptation aux ressources nécessaires pour les volumes de cas correspondants.</i>
TP21B	<p>Les cas présentant un syndrome de sevrage dans le cadre d'une consommation de stimulants sont désormais revalorisés en tant que diagnostic principal dans le PCG TP21B (F15.3).</p> <p>L'embolie pulmonaire est désormais revalorisée indépendamment de l'âge (I26.0, I26.9).</p> <p>Les cas d'encéphalopathie hépatique ou de cirrhose du foie au stade Child-Pugh C sont désormais revalorisés en tant que diagnostic supplémentaire dans le PCG TP21B (K72.71, K72.72, K72.73, K72.74, K74.72).</p> <p>Le tableau des procédures «Sevrage de patients dépendants par thérapeutes qualifiés» a été supprimé de la combinaison avec le tableau des procédures «Intervention psychiatrique et psychothérapeutique de crise en psychiatrie et médecine psychosomatique de l'adulte ainsi qu'en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, à partir de 4 heures par jour».</p> <p>Ajout du critère de split Âge > 80 ans.</p>	<p><i>Les cas nécessitant d'importantes ressources ont pu être revalorisés dans le PCG TP21B.</i></p> <p><i>Il s'est avéré que l'intervention de crise est associée à une consommation plus élevée de ressources, indépendamment de la réalisation d'un Sevrage de patients dépendants par thérapeutes qualifiés.</i></p>	Plusieurs diagnostics supplémentaires somatiques avec âge > 65 ans ont été supprimés (A46, B18.0, B18.11, B18.12, B18.14, B18.19, B18.2, B18.8, E10.81, E10.91, E11.81, E11.91, E12.81, E12.91, E13.81, E13.91, E14.01, E14.11, E14.21, E14.31, E14.41, E14.51, E14.61, E14.73, E14.75, E14.81, E14.91, G04.1, G10, G20.10, G20.11, G20.20, G20.21, G35.0, G35.10, G35.11, G35.20, G35.21, G35.30, G35.31, G35.9, G82.29, G82.59, I49.5, K92.0, N18.4, N18.5, P11.51, Q81.0, Q81.1, Q81.2, Q81.8, Q81.9, Z21).	<i>Les cas concernés ont révélé une consommation de ressources en moyenne moins importante que les cas du PCG TP21B.</i>

TP24A	<p>Les retards mentaux et troubles des conduites sont désormais revalorisés indépendamment de l'âge (F71.1, F72.0, F72.1, F72.8, F73.0, F73.1, F73.8, F74.1, F78.1, F90.1, F90.8, F90.9, F91.0, F91.1, F91.2, F91.3, F91.8, F91.9, F92.0, F92.8, F92.9, X84.9, Y09.9).</p> <p>Les cas âgés de > 75 ans avec «Maladies du neurone moteur» (G12.2), «Syndrome malin des neuroleptiques» (G21.0), «Autres syndromes secondaires parkinsoniens dus à des médicaments» (G21.1), ou Insuffisance ventriculaire droite avec symptôme au repos ou en cas d'effort léger (I50.04, I50.05) en tant que diagnostic supplémentaire sont désormais revalorisés dans le PCG TP24A.</p> <p>Les cas de limitation fonctionnelle motrice moyennement sévères sont désormais revalorisés en tant que diagnostic supplémentaire dans le PCG TP24A.</p> <p>Le tableau de procédure «Traitement complexe lors de démence avec complications psychiatriques et psycho-organiques» ne dépend plus de la valeur HoNOS.</p>	<p><i>Les cas nécessitant d'importantes ressources ont pu être revalorisés dans le PCG TP24A.</i></p> <p><i>Le traitement complexe lors de démence avec complications psychiatriques et psycho-organiques s'est avéré associé à une consommation élevée de ressources, indépendamment de la valeur HoNOS.</i></p>	<p>Les diagnostics supplémentaires «Troubles du comportement pour des problèmes de dépendance, retard mental» (F1*.*, F70.1, U69.3*) avec âge > 75 ans et différents diagnostics somatiques avec âge > 75 ans (A46, B18.0, B18.11, B18.12, B18.14, B18.19, B18.2, B18.8, E10.01, E10.11, E10.21, E10.31, E10.41, E10.51, E10.61, E10.73, E10.75, E10.81, E10.91, E11.01, E11.11, E11.21, E11.31, E11.41, E11.51, E11.61, E11.73, E11.75, E11.81, E11.91, E12.01, E12.11, E12.21, E12.31, E12.41, E12.51, E12.61, E12.73, E12.75, E12.81, E12.91, E13.01, E13.11, E13.21, E13.31, E13.41, E13.51, E13.61, E13.73, E13.75, E13.81, E13.91, E14.01, E14.11, E14.21, E14.31, E14.41, E14.51, E14.61, E14.73, E14.75, E14.81, E14.91, G35.0, G35.10, G35.11, G35.20, G35.21, G35.30, G35.31, G35.9, G82.29, G82.59, I49.5, K92.0, P11.51, Q81.0, Q81.1, Q81.2, Q81.8, Q81.9, Z21) ont été supprimés en tant que critères de split.</p> <p>Le diagnostic supplémentaire Troubles sévères des fonctions cognitives a été supprimé en tant que critère de split (U51.2*). Suppression des items HoNOS/-CA existants avec âge > 75 ans en tant que séparateurs de coûts.</p> <p>Suppression du tableau de procédure «Intervention psychiatrique et psychothérapeutique de crise en psychiatrie et médecine psychosomatique de l'adulte ainsi qu'en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, à partir de 4 heures par jour» avec âge > 75 ans.</p>	<p><i>Les cas concernés ont révélé une consommation de ressources en moyenne moins importante que les cas du PCG TP24A.</i></p>
TP25B	<p>Les cas avec des troubles psychotiques aigus et transitoires sont désormais revalorisés en tant que diagnostic principal dans le PCG TP25B (F23.0, F23.1, F23.2, F23.3, F23.8).</p> <p>La «lésion auto-infligée délibérée» (X84.9) ainsi que le retard mental (F70.1, F71.1, F72.0, F72.1,</p>	<p><i>Les cas nécessitant d'importantes ressources ont pu être revalorisés dans le PCG TP25B.</i></p>	<p>Les toxicomanies en tant que diagnostics supplémentaires ont été supprimées du PCG TP25B (F1*.3, F1*.4, F1*.5).</p> <p>L'«Infection asymptomatique par le VIH» (Z21) a été supprimée du PCG TP25B.</p>	<p><i>Les cas concernés ont révélé une consommation de ressources en moyenne moins importante que les cas du PCG TP25B.</i></p>

	<p>F72.8, F73.0, F73.1, F73.8, F74.1, F78.1), les limitations fonctionnelles motrices et cognitives (U50.20, U50.21, U50.30, U50.31, U50.40, U50.41, U50.50, U50.51, U51.20, U51.21, U51.22) sont désormais revalorisés en tant que diagnostics supplémentaires.</p> <p>Les cas avec un traitement dans le tableau de procédure «Intervention psychiatrique et psychothérapeutique de crise en psychiatrie et médecine psychosomatique de l'adulte ainsi qu'en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, à partir de 9 heures par jour» sont désormais revalorisés dans le PCG TP25B.</p> <p>Abaissement du PSL nécessaire à 120.</p>		<p>Les valeurs 3 et 4 de l'item HoNOS 2 et l'item HoNOSCA 3 ont été supprimées.</p>	
TP26A	<p>Revalorisation des cas avec insuffisance ventriculaire droite avec symptôme au repos ou en cas d'effort léger (I50.04, I50.05) dans le PCG TP26A.</p> <p>Revalorisation des cas avec un traitement dans le tableau de procédure «Intervention psychiatrique et psychothérapeutique de crise en psychiatrie et médecine psychosomatique de l'adulte ainsi qu'en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, à partir de 6 heures par jour» dans le PCG TP26A.</p>	<p><i>Les cas nécessitant d'importantes ressources ont pu être revalorisés dans le PCG TP26A.</i></p>	<p>Suppression des troubles de l'alimentation en tant que diagnostics supplémentaires (F50.00, F50.01, F50.08, F50.2) et de différents diagnostics supplémentaires somatiques (A46, B18.0, B18.11, B18.12, B18.14, B18.19, B18.2, B18.8, E10.81, E10.91, E11.81, E11.91, E12.81, E12.91, E13.81, E13.91, E14.01, E14.11, E14.21, E14.31, E14.41, E14.51, E14.61, E14.73, E14.75, E14.81, E14.91, E51.2, G04.1, G10, G20.10, G20.11, G20.20, G20.21, G35.0, G35.10, G35.11, G35.20, G35.21, G35.30, G35.31, G35.9, G82.29, G82.59, I49.5, K92.0, P11.51, Q81.0, Q81.1, Q81.2, Q81.8, Q81.9, Z21) en tant que critères de split dans le PCG TP26A.</p> <p>Suppression de la combinaison «manie» + «addiction» + «HoNOS» en tant que critère de split dans le PCG TP26A (F30.1/F30.2 + F1*.* + 94.A1.**/ 94.A1.**).</p> <p>Abaissement du PSL nécessaire à 125.</p>	--

TP27A	<p>Les cas avec un trouble des conduites en tant que diagnostic supplémentaire sont désormais revalorisés dans le PCG TP27A (F91.0, F91.1, F91.2, F91.3, F91.8, F92.0, F92.8).</p>	<p><i>Les cas nécessitant d'importantes ressources ont pu être revalorisés dans le PCG TP27A.</i></p>	<p>Suppression du PSL existant en tant que critère de split.</p>	<p><i>Les cas concernés ont révélé une consommation de ressources en moyenne moins importante que les cas du PCG TP27A. Une augmentation du PSL nécessaire n'a pas permis d'atteindre la consommation de ressources des cas du TP27A.</i></p>
TP27C	<p>Les cas avec «Maladies du neurone moteur» (G12.2), «Syndrome malin des neuroleptiques» (G21.0), «Autres syndromes secondaires parkinsoniens dus à des médicaments» (G21.1), Insuffisance ventriculaire droite avec symptôme au repos ou en cas d'effort léger (I50.04, I50.05) ou Malnutrition (E40, E41, E42, E43, E44.0, E45) en tant que diagnostic supplémentaire sont désormais revalorisés dans le PCG TP27C.</p> <p>Les cas avec un traitement dans le tableau de procédure «Intervention psychiatrique et psychothérapeutique de crise en psychiatrie et médecine psychosomatique de l'adulte ainsi qu'en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, à partir de 4 heures par jour» sont désormais revalorisés dans le PCG TP27C.</p> <p>Abaissement du PSL nécessaire à 120.</p>	<p><i>Les cas nécessitant d'importantes ressources ont pu être revalorisés dans le PCG TP27C.</i></p>	<p>Suppression du «retard mental, sans précision» (F79.1), des troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (F11.2, F11.3, F11.4, F11.5, F14.2, F14.3, F14.4, F14.5) et de différents diagnostics somatiques (A46, B18.0, B18.11, B18.12, B18.14, B18.19, B18.2, B18.8, E10.81, E10.91, E11.81, E11.91, E12.81, E12.91, E13.81, E13.91, E14.01, E14.11, E14.21, E14.31, E14.41, E14.51, E14.61, E14.73, E14.75, E14.81, E14.91, G35.0, G35.10, G35.11, G35.20, G35.21, G35.30, G35.31, G35.9, G82.29, G82.59, I49.5, J13, J14, J15.0, J15.1, J15.2, J15.3, J15.4, J15.5, J15.6, J15.7, J15.8, J15.9, J16.0, J16.8, J17.0, J17.1, J17.2, J17.3, J17.8, J18.1, J69.0, K92.0, P11.51, Q81.0, Q81.1, Q81.2, Q81.8, Q81.9, Z21) en tant que diagnostics supplémentaires dans le PCG TP27C.</p> <p>Suppression du tableau de procédure «Traitement complexe de patiente psychiatrique gériatrique polymorbide en soins aigus / de patient psychiatrique gériatrique polymorbide en soins aigus» du PCG TP27C.</p>	<p><i>Les cas concernés ont révélé une consommation de ressources en moyenne moins importante que les cas du PCG TP27C.</i></p>

TP28A	--	--	Abaissement du PSL nécessaire à 150.	<i>Les cas concernés ont révélé une consommation de ressources en moyenne moins importante que les cas du PCG TP28A.</i>
TP28B	<p>Différenciation supplémentaire des PCG de base existants dans trois PCG au total.</p> <p>Le nouveau PCG TP28B comprend des cas de délire (F05.0, F05.1, F05.8), de troubles des conduites (F91.0, F91.1, F91.2, F91.3, F91.8, F92.0, F92.8), de limitations fonctionnelles motrices et cognitives (U50.2*, U50.3*, U50.4*, U50.5*, U51.2*), de pneumonie (J13, J14, J15.*, J16.0, J16.8, J17.*, J18.1) et d'insuffisance cardiaque (I50.01, I50.04, I50.05, I50.13, I50.14) en tant que diagnostics supplémentaires.</p> <p>Le nouveau PCG TP28B comprend des cas avec un traitement dans le tableau de procédure «Intervention psychiatrique et psychothérapeutique de crise en psychiatrie et médecine psychosomatique de l'adulte ainsi qu'en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, à partir de 4 heures par jour».</p> <p>Le nouveau PCG TP28B comprend des cas avec un PSL de 120 ou plus.</p>	<i>La consommation de ressources de ces cas peut être mieux représentée grâce à la différenciation.</i>		
TP29A	--	--	Suppression du PSL existant en tant que critère de split dans le PCG TP29A.	<i>Les cas concernés ont révélé une consommation de</i>

				<p>ressources en moyenne moins importante que les cas du PCG TP29A. Une augmentation du PSL nécessaire n'a pas permis d'atteindre la consommation de ressources des cas du TP29A.</p>
TP30A	--	--	Suppression du PSL existant en tant que critère de split dans le PCG TP30A.	<p>Les cas concernés ont révélé une consommation de ressources en moyenne moins importante que les cas du PCG TP30A. Une augmentation du PSL nécessaire n'a pas permis d'atteindre la consommation de ressources des cas du TP30A.</p>
TP30B	Les cas avec insuffisance ventriculaire droite avec symptôme au repos ou en cas d'effort léger (I50.04, I50.05) sont désormais revalorisés dans le PCG TP30B.	Les cas nécessitant d'importantes ressources ont pu être revalorisés dans le PCG TP30B.	<p>Les diagnostics «Troubles mentaux et du comportement légers associés à la puerpéralité» (F53.0), le «retard mental, sans précision» (F79.1) et les troubles du développement (F84.0, F84.1, F84.2, F84.3, F84.4, F84.5, F84.8, F84.9) ont été supprimés en tant que critères de split dans le PCG TP30B.</p> <p>Différents diagnostics supplémentaires somatiques (A46, B18.0, B18.11, B18.12, B18.14, B18.19, B18.2, B18.8, E10.01, E10.11, E10.21, E10.31, E10.41, E10.51, E10.61, E10.73, E10.75, E10.81, E10.91, E11.01, E11.11, E11.21, E11.31, E11.41, E11.51, E11.61, E11.73, E11.75, E11.81, E11.91, E12.01, E12.11, E12.21, E12.31, E12.41, E12.51, E12.61, E12.73, E12.75, E12.81, E12.91, E13.01, E13.11, E13.21, E13.31, E13.41, E13.51, E13.61, E13.73, E13.75,</p>	<p>Les cas concernés ont révélé une consommation de ressources en moyenne moins importante que les cas du PCG TP30B.</p>

			<p>E13.81, E13.91, E14.01, E14.11, E14.21, E14.31, E14.41, E14.51, E14.61, E14.73, E14.75, E14.81, E14.91, G04.1, G10, G20.10, G20.11, G20.20, G20.21, G35.0, G35.10, G35.11, G35.20, G35.21, G35.30, G35.31, G35.9, G82.29, G82.59, I49.5, J13, J14, J15.0, J15.1, J15.2, J15.3, J15.4, J15.5, J15.6, J15.7, J15.8, J15.9, J16.0, J16.8, J17.0, J17.1, J17.2, J17.3, J17.8, J18.1, J69.0, K92.0, L89.20, L89.21, L89.22, L89.23, L89.24, L89.25, L89.26, L89.27, L89.28, L89.29, L89.30, L89.31, L89.32, L89.33, L89.34, L89.35, L89.36, L89.37, L89.38, L89.39, N18.4, N18.5, P11.51, Q81.0, Q81.1, Q81.2, Q81.8, Q81.9, Z21) ont été supprimés en tant que critères de split dans le PCG TP30B.</p>	
--	--	--	--	--

Résumé de la logique médicale

Le Tableau présente un aperçu des analyses réalisées dans le cadre des travaux de développement de TARPSY 6.0. Il liste les variables et leurs valeurs, analysées en vue de déterminer leur adéquation en tant que séparateurs de coûts:

- DP: diagnostics principaux (CIM-10 GM)
- DS: diagnostics supplémentaires (CIM-10 GM)
- HON: items HoNOS/CA
- T/T: traitements et thérapies (code CHOP)
- Âge: âge des patients
- PSL: degré de sévérité, Patient Severity Level (PSL)

Le tableau 11 montre en outre aussi les résultats des analyses et l'utilisation des variables dans la structure tarifaire TARPSY 6.0. Sur la base de ces points vérifiés, les 9 PCG de base évaluées ont pu être différenciées en 23 PCG (22 évaluées, 1 non facturable).

Tableau 11: Variables examinées, avec leur utilisation dans TARPSY 6.0

Dés.	Analyse	Utilisation	Commentaire
DP	Groupage médicalement et économiquement judicieux DP existants comme séparateurs de coûts. Analyses séparées de DP psychiatriques. Vérification individuelle des groupes de diagnostics par PCG de base.	<ul style="list-style-type: none"> • Attribution des cas aux PCG de base. • Utilisation de DP psychiatriques comme séparateurs de coûts: TP21B, TP24A, TP25B, TP27C, TP30A, TP30B. 	À partir de TARPSY version 5.0
DS	Diagnosics supplémentaires existants comme séparateurs de coûts. Analyse séparée des diagnosics supplémentaires psychiatriques et somatiques. Vérification individuelle des groupes de diagnosics par PCG de base.	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation des diagnosics supplémentaires psychiatriques: TP21B, TP24A, TP25B, TP26A, TP27A, TP27C, TP28B, TP30A, TP30B. • Utilisation de DS somatiques: TP21A, TP21B, TP24A, TP25B, TP26A, TP27C, TP28B, TP29A, TP30A, TP30B. 	À partir de TARPSY version 5.0
HON	Tous les items HoNOS/CA ont été vérifiés à différents niveaux.	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation des items HoNOS/CA 1/1, 5/6 dans le PCG TP25B. • Utilisation des items HoNOS/CA 1/1, 2/3 dans le PCG TP21B. • Suppression des items HoNOS/CA 1/1, 2/3, 5/6: TP24A et TP26A • Utilisation des items HoNOS/CA 2/3: TP27C, suppression de ces mêmes items dans le PCG TP25B 	À partir de TARPSY Version 4.0 Limitation aux items HoNOS/CA 1/1, 2/3, 5/6 de valeur 3 ou 4. Limitation au classement HoNOS/CA à l'entrée toujours présente, pour éviter les incitations inopportunes.
T/T	Tous les codes CHOP spécifiques à la psychiatrie	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation de codes CHOP spécifiques à la psychiatrie: TP21B, TP24A, TP25B, TP26A, TP27C, TP28A, TP28B et dans le catalogue des rémunérations supplémentaires TARPSY 5.0 	Les analyses pour modéliser les procédures sont renouvelées avec les données des cas de l'année à venir pour les codes existants et nouveaux, afin d'établir une référence supplémentaire à la prestation.

Âge	Catégories d'âge existantes comme séparateurs de coûts. Analyse séparée de différentes limites d'âge (< 12/16/18 ans, > 65/75/80 ans).	<ul style="list-style-type: none"> • Âge < 16 ans: TP27A • Âge < 18 ans: TP21A, TP24A, TP25A, TP26A, TP27A/B, TP28A, TP29A, TP30A • Âge > 65 ans: TP21B • Âge > 75 ans: TP24A, TP27C • Âge > 80 ans: TP21B • Pas d'utilisation âge < 12 ans 	<ul style="list-style-type: none"> • Dans tous les PCG, le critère de split Âge < 18 ans a continué à montrer une consommation accrue de ressources. • Âge > 65 ans dans le PCG TP21B en combinaison avec des diagnostics somatiques particuliers. • Âge > 75 ans dans le PCG TP24A en combinaison avec des diagnostics supplémentaires particuliers, traitements ou items HoNOS.
PSL	Divers splits de degré de sévérité ont été vérifiés: PSL légèrement augmenté ($\geq 110/115$), PSL augmenté ($\geq 120/125$), PSL fortement augmenté ($\geq 130/135$) et PSL très fortement augmenté (≥ 140).	<ul style="list-style-type: none"> • PSL ≥ 120: TP24A, TP25B, TP27C, TP28B, • PSL ≥ 125: TP21B, TP26A, • PSL ≥ 140: TP21A • PSL ≥ 150: TP28A 	La logique du degré de sévérité TARPSY n'a plus pu être intégrée au sein de tous les PCG de base sous forme d'au moins un split chacun, en tant que caractéristique séparatrice de coûts.

4 Calcul – Calcul des cost-weights

Le calcul du catalogue PCG se fait après l'achèvement des perfectionnements médicaux des groupes de coûts psychiatriques. Des rémunérations couvrant les coûts sont ici calculées par PCG et par phase sur la base des données de calcul disponibles des années 2022 et 2023. La méthode de calcul garantit que, parmi le sous-ensemble de toutes les courbes de rémunération entrant en ligne de compte, celle qui présente la plus faible erreur de modèle (Mean Squared Error) est présentée. Les conditions du modèle et la méthode de calcul peuvent être adaptées au fur et à mesure du développement du calcul.

4.1 Développement détaillé du calcul

Dans le cadre du perfectionnement du calcul, tous les paramètres du modèle sont vérifiés chaque année. Pour ce faire, de nombreuses simulations sont testées et comparées avec des paramètres de modèle différents. Il a été démontré que les modifications des paramètres du modèle n'entraînent pas d'améliorations significatives. C'est pourquoi aucune adaptation n'a été apportée aux paramètres du modèle pour la version 6.0.

Outre les analyses des paramètres du modèle, d'autres approches de calcul ont été examinées. Elles sont utilisées à des fins de comparaison et font l'objet d'une évaluation critique. Ainsi, une approche a consisté à tester la fonction d'optimisation de la Mean Absolute Errors (MAE) à la place de la fonction d'optimisation Mean Squared Error (MSE) établie⁴. Étant donné que, dans cette fonction, les termes d'erreur ne sont pas élevés au carré, mais que seules les valeurs absolues sont additionnées, les aberrations ont moins de poids. Il s'est avéré que les chiffres clés ainsi que les degrés de couverture selon les durées de séjour se détérioraient de manière minimale avec la nouvelle fonction d'optimisation, raison pour laquelle cette approche a été abandonnée pour la version 6.0.

Enfin, un modèle de calcul a été simulé, qui renonce totalement au modèle établi en trois phases et calcule à la place ce que l'on appelle des profils de coûts comme courbes de rémunération. Une telle adaptation de la méthode de calcul aurait des conséquences plus importantes que l'ajustement de certains paramètres du modèle et n'est donc envisageable que s'il peut être démontré que la nouvelle approche est clairement supérieure à l'approche actuelle et qu'elle la surpasse pour l'ensemble des indicateurs. Un profil de coûts est une fonction qui dépend de la durée du séjour (*ahd*) et qui remplit l'équation suivante:

$$PRC(ahd) = ab \frac{1-r^{ahd}}{1-r}$$

Les paramètres *a*, *b* et *r* ont été optimisés par PCG à l'aide d'une régression non linéaire, ce qui a permis de calculer une courbe continue et dégressive. Des évolutions dégressives similaires pouvant être observées dans les évolutions des coûts en fonction des durées de séjour, une analyse approfondie semblait pertinente. Toutefois, même avec cette approche, il s'est avéré que les chiffres clés ne s'amélioreraient pas dans l'ensemble et qu'ils se détérioreraient pour les courts-circuits. C'est la raison pour laquelle les profils de coûts n'ont pas été mis en œuvre dans la version 6.0.

⁴ La fonction d'optimisation, également appelée fonction d'erreur, sélectionne pour chaque PCG le modèle définitif parmi l'ensemble des modèles qui remplissent toutes les conditions. Il s'agit du modèle qui présente la valeur la plus faible de la fonction d'optimisation.

4.2 Méthode de calcul

La méthode de calcul est inchangée par rapport à la version précédente. Pour le calcul des cost-weights, toutes les combinaisons de phases possibles qui remplissent les conditions suivantes sont examinées par PCG:

1. La première phase commence par le jour 1 ($ahd_{p1} = 1$).
2. La dernière phase commence au plus tard au jour 80 ($ahd_{p3} \leq 80$).
3. Une phase dure au minimum 4 jours ($ahd_{p(X+1)} - ahd_{pX} \geq 4$).
4. Il faut qu'il y ait au minimum 25 cas par phase.
5. Il peut y avoir au maximum 3 phases par PCG.
6. La rémunération dans une phase se déroule de manière linéaire ($tk_i = \alpha_{pX} + \beta_{pX}ahd_i$).
7. Dans la dernière phase, la rémunération est constante ($\beta_{p3} = 0$).
8. Aucun «saut» dans la rémunération n'est permis.
9. Chaque phase doit être en soi couverte.
10. La rémunération quotidienne doit chuter de manière uniforme ($tV_{ahd} \geq tV_{ahd+1}$).
11. La rémunération totale doit croître de manière uniforme ($gV_{ahd} < gV_{ahd+1}$).
12. La différence dans la rémunération doit être d'au moins 5%, en comparant les points de départ entre les différentes phases ($\frac{tV_{pX} - tV_{p(X+1)}}{tV_{pX}} > 0,05$).
13. La pente de la phase $p(X + 1)$ doit être supérieure à celle de la phase pX ($\beta_{p(X+1)} - \beta_{pX} > 0$).

Tandis que les cinq premières conditions sont rapidement vérifiées, les conditions 6 à 9 servent à calculer la rémunération journalière. L'approche est ici récursive. Dans un modèle en trois phases, la première étape consiste à calculer la rémunération au cours de la dernière phase (tV_{p3}). Il résulte des conditions 6, 7 et 9:

$$tV_{p3} = \frac{\sum_{i \in P3} gk_i}{\sum_{i \in P3} ahd_i}$$

où gk_i représente les coûts totaux et ahd_i , la durée de séjour du cas $i \in P3$. Dans la dernière phase, la rémunération journalière correspond donc au coût moyen par jour de tous les cas de cette phase. La figure 2 est une représentation graphique de la rémunération dans la dernière phase d'un PCG fictif.

Dans une étape suivante, la rémunération est calculée sur la base des conditions 6, 8 et 9 lors de la deuxième phase:

$$tV_{p3} = \frac{\sum_{i \in P3} gk_i}{\sum_{i \in P3} ahd_i} = \alpha_{p2} + \beta_{p2}ahd_{p3}$$

$$\sum_{i \in P2} gk_i = \sum_{i \in P2} [(\alpha_{p2} + \beta_{p2}ahd_i)ahd_i]$$

d'où α_{p2} et β_{p2} peuvent être dérivés:

$$\alpha_{p2} = tV_{p3} - \beta_{p2}ahd_{p3}$$

$$\beta_{p2} = \frac{\sum_{i \in P2} gk_i - tV_{p3} \sum_{i \in P2} ahd_i}{\sum_{i \in P2} ahd_i^2 - ahd_{p3} \sum_{i \in P2} ahd_i}$$

La figure 3 est une représentation graphique de la rémunération quotidienne dans la deuxième phase d'un PCG fictif.

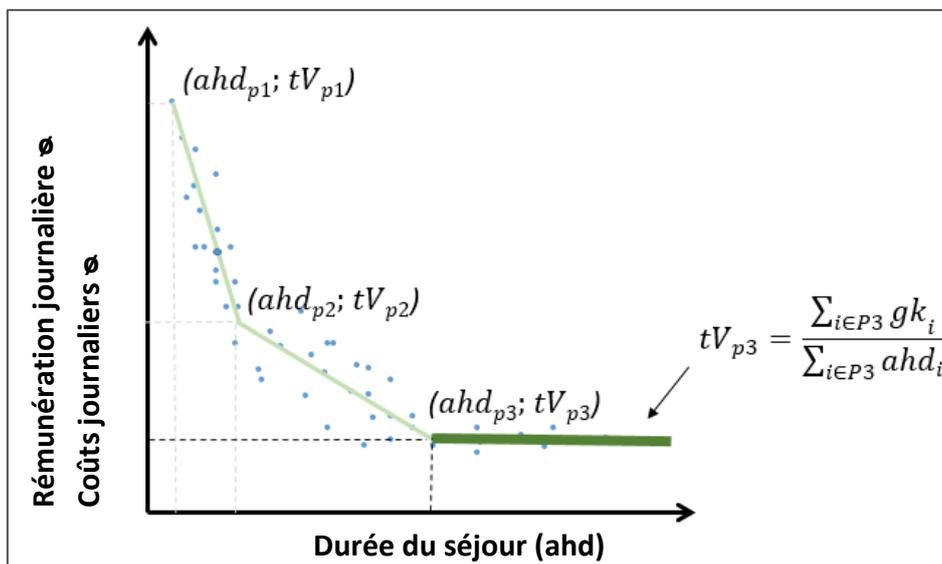


Figure 2: Modèle fictif en trois phases: Rémunération dans la dernière phase

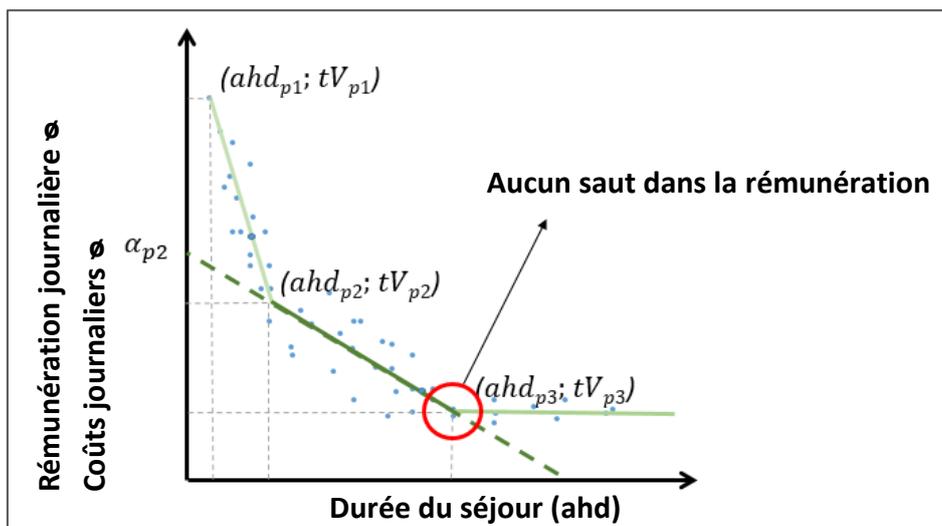


Figure 3: Modèle fictif avec 3 phases: Rémunération dans la deuxième phase

Enfin, la rémunération journalière est calculée dans la première phase. Dans un PCG à 3 phases, ce calcul est réalisé de manière analogue à celui de la rémunération dans la deuxième phase.

Il est maintenant possible de vérifier quelles combinaisons de phases remplissent les conditions 10 à 13. Le nombre de combinaisons de phases potentielles s'en trouve certes limité, mais il reste toujours plusieurs modèles par PCG qui remplissent les 13 conditions. Parmi ces modèles, celui qui présente la Mean Squared Error (MSE) la plus faible est choisi à l'aide d'une fonction d'optimisation. Pour un modèle donné m , la MSE est calculée de la manière suivante:

$$MSE_m = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n (gk_i - adh_i * tV_{i,m})^2$$

où gk_i représente à nouveau les coûts totaux du cas $i \in (1, \dots, n)$ et adh_i sa durée de séjour. $tV_{i,m}$ est la rémunération que la clinique recevrait par jour pour le cas i dans le modèle m . Pour les PCG de base avec plusieurs PCG sans split clair par âge, on vérifie en outre que la rémunération d'un PCG mieux valorisé est au moins aussi élevée que la rémunération d'un PCG moins bien valorisé sur toute la durée du séjour. Ce doit être notamment le cas lorsque le critère de split ne constitue pas une caractéristique claire et objective du patient.

Tous ces calculs sont validés par une procédure de validation croisée (10-fold cross-validation). De plus, à titre de contrôle, tous les calculs ont été codés en parallèle avec deux langages de codage différents (R, Python), indépendamment l'un de l'autre.

5 Normalisation

Une fois les calculs terminés, les rémunérations journalières en CHF sont divisées par les valeurs de référence et arrondies à trois décimales, afin d'obtenir des cost-weight sans dimension. La valeur de référence (VR) est une valeur de calcul interne de SwissDRG SA, basée sur le maintien des Case Mix de la nouvelle version au niveau de ceux de la version précédente, si bien que s'applique ce qui suit:

$$CM_{T6.0} = \sum_{i=1}^n ecw_{T6.0,i} = \sum_{i=1}^n ecw_{T5.0,i} = CM_{T5.0},$$

Où ecw_i représente le cost-weight effectif du cas i . En outre, la somme des costweights effectifs correspond à la somme des rémunérations effectives divisée par les valeurs de référence:

$$\sum_{i=1}^n ecw_{T6.0,i} = \sum_{i=1}^n gV_{T6.0,i} * \frac{1}{BG}$$

Si ces deux équations sont combinées et résolues d'après la valeur de référence BG , il en résulte

$$BG = \frac{\sum_i^n gV_{T6.0,i}}{\sum_i^n ecw_{T5.0,i}}$$

La valeur de référence correspond à la somme des rémunérations effectives suivant TARPSY 6.0, divisée par la somme des cost-weight effectifs suivant TARPSY 5.0. Cette méthode de normalisation permet d'éviter l'effet de catalogue. Les cas dans le domaine d'utilisation de SwissDRG SA sont utilisés comme base de données pour la normalisation. On peut démontrer que les indices de Case Mix (CMI) ainsi que les indices de Day Mix (DMI) restent également les mêmes pour les deux versions.

Le taux de base hypothétique (HBR, *hypothetische Baserate*) est une valeur constante calculée par SwissDRG SA à l'issue de la normalisation. Il représente le baserate qui doit être attribué sur la base des données de calcul des coûts afin de garantir un financement complet des cas, c'est-à-dire que la somme des coûts de tous les cas correspond à la somme des cost-weights effectifs multipliée par le HBR:

$$\sum_{i=1}^n gk_i = \sum_{i=1}^n ecw_{T5.0,i} * HBR$$

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. montre l'évolution des coûts par jour, de la durée de séjour, de la valeur de référence ainsi que du taux de base hypothétique au fil des versions. Les coûts par jour sont calculés en divisant la somme de tous les coûts totaux par la somme de toutes les durées de séjour. Par souci de simplicité, ils sont appelés coûts journaliers dans le présent document.

Tableau 9: Coûts journaliers moyens et durée de séjour, valeur de référence et taux de base hypothétique

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Version	T3.0	T4.0	-	T5.0	T6.0	
Coûts totaux moyens	23 933	25 226	25 591	25 180	24 710	25 794
Coûts journaliers moyens	767	771	758	765	758	788
Durée moyenne de séjour	30,6	32,5	32,3	32,9	32,6	32,7
Valeur de référence	750	736	-	742	750	
Prix de base hypothétique (HBR)	750	736	-	741	750	

6 Chiffres clés

Le chapitre suivant fournit les chiffres clés du calcul. Un indicateur central est le R². Il provient d'une régression simple avec les coûts totaux d'un cas *i* comme variable dépendante et le cost-weight effectif comme variable indépendante.

$$gk_i = \beta_1 + \beta_2 ecw_i + \varepsilon_i.$$

La valeur Root Mean Squared Error (RMSE) est calculée comme suit:

$$RMSE = \sqrt{\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n (gk_i - eVG_i)^2}$$

où gk_i représente les coûts totaux *i* du cas et $eVG_i = ahd_i * tv_i$ sa rémunération effective en CHF. Le Mean Absolute Error (MAE) est calculé comme suit:

$$MAE = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n |gk_i - eVG_i|$$

La valeur Mean Absolute Percentage Error (MAPE) est calculée comme suit:

$$MAPE = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n \left| \frac{gk_i - eVG_i}{gk_i} \right|$$

Plus la valeur MAPE est basse, plus les coûts et la rémunération correspondent; la qualité du modèle augmente.

Le Tableau montre l'évolution de la qualité de la structure tarifaire au fil des versions. Sur les plus récentes années de données, on peut observer une amélioration des valeurs R², RMSE ainsi que MAE après TARPSY 6.0 par rapport à la version précédente.

Tableau 13: Comparaison des valeurs R², RMSE, MAE et MAPE au fil des versions

Version	Année des données	R ²	RMSE	MAE	MAPE
TARPSY 6.0	2022, 2023	0,888	8682	4569	0,209
TARPSY 5.0	2022, 2023	0,885	8767	4623	0,208
TARPSY 5.0	2021	0,888	9247	4764	0,214
TARPSY 4.0	2019	0,878	9784	4534	0,205

Outre les chiffres clés qui se rapportent à l'ensemble de la structure tarifaire, les chiffres clés au niveau de la typologie sont également intéressants. Le Tableau 10 montre le taux de couverture (TDC) en prenant en compte le taux de base hypothétique de CHF 750.⁵ ainsi que les indices de Day Mix (DMI) par typologie d'hôpital OFS et ANQ et groupe d'âge pour la version actuelle ainsi que la version antérieure. Les années 2022 et 2023 constituent la base des données. L'indice de Day Mix (DMI) a été calculé à l'aide de la formule suivante:

$$DMI = \frac{\sum_i^n ecw_i}{\sum_i^n ahd_i}$$

Où ecw_i représente le cost-weight effectif et ahd_i la durée de séjour du cas i . Pour des raisons de protection des données, toutes les typologies n'ont pas été indiquées. Sur la base de l'ensemble des données de calcul, le TDC est de 100% et le DMI de 1,032.

Tableau 104: TDC et DMI par typologie d'hôpital et catégorie d'âge pour la nouvelle version et la version précédente

	Pourcentage	Nombre d'hôpitaux	Ø durée de séjour	TDC T5.0	TDC T6.0	DMI T5.0	DMI T6.0
Typologie OFS							
K111 y compris hôpitaux universitaires	23,8%	6	28	87,8%	88,4%	1,085	1,094
K112 Prise en charge centralisée niveau 2	7,8%	7	27,2	99,4%	99,6%	1,067	1,069
K121 Soins de base - niveau 3	1,3%	4	26,1	116,4%	117,4%	1,085	1,094
K211 Cliniques psychiatriques niveau 1	48,6%	16	32,8	102,2%	102,0%	1,036	1,034
K212 Cliniques psychiatriques niveau 2	13,7%	23	40,8	108,2%	108,0%	0,958	0,956
K221 Cliniques de réadaptation	3,5%	7	42,1	123,3%	121,4%	0,948	0,933
Catégorie d'âge							
Moins de 18 ans	6,9%	50	33,6	95,5%	100,8%	1,39	1,468
18 à 64 ans	77,6%	65	31,5	101,1%	100,5%	0,986	0,98
65 ans et plus	15,5%	62	38,2	98,6%	97,9%	1,083	1,076
Autres catégories							
ANQ Soins de base et aigus	85,3	33	30,7	98,1%	98,1%	1,05	1,05
ANQ Soins de spécialité	32,1%	33	36,7	104,1%	103,8%	1,000	0,997
ANQ Dépendances pathologiques	10,5%	8	35	98,7%	98,9%	1,008	1,009
Centres de désintoxication (> 50% de cas dans TP21)	3,1%	7	47,7	118,7%	118,6%	0,866	0,865

⁵ Pour les degrés de couverture basés sur la version précédente, un taux de base hypothétique spécifique a été calculé sur la base des données de calcul regroupées selon TARPSY 5.0. Celui-ci est également de CHF 750.-.

7 Calcul des rémunérations supplémentaires TARPSY

Cette section traite de l'évolution des rémunérations supplémentaires. En psychiatrie, on distingue les rémunérations supplémentaires basées sur les codes ATC et les rémunérations supplémentaires basées sur les codes CHOP. SwissDRG SA est tributaire d'informations supplémentaires fournies par les cliniques pour l'évaluation des rémunérations supplémentaires. Ces informations sont demandées au moyen du relevé détaillé. Afin de garantir une qualité élevée des données dans les relevés détaillés, SwissDRG SA échange beaucoup avec les cliniques pendant le processus de livraison des données. En outre, des échanges ont lieu en cours d'année avec les cliniques à la recherche d'une compréhension mutuelle et dans le but d'aboutir à un effet positif sur la qualité des données. Le Tableau 4 présente une vue d'ensemble du nombre d'hôpitaux qui ont transmis à SwissDRG SA des données supplémentaires sur les médicaments ou les prestations dans le cadre du relevé détaillé.

Pour le développement des rémunérations supplémentaires, le relevé détaillé le plus récent a été utilisé pour chaque hôpital. Cette procédure vise à utiliser les données les plus récentes possibles, tout en utilisant une base de données aussi large que possible. Cela signifie également que les données des années 2022 et 2023 sont utilisées conjointement. Étant donné qu'il n'y a eu aucune modification aux directives de codage des rémunérations supplémentaires durant cette période, les deux années de données peuvent être utilisées ensemble sans problèmes. En revanche, pour l'estimation des volumes, seules les données de l'année 2023 sont utilisées, car une base de données plus large couvrant plusieurs années entraînerait une surestimation du volume annuel.

7.1 Rémunérations supplémentaires basées sur les codes ATC

7.1.1 Méthode de calcul

De manière générale, pour pouvoir utiliser un relevé détaillé obtenu, il faut disposer d'au moins 1 cas de cet hôpital afin de prendre en compte le prix dans le calcul. Du côté de SwissDRG SA, les relevés détaillés concernant les médicaments sont vérifiés afin de s'assurer que les informations détaillées correspondantes sont également disponibles pour tous les cas livrés avec des médicaments et vice versa. Il faut également mentionner que bon nombre des rémunérations supplémentaires correspondent au prix de la LS et que de nombreux hôpitaux affichent ce prix. En raison de l'adaptation régulière de la LS, les prix en vigueur lors du relevé ne sont plus obligatoirement actuels. Pour cette raison, les prix livrés sont comparés plusieurs fois dans l'année à la LS.

L'évaluation est réalisée selon la méthode suivante:

- Les prix unitaires livrés sont considérés comme plausibles s'ils sont inférieurs ou égaux au prix de fabrique de la LS (état au 1^{er} janvier 2024) du médicament concerné. La valeur moyenne est calculée à partir des prix de revient des hôpitaux pour lesquels le prix de revient fourni est égal ou inférieur au prix de la LS. Le prix unitaire utilisé pour l'évaluation des rémunérations supplémentaires correspond, dans la mesure du possible, à cette valeur moyenne calculée. Les prix des médicaments qui n'ont pas été administrés par l'hôpital au cours de l'année des données selon la statistique médicale ne sont pas pris en compte.
- Si au moins trois prix de revient plausibles sont disponibles, la valeur moyenne, pondérée par le nombre de cas par hôpital, est calculée. Les prix des médicaments qui, selon les informations

disponibles, n'ont pas été administrés par l'hôpital au cours de l'année de données ne sont pas pris en compte.

- Si des cas ou des prix unitaires ont été fournis, mais qu'aucune valeur moyenne plausible ne peut être calculée à partir de ceux-ci, le prix unitaire est dérivé du prix de la LS.
- Il est également possible de reprendre le prix de la version précédente s'il n'y a pas de raison d'adapter le prix. Dans des cas particuliers choisis, une combinaison des possibilités mentionnées est également appliquée.
- L'évaluation des rémunérations supplémentaires est effectuée sur la base de la LS en vigueur au début de l'année de la demande (ici: 1^{er} janvier 2025), rendue plausible et adaptée si nécessaire.
- La TVA de 2,6% est prise en compte dans l'évaluation des rémunérations supplémentaires.

Afin de tenir pleinement compte du caractère forfaitaire de la structure tarifaire, des classes de doses ont été créées pour les médicaments. Le prix par classe de dose a été calculé selon la formule suivante:

$$PD_k = ppe_k \times \frac{(OGD_k + UGD_k)}{2}$$

PD_k : Prix par classe de dose k

ppe_k : Prix par unité de la classe de dose k

OGD_k : Limite supérieure de la classe de dose k

UGD_k : Limite inférieure de la classe de dose k

Pour l'ajustement des cas, il a été vérifié que les coûts des médicaments au niveau des cas étaient comptabilisés dans la composante de coûts v101 (médicaments) et qu'ils présentaient un rapport plausible avec les coûts totaux.

Sur la base des prix calculés en relation avec la dose de médicament administrée, un ajustement de l'ensemble des données de calcul est effectué pour tous les coûts des prestations pouvant faire l'objet d'une rémunération supplémentaire avant le développement de la logique médicale. Si le nettoyage n'est pas possible avec certitude, les cas concernés sont complètement supprimés et ne sont pas utilisés dans le développement du système. En résumé, on peut retenir que les cost-weights sont calculés sur la base des coûts fournis par PCG, les coûts des prestations pouvant faire l'objet d'une rémunération supplémentaire ayant été déduits.

7.1.2 Résultats

Pour la version 6.0 de TARPSY, les rémunérations supplémentaires suivantes ont été calculées pour les médicaments:

- Aripiprazole
- Palipéridone

En outre, par rapport à TARPSY 5.0, la rispéridone a été supprimée de la liste des rémunérations supplémentaires. En raison de la baisse des prix et du faible volume d'administration, le médicament n'atteint plus le volume financier minimal requis pour le maintien de la rémunération complémentaire. Ces volumes minimaux ont été atteints pour les médicaments aripiprazole et palipéridone. Il s'est avéré qu'aucune adaptation des classes de doses n'était nécessaire.

7.2 Rémunérations supplémentaires basées sur les codes CHOP

7.2.1 Méthode de calcul

Les rémunérations supplémentaires pour les procédures ou les traitements coûteux sont constituées de différentes composantes de coûts, dont la principale est la charge liée au personnel. Les rémunérations supplémentaires sont évaluées sur la base du relevé détaillé. La qualité des données dans les relevés détaillés varie assez fortement, si bien qu'il est indispensable de procéder à une plausibilisation des relevés détaillés. La méthode de calcul des rémunérations supplémentaires suit les étapes présentées ici.

- Les données du relevé détaillé sont tout d'abord rendues plausibles. Les coûts sont considérés comme plausibles s'ils ne sont pas plus élevés que les coûts journaliers du cas correspondant fournis par la statistique médicale. La durée est considérée comme plausible si elle se situe dans l'intervalle du code CHOP saisi. En cas d'erreurs manifestes (par exemple indication des coûts totaux au lieu des coûts par heure), des corrections sont effectuées dans les données.
- Le coût horaire est calculé et extrapolé à la durée moyenne du code CHOP correspondant.
- Si le nombre de cas des coûts fournis est très faible, le prix de la rémunération supplémentaire de la version précédente est également pris en compte dans le calcul du prix final. L'objectif est d'éviter des fluctuations importantes d'une année à l'autre.
- S'il n'y a pas de raison d'adapter le prix, celui indiqué dans la version précédente est repris.

7.2.2 Résultats

Comme dans la version 5.0, les rémunérations supplémentaires suivantes basées sur la CHOP ont été calculées pour la version 6.0:

- Thérapie par électrochoc [ECT]
- Prise en charge 1:1 des soins
- Sortie d'essai

La réévaluation des rémunérations supplémentaires a entraîné une augmentation du prix dans les trois cas. Trop peu de données détaillées ont été transmises à SwissDRG SA pour le calcul d'une rémunération supplémentaire pour la rTMS.

8 Autres analyses en rapport avec l'évolution de la structure tarifaire

Dans le cadre du perfectionnement de la structure tarifaire, diverses analyses de données séparées ont également été effectuées pour la version 6.0 de TARPSY. Ce rapport met tout d'abord en lumière les évolutions en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, car des effets significatifs sur les données ont été observés dans ce domaine ces deux dernières années. Ensuite, comme dans la version précédente, l'évolution des cas médico-légaux est abordée. Enfin, un résumé est présenté sur le codage CHOP actuel dans les données 2022 et 2023, car il est très important pour le développement de la structure tarifaire que la saisie des prestations soit de très bonne qualité.

8.1 Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

On observe des changements importants ces deux dernières années dans le domaine de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (pédopsychiatrie). Tableau 11 présente les données correspondantes pour les années 2021 à 2023. Alors que l'on enregistre une légère hausse relative du nombre de cas, on constate une augmentation significative des coûts journaliers. Par rapport à la psychiatrie de l'adulte, on peut ainsi s'attendre à une augmentation disproportionnée. Cette augmentation des coûts n'est pas due à des changements dans la durée moyenne de séjour (AHD), car aucune tendance claire ne se dégage dans ce domaine.

Concernant les coûts journaliers normalisés moyens, il apparaît que l'augmentation des coûts a pu être entièrement reflétée par la structure tarifaire. Le DMI de la pédopsychiatrie a augmenté en conséquence, ce qui se répercute également dans les degrés de couverture de la pédopsychiatrie dans le Tableau 1014. Cet effet correspond à la logique médicale qui permet, entre autres, d'affecter précisément les patients à leurs PCG respectifs grâce à des splits basés sur l'âge.

L'augmentation des coûts de la pédopsychiatrie ne peut être attribuée ni à un seul PCG ni à des cliniques spécifiques. Une augmentation générale des coûts a été observée dans environ 15 des 21 cliniques comptant au moins 25 cas de pédopsychiatrie. Une analyse des différentes composantes de coûts montre que ce sont surtout les coûts des soins, les coûts des prestations médicales et de l'administration des patients qui ont augmenté de manière supérieure à la moyenne. Dans le même temps, il existe aussi des domaines où les coûts par cas sont en baisse, notamment dans le domaine des thérapies et des consultations non médicales.

Tableau 11: Effets des données en pédopsychiatrie sur les années de données 2021-2023

Année	Nombre	Pourcentage	CJ \emptyset		CJ normalisés \emptyset		AHD \emptyset		DMI ⁴	
			Adultes	Pédopsy.	Adultes	Pédopsy.	Adultes	Pédopsy.	Adultes	Pédopsy.
2021	4038	6,4%	744	1008	743	728	32,6	38,6	1,002	1,385
2022	4623	6,8%	737	1048	739	716	32,6	33,0	0,997	1,465
2023	5023	7%	761	1131	761	769	32,6	34,1	1,000	1,471

8.2 Cas médico-légaux

Une analyse annuelle s'occupe de la représentation des cas attribués au domaine de la médecine légale. Les questions relatives à la qualité des données, aux caractéristiques communes des patients

et à la qualité de la représentation sont ici au premier plan. Cette section traite des résultats sur la base des années de données 2022 et 2023. Il convient toutefois de noter que les messages clés sont identiques à ceux de la version précédente. Nous allons nous pencher sur la délimitation de la patientèle, avant d’aborder les indicateurs statistiques.

SwissDRG SA définit un cas médico-légal comme un cas dont la variable 3.5.V04 (domaine de traitement) de la statistique médicale a reçu un 5 (= médecine légale) à l’évaluation. Elle collecte des informations supplémentaires sur les cas médico-légaux au moyen du relevé détaillé. Ces informations ayant été remplies non seulement sur une base volontaire, mais aussi de manière pas toujours complète, il n’a été possible d’en tirer que quelques informations supplémentaires.

Depuis l’échange avec l’OFSP au printemps 2022, une attention particulière a été accordée à l’identification des cas médico-légaux. L’objectif était de distinguer les patients issus de l’exécution des mesures, les patients détenus ainsi que les patients placés à des fins d’assistance, qui ont été livrés en tant que cas médico-légaux. Sur la base des données collectées par SwissDRG SA sous forme de statistiques médicales, il n’est toutefois pas encore possible de faire une distinction claire entre l’exécution des mesures et les patients en détention régulière. L’accent a également été mis sur la délimitation des coûts des mesures de sécurité. Les cas dont les coûts liés aux mesures de sécurité ne sont pas complètement délimités ne devraient pas être utilisés pour le développement de la structure tarifaire. Pour cela, le questionnaire ainsi que le contrôle de plausibilité des cas ont été élargis, ce qui a entraîné un plus grand nombre de cas exclus.

La variable 3.5.V04 a permis d’identifier respectivement 371 et 430 cas médico-légaux dans les données des années 2022 et 2023. Cela correspond à une part annuelle de 0,5% des données totales transmises à SwissDRG SA.

Tableau 12: Analyse des données sur les cas médico-légaux

Année	Nombre de cas	Nombre d’hôpitaux	CJ moyens	ET CJ	AHD moyenne	AHD médiane	ET AHD	Cas plausibles
2021	364	7	858	1348	230	33	443	243
2022	371	7	834	516	160	19	388	116
2023	430	8	820	1752	229	23	498	134

Il ressort du Tableau 12 que les cas médico-légaux se caractérisent par des coûts journaliers légèrement plus élevés⁶ et des durées moyennes de séjour fortement augmentées (comparaison avec le Tableau 9). De plus, les écarts-types très élevés des coûts et de la durée de séjour sont particulièrement visibles. Un écart-type élevé indique que la patientèle n’est pas homogène. En outre, il s’est avéré que les données médico-légales variaient fortement d’une clinique à l’autre. La Figure 4 offre une vue d’ensemble des cinq cliniques présentant les pourcentages les plus élevés de cas médico-légaux en 2023⁷. Le graphique comprend tous les cas médico-légaux qui ont été transmis à SwissDRG SA. Ici, les cliniques anonymisées affichent de nettes différences en ce qui concerne les coûts et les durées de séjour de leurs groupes de patients médico-légaux.

⁶ Selon REKOLE, les coûts liés aux mesures de sécurité dans le domaine médico-légal ne doivent pas être imputés au cas administratif et ne sont donc pas inclus dans les données de SwissDRG SA.

⁷ Les comparaisons entre hôpitaux font également état d’effets similaires pour les années précédentes, raison pour laquelle seule l’année 2023 est présentée ici.

Par exemple, la clinique D présente une patientèle avec des coûts modérés en moyenne et des durées de séjour courtes, tandis que la clinique A se caractérise par des cas médico-légaux avec des coûts journaliers comparativement bas et des durées de séjour moyennes.

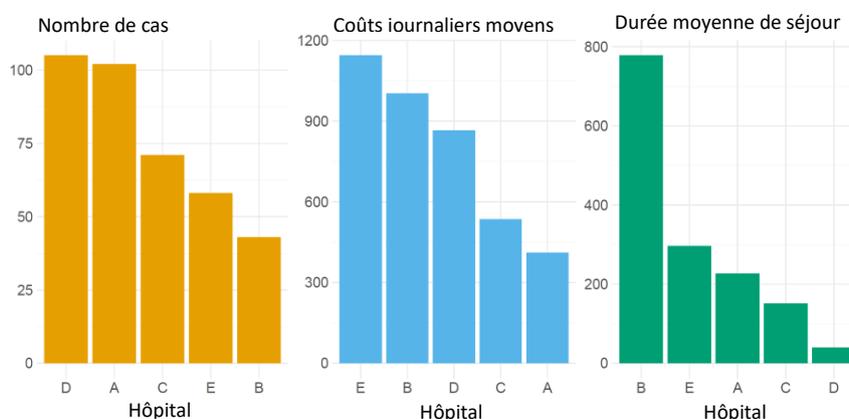


Figure 4: Effets hospitaliers des 5 cliniques les plus importantes en termes de proportion de cas médico-légaux (données 2023)

En ce qui concerne le regroupement, environ 50% des cas médico-légaux sont attribués au TP25. Les autres cas se répartissent avec un peu plus de précision entre les TP28, TP29 et TP21. Toutefois, on trouve également des cas médico-légaux dans d'autres PCG de base.

Le manque d'homogénéité dans la base de données des cas médico-légaux subsiste en 2022 et 2023. Pour cette raison, SwissDRG SA n'a pas été en mesure d'identifier des caractéristiques spécifiques des patients pour les cas médico-légaux et de les prendre en compte dans la nouvelle version. Toutefois, cela ne s'est pas non plus avéré nécessaire, étant donné que les structures de coûts des cas médico-légaux ne diffèrent en moyenne pas beaucoup de celles des cas non médico-légaux, que le volume des cas est relativement faible et que le regroupement actuel continue de classer précisément les cas dans des PCG individuels en fonction de leurs diagnostics.

8.3 Analyse des codes CHOP

L'objectif de l'analyse des codes CHOP était d'examiner la base de données actuelle et de déterminer les tendances par rapport à l'année de données 2021. L'analyse porte donc sur les années de données 2021 à 2023 et distingue quatre catégories de codes CHOP: les évaluations HoNOS/CA, les codes CHOP qui donnent lieu à une rémunération supplémentaire⁸, tous les codes CHOP sans évaluation HoNOS/CA et codes de rémunération supplémentaire, ainsi que tous les codes CHOP sans évaluation HoNOS/CA et codes de rémunération supplémentaire du chapitre 94.* du catalogue CHOP (mesures en relation avec le psychisme).

Le Tableau 13 illustre les valeurs moyennes suisses du codage au niveau du cas pour les cas plausibles. Le nombre total moyen de codes CHOP saisis est resté largement constant au cours des trois années

⁸ Il s'agit des sorties d'essai 94.3F.12-14, de l'électroconvulsivothérapie 94.28 et de la prise en charge 1:1 en psychiatrie des adultes ainsi qu'en pédopsychiatrie 94.3D.11-16 et 94.3E.11-16

analysées, avec un peu plus de 25 codes par cas. Sur ce total, environ 24 codes étaient attribués chaque année aux évaluations HoNOS/CA, qui comprennent à la fois des évaluations d'entrée et de sortie.

Des évolutions différentes sont cependant observées dans les autres catégories⁹. On constate une légère augmentation des codes de rémunération supplémentaire au niveau des cas, mais, à l'inverse, une diminution dans le codage des autres codes CHOP. Concrètement, pour l'année 2021, 45% des cas avaient encore au moins un code CHOP séparé (en plus des évaluations HoNOS/CA et des codes de rémunération supplémentaires), alors que cette proportion est tombée à 36,5% pour l'année 2023.

Tableau 13: Codage CHOP des années 2021-2023

Année	Nombre moyen de codes par cas					Proportion de cas avec		
	Total	Évaluations	Rémunérations supplémentaires	Autres	Autres 94.*	RS	Autres	Autres 94.*
2021	25,6	23,9	0,4	1,3	0,9	11,0%	45,0%	35,6%
2022	25,5	23,8	0,5	1,2	0,8	13,0%	40,3%	30,4%
2023	25,7	24,2	0,5	1,0	0,7	13,5%	36,5%	28,8%

SwissDRG SA n'est pas en mesure d'évaluer à quoi est dû ce lien parfois faible des prestations avec les codes CHOP. Cela pourrait s'expliquer par une offre de traitement simple, des difficultés dans les interfaces des systèmes d'information des cliniques ou, plus fondamentalement encore, par la non-saisissabilité des prestations fournies parce qu'elles ne figurent pas encore dans le catalogue CHOP.

SwissDRG SA continuera à surveiller l'évolution de la qualité des données et mettra d'autres mesures en œuvre pour augmenter le rattachement des prestations au catalogue CHOP. Parmi les efforts qui ont déjà fait leurs preuves, on peut citer les échanges réguliers entre cliniques ainsi que l'organisation d'ateliers, la correspondance et l'aide dans le processus de collecte des données ainsi que les retours d'information en temps réel. Enfin, SwissDRG SA soutient le développement de nouveaux codes CHOP en collaborant au groupe de travail compétent.

8.4 Analyse des sorties d'essai

Les sorties d'essai sont représentées dans le catalogue CHOP par les codes 94.3F.11 à 94.3F.14. À partir d'une sortie d'essai de plus de 24 heures (94.3F.12), une rémunération supplémentaire est déclenchée. Par la décision du Conseil d'administration du 23 septembre 2022 (VR-64), il a été décidé de limiter les ZE de la sortie d'essai à 4 épisodes facturables en psychiatrie de l'adulte, alors qu'ils peuvent continuer à être facturés sans limitation en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Le tableau 18 montre qu'il y a eu une augmentation modérée du nombre de sorties d'essai enregistrées entre les années 2021 et 2023.

Tableau 14: Nombre et proportions des sorties d'essai absolues enregistrées entre les années 2021 et 2023

Code	2021		2022		2023	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
94.3F.11	22'820	61.0%	21'965	56.2%	25'336	59.2%

⁹ Le tableau relatif au codage CHOP figurant dans la présentation du système du 06.11.2024 présente des chiffres divergents, car tous les codes CHOP de la sortie d'essai y sont comptés comme rémunérations supplémentaires, donc également sous 94.3F.11. Cela a été corrigé dans ce tableau, ce qui atténue les tendances aux RS, mais n'affecte pas les conclusions de base.

94.3F.12	13'119	35.1%	15'352	39.3%	15'469	36.1%
94.3F.13	1'134	3.0%	1'474	3.8%	1'688	3.9%
94.3F.14	361	1.0%	314	0.8%	335	0.8%

Cet effet, démontré sur la base de données plausibles, est encore plus atténué si l'on tient compte de l'augmentation du nombre total de cas au cours des années.

En raison de la limitation des sorties d'essai en psychiatrie de l'adulte, il est intéressant de comparer le nombre total de sorties d'essai par cas ayant donné lieu à une rémunération supplémentaire au fil des années. Le tableau 19 présente ces chiffres. La première ligne indique les cas annuels de psychiatrie de l'adulte qui ont codé au moins une sortie d'essai donnant lieu à une rémunération supplémentaire. Il apparaît qu'en 2022, le nombre de cas avec sorties d'essai a augmenté par rapport à l'année précédente. Alors qu'en 2021, environ 7,2% de tous les cas ont reçu un tel rémunération supplémentaire, le pourcentage relatif est passé à 8,9% en 2022. Dans les données 2023, on observe une légère diminution dans le codage des sorties d'essai. Par ailleurs, on constate un changement dans les pourcentages relatifs au fil des années. Alors qu'en 2021, 6,6% des cas comportaient encore cinq sorties d'essai ou plus, ce pourcentage est tombé à moins de 5% en 2022 et 2023. En revanche, le pourcentage de cas avec quatre sorties d'essai codées a augmenté.

Si on calcule les moyennes annuelles du nombre de sorties d'essai sur l'ensemble des cas avec sorties d'essai pertinentes pour les rémunérations supplémentaires, on constate en psychiatrie de l'adulte une légère diminution de 2 sorties d'essai en moyenne à 1,8 sur les années 2021 à 2023. En psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, on observe une légère augmentation de 5,9 à 6,1 sorties d'essai en moyenne.

Tableau 15: Nombre de cas selon la somme des rémunérations supplémentaires des sorties d'essai pertinentes dans la psychiatrie de l'adulte

Nombre SE par cas	2021		2022		2023	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Gesamt	4'513	100%	6'002	100%	5'937	100%
1	2'640	58.5%	3'825	63.7%	3'927	66.1%
2	898	19.9%	994	16.6%	970	16.3%
3	512	11.3%	466	7.8%	393	6.6%
4	165	3.7%	424	7.1%	379	6.4%
5+	298	6.6%	293	4.9%	268	4.5%

8.5 Analyse des rapports de révision

Au cours des années de données 2021 et 2022, nous avons reçu 27 rapports de révision dans la structure tarifaire TARPSY. Il manque donc à SwissDRG SA environ la moitié de tous les rapports de révision des dernières années. Ce sous-ensemble de tous les hôpitaux a permis de tirer les conclusions suivantes: les caractéristiques minimales des sorties d'essai sont souvent insuffisamment documentées. C'est aussi en partie le cas pour d'autres procédures. Le codage HoNOS n'est souvent pas entièrement compréhensible par rapport à la documentation. Les diagnostics somatiques sont souvent insuffisamment codés, bien qu'ils aient généré des dépenses. D'autres sont codés bien qu'ils n'aient pas généré de dépenses. Enfin, il y a également des diagnostics insuffisamment documentés.

En résumé, les rapports de révision ne permettent pas de déduire des adaptations spécifiques de la structure tarifaire.

9 Résumé

Voici un résumé des principaux résultats du développement du système de version TARPSY 6.0:

- La version TARPSY 5.0 a servi de base au développement de la structure tarifaire.
- Le perfectionnement de la structure tarifaire se base sur les données des années 2022 et 2023.
- La qualité de représentation de la structure tarifaire s'est légèrement améliorée par rapport à la version précédente.
- Tant les diagnostics principaux et supplémentaires existants que les nouveaux diagnostics principaux et supplémentaires ont été examinés en tant que critères de split sur la base des données et leur pertinence pour le regroupement a été adaptée.
- La pertinence des codes CHOP pour le regroupement a été vérifiée et adaptée sur la base des données.
- La pertinence des items HoNOS/CA pour le regroupement a été vérifiée et adaptée sur la base des données.
- La logique du degré de sévérité a été révisée. Les degrés de sévérité basés sur les codes (DCR) ont été calculés sur la base des données des années 2020-2023 et les conditions de split des PSL ont été adaptées en conséquence dans leur pertinence de regroupement.
- L'âge se présente comme un séparateur de coûts pertinent, de sorte que les cas de psychiatrie pour enfants et adolescents sont regroupés dans le PCG le mieux valorisé. Des simulations répétées avec différentes limites d'âge ont pu mettre en évidence une consommation accrue de ressources pour des groupes particuliers de patients de plus de 65, 75 ou 80 ans.
- En psychiatrie pour enfants et adolescents, on observe une augmentation significative des coûts journaliers. TARPSY 6.0 peut représenter cet effet dans les PCG pour enfants et adolescents. À l'avenir, l'évolution dans ce domaine sera suivie de près.
- Les données plausibles de la psychiatrie médico-légale sont incluses dans la structure tarifaire.
- Les traitements spécifiques à la psychiatrie ont été examinés sur la base des données et sont pertinents pour le groupage dans TARPSY 6.0. Alors que la proportion des codes de rémunération supplémentaire basés sur la CHOP a augmenté au cours des dernières années et que celle des codes d'évaluation (HoNOS/CA) est restée constante, on observe une diminution de la fréquence de codage des autres codes CHOP.
- Certains traitements et médicaments coûteux ont pu être évalués en tant que rémunérations supplémentaires sur la base des données des relevés détaillés.
- Les rapports de révision des années 2021 et 2022 ne permettent pas de déduire des adaptations spécifiques de la structure tarifaire.

TARPSY 6.0 se compose de 10 PCG de base (9 évalués, 1 PCG de base non facturable) qui sont différenciés en 24 PCG (23 évalués, 1 non facturable). Les définitions exactes et les critères de split sont décrits dans le Manuel de définition (annexe 6 de la demande d'approbation des tarifs). Des cost-weights journaliers ont été calculés pour les PCG et sont publiés dans le catalogue des PCG (annexe 1a de la demande d'approbation des tarifs).

Des rémunérations supplémentaires peuvent être facturées sous TARPSY 6.0. C'est alors le catalogue des rémunérations supplémentaires TARPSY 6.0 (annexe 1b à la demande d'approbation des tarifs) évaluant les traitements psychiatriques et certains médicaments coûteux, qui s'applique. En outre, le catalogue des rémunérations supplémentaires du catalogue des forfaits par cas SwissDRG en vigueur dans l'année de facturation s'applique, si bien que la tarification de prestations non liées à la psychiatrie pendant un séjour (par ex. pour dialyse) est possible au moyen de rémunérations supplémentaires.