



Modifications de la version SwissDRG 15.0 par rapport à la version 14.0

- Collecte des données
- Traitement des données
- Développement du Grouper
- Méthode de calcul

Table des matières

1	Collecte des données	4
1.1	Adaptation du codage médical	4
1.2	Saisie des substances et médicaments onéreux.....	4
1.3	Relevé détaillé.....	4
1.4	Relevé des coûts d'utilisation des immobilisations (CUI)	5
2	Traitement des données	6
2.1	Fichier des coûts par cas	6
2.2	Correction sur la base des composantes de coûts	6
2.3	Examen de la plausibilité des cas.....	6
2.4	Qualité des données du relevé détaillé	7
3	Développement du Grouper	8
3.1	Aperçu des axes de développement de la version 15.0	8
3.1.1	Médecine intensive	8
3.1.2	Pédiatrie	10
3.1.3	Représentation des cas coûteux.....	12
3.1.4	Médecine palliative	13
3.1.5	Paraplégie.....	14
3.1.6	Matrice CC	16
3.2	Révision de la classification DRG	16
3.2.1	Restructurations inter-MDC – pré-MDC.....	16
3.2.2	Autres restructurations indépendantes des MDC.....	17
3.2.3	MDC 01 Maladies et troubles du système nerveux	22
3.2.4	MDC 02 Maladies et troubles de l'œil.....	26
3.2.5	MDC 03 Maladies et troubles de l'oreille, du nez, de la bouche et de la gorge	26
3.2.6	MDC 04 Maladies et troubles des organes respiratoires	27
3.2.7	MDC 05 Maladies et troubles de l'appareil circulatoire.....	29
3.2.8	MDC 06 Maladies et troubles des organes digestifs	34
3.2.9	MDC 07 Maladies et troubles du système hépatobiliaire et du pancréas	36
3.2.10	MDC 08 Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	37
3.2.11	MDC 09 Maladies et troubles de la peau, du tissu sous-cutané et de la glande mammaire	38
3.2.12	MDC 10 Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques.....	39
3.2.13	MDC 11 Maladies et troubles des organes urinaires	40
3.2.14	MDC 12 Maladies et troubles des organes génitaux masculins.....	41
3.2.15	MDC 14 Grossesse, naissance et suites de couches.....	41
3.2.16	MDC 15 Nouveau-nés.....	42
3.2.17	MDC 16 Affections du sang, des organes hématopoïétiques et du système immunitaire	43
3.2.18	MDC 17 Néoformations hématologiques et solides	43
3.2.19	MDC 18B Maladies infectieuses et parasitaires	43
3.2.20	MDC 19 Maladies et troubles psychiques	44
3.2.21	MDC 20 Usage d'alcool et de drogues et troubles psychiques induits par l'alcool et les drogues	44
3.2.22	MDC 23 Facteurs influant sur l'état de santé et autre mise à contribution de la santé publique.....	44
3.2.23	Rémunérations supplémentaires – nettoyage des coûts.....	45



3.2.24	Rémunérations supplémentaires - Modifications	45
4	Méthode de calcul	48
4.1	Détermination des cost-weights.....	48
4.2	Calcul de la valeur de référence	48
4.3	Calcul des suppléments et réductions	48
ANNEXE A	: Chiffres-clés concernant le développement du système	49
	Introduction.....	49
	Base des données.....	49
	Nombre de DRG	50
	Qualité du système.....	51

Introduction

Le présent document fait état des changements qui ont été entrepris entre la version 15.0 (données de 2023) et la version 14.0 (données de 2022) dans le processus de traitement pour la création de la structure tarifaire. Les changements concernent la collecte et le traitement des données ainsi que le calcul des cost-weights et les chiffres-clés correspondants. Ce document s'entend comme un complément comparatif aux documents qui ont été transmis pour l'autorisation tarifaire de la version SwissDRG 15.0. Les données détaillées concernant les différents points peuvent être consultées dans les documents respectifs.

1 Collecte des données

La collecte des données et la documentation correspondante ont été modifiées comme suit :

- Adaptation aux instruments de codage en vigueur en 2023

Perfectionnement continu du relevé détaillé des coûts pour les médicaments onéreux, les implants, les procédés, les produits sanguins et autres procédures. Vous trouverez de plus amples informations sur la collecte des données dans le document « *Documentation SwissDRG du relevé 2024* ».

1.1 Adaptation du codage médical

Les classifications suivantes étaient en vigueur pour l'année des données 2023 :

- CIM10 GM 2022
- CHOP 2023

1.2 Saisie des substances et médicaments onéreux

La liste des médicaments/substances à relever dans la statistique médicale a été modifiée concernant les données 2023 par l'ajout ou le retrait de certaines substances.

1.3 Relevé détaillé

La liste des médicaments, implants et procédures à coûts élevés du relevé détaillé a été adaptée. La plupart des adaptations concernaient l'alignement des codes CHOP consultés à la nouvelle version. Dans certains cas isolés, de nouveaux codes CHOP ont été ajoutés dans le relevé détaillé ou supprimés de celui-ci en raison de la procédure de demande. L'onglet radiothérapie par ciblage de récepteurs a été ajouté pour le domaine des soins aigus stationnaires. La fiche SIRT/Profilage des tumeurs a été renommée Profilage des tumeurs, car les données relatives à SIRT ne sont plus nécessaires.

Les rémunérations supplémentaires ont été perfectionnées à l'aide des données de coûts de l'année 2023. En outre, les données relatives au prix des médicaments ont été rendues plausibles à l'aide des listes des spécialités (LS) de 2024 et 2025.

Dans le cadre de la livraison des données 2023, nous avons constaté que le nombre d'hôpitaux ayant fourni à SwissDRG SA des informations détaillées sur les procédures et implants coûteux a vu une légère reprise par rapport à l'année 2022. SwissDRG SA a absolument besoin de ces informations pour garantir le perfectionnement des rémunérations supplémentaires sur la base des données et est reconnaissante que l'appel lancé l'année dernière aux hôpitaux ait été entendu.

1.4 Relevé des coûts d'utilisation des immobilisations (CUI)

Dans le cadre des procédures d'approbation des versions précédentes de la structure tarifaire, SwissDRG SA a été informée que les CUI doivent être évalués selon l'OCP. En collaboration avec H+, SwissDRG SA a effectué dans le cadre du relevé 2024 un double relevé pour les données 2023 (relevé des CUI aussi bien selon les principes de comptabilité analytique que selon l'OCP). Cela a permis une analyse comparative complète et fournit ainsi la base de la discussion sur la manière d'évaluer les CUI dans le cadre de futurs relevés de données. Les effets potentiels d'une future collecte de données des CUI selon l'OCP ont été discutés au sein du groupe spécialisé REKOLE ainsi que du Conseil d'administration de SwissDRG SA. Afin de pouvoir mettre en œuvre ce projet, une demande a finalement été déposée auprès de la commission spécialisée SpiGes, avec la proposition de collecter les CUI dans le cadre de l'enquête SpiGes selon l'OCP à partir de l'année de données 2027. Cette demande a été discutée le 13.05.2025 et adoptée sans opposition. Il est donc possible de répondre à la demande de l'OFSP et de garantir une évaluation des CUI selon l'OCP à partir de l'année de données 2027.

2 Traitement des données

Le processus de traitement des données est présenté dans le document Directives données 2023. Le processus a été légèrement révisé par rapport à la version précédente. Comme les années précédentes, l'examen de la plausibilité des cas a été adapté aux nouvelles classifications et perfectionné.

2.1 Fichier des coûts par cas

Les hôpitaux ont dû fournir les données de coûts de 2023 dans le format à 80 colonnes, comme l'année précédente (voir la documentation SwissDRG du relevé 2024).

2.2 Correction sur la base des composantes de coûts

Comme dans la version précédente, les coûts dans la version 15.0 ont été ajustés exclusivement sur la base des différentes composantes des coûts. Concrètement, cela signifie que le montant à corriger n'est pas déduit des coûts totaux, mais que les coûts sont corrigés là où ils ont été réellement encourus. Comme les coûts totaux sont constitués de la somme des différentes composantes de coûts, cette correction a également un impact sur les coûts totaux. Cela garantit une meilleure comparabilité des composantes de coûts, puisque, par exemple, les coûts pour les rémunérations supplémentaires sont corrigés directement sur les composantes de coûts concernées (par exemple, les médicaments, les implants).

Après avoir identifié les cas autorisant des rémunérations supplémentaires, le montant à corriger par cas est déterminé. Ce montant est basé sur l'évaluation des rémunérations supplémentaires et des informations fournies dans les données relatives aux prestations (par exemple, la dose de médicaments, la durée de la dialyse continue). Le montant déterminé est ensuite déduit de la composante des coûts respective. Pour ce faire, les informations fournies par les hôpitaux dans le questionnaire de livraison des données sont également utilisées. Il s'agit d'informations sur la comptabilisation de coûts en lien avec les rémunérations supplémentaires pour diverses procédures.

Tous les hôpitaux utilisés pour le développement du système n'ont soit pas de coûts pour la recherche et l'enseignement universitaire (FuL), soit corrigent les coûts encourus en interne avant la livraison des données à SwissDRG SA. Aucune correction n'a dû être effectuée par SwissDRG SA.

2.3 Examen de la plausibilité des cas

Dans le cadre de la livraison des données 2023, les données de chaque hôpital ont été soumises à un examen de plausibilité afin de détecter les erreurs systématiques dans la saisie des données et d'identifier les cas probablement incorrects. Les résultats des tests ont été mis à la disposition des hôpitaux via une interface sécurisée et spécifique à chaque hôpital. Le retour rapide d'informations aux hôpitaux permet d'apporter les corrections éventuellement nécessaires de cas ainsi qu'une nouvelle livraison dans le délai normal de livraison et contribue ainsi à l'amélioration de la qualité des données. En outre, la fonction commentaire permet aux hôpitaux de fournir des explications sur les cas signalés. La fonction commentaire a été utilisée dans plus de 39 500 cas. SwissDRG SA cherche régulièrement à avoir des discussions approfondies avec les différents hôpitaux pour parler des problèmes systématiques et pour les sensibiliser à la qualité des données livrées.

2.4 Qualité des données du relevé détaillé

De manière générale, pour pouvoir utiliser un relevé détaillé reçu, il faut également disposer d'au moins 1 cas de cet hôpital afin de prendre en compte ce 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. Malheureusement, cela n'est pas possible pour les implants, car ceux-ci ne peuvent pas toujours être affectés spécifiquement à des codes CHOP. On note également que certaines prestations ne sont proposées que par très peu d'hôpitaux. Les procédures requièrent un calcul complexe des coûts à l'hôpital, et il est complexe pour de nombreux hôpitaux de fournir ce travail dans la qualité souhaitée.

Dans le cas des médicaments, il faut également mentionner que bon nombre des rémunérations supplémentaires correspondent au prix de la liste des spécialités (LS) et que de nombreux hôpitaux affichent également ce prix. L'utilisation des prix de la LS est indiquée dans le document sur le détail des rémunérations supplémentaires. En outre, le document contient, en plus des données détaillées, d'autres mesures de répartition statistiques (quantiles, moyenne, écart-type) des données de prix livrées. En raison de l'adaptation régulière de la liste des spécialités, les prix en vigueur lors du relevé ne sont plus obligatoirement actuels. Pour cette raison, les prix livrés sont comparés plusieurs fois à la liste des spécialités. Dans certains cas, les prix de la version précédente (version 14.0) ont été pris en compte pour le calcul s'il n'y avait que peu de données.

Les différents hôpitaux fournissent des prix qui correspondent manifestement au prix de la LS sans TVA. SwissDRG SA le signale aux hôpitaux, mais ces prix ne peuvent pas être utilisés par la suite. Il en va de même lorsque le prix du comprimé ou du flacon individuel est saisi au lieu du prix de la boîte. Dans le cadre du retour immédiat sur le relevé détaillé, les hôpitaux sont informés des prix trop élevés, trop faibles ou trop fortement modifiés (par rapport à la LS ou à l'année précédente). Cela permet aux hôpitaux d'améliorer encore la qualité des données lors du prochain relevé détaillé.

3 Développement du Grouper

3.1 Aperçu des axes de développement de la version 15.0

3.1.1 Médecine intensive

Dans le cadre du développement de la version 14.0, des analyses approfondies ont été réalisées sur les points de dépense pour les nouveau-nés et les enfants hospitalisés dans une unité de soins intensifs et/ou intermédiaires. Les données de l'année 2022 ont permis de saisir pour la première fois des points de dépense faibles différenciés « *TC de SI/TC en U-IMC NN/enfants < 196 points* » pour les nouveau-nés et les enfants et de vérifier leur pertinence pour le regroupement.

Dans le prolongement de ces simulations, les données 2023 ont permis de procéder à un examen détaillé supplémentaire des cas avec un court séjour en USI/U-IMC. En conséquence, une meilleure représentation de ces cas de traitement a été obtenue dans un très grand nombre de DRG dans plus de 20 MDC.

Médecine intensive en USI/U-IMC

Dans le prolongement des analyses déjà effectuées l'année dernière pour les nouveau-nés et les enfants, les codes CHOP 99.B7.52/99.B7.42 « *Traitement complexe de médecine intensive chez le nouveau-né/l'enfant (procédure de base), 66 à 130 points de dépense* », 99.B7.53/99.B7.43 « *Traitement complexe de médecine intensive chez le nouveau-né/l'enfant (procédure de base), 131 à 196 points de dépense* » ainsi que 99.B8.52/99.B8.42 « *Traitement complexe en U-IMC chez le nouveau-né/l'enfant, 66 à 130 points de dépense* », 99.B8.53/99.B8.43 « *Traitement complexe en U-IMC chez le nouveau-né/l'enfant, 131 à 196 points de dépense* » ont fait l'objet d'un examen approfondi. Il en résulte que les points de dépenses pour les nouveau-nés et les enfants ont pu être adaptés ou ajoutés dans les MDC/DRG suivants :

- Pré-MDC : DRG A94B → « *TC de SI/TC en U-IMC > 130 points* »
- MDC 01 :
 - DRG B09A → « *TC de SI/TC en U-IMC > 65/130 points* »
 - DRG B70H, B80A, B81B et B86A → « *TC de SI/TC en U-IMC > 65 points* »
 - DRG B09B → « *TC de SI/TC en U-IMC > 65 points* »
 - DRG B20A, B20C, DRG de base B87 → « *TC de SI > 130 points* »
 - DRG B76C, B87A → « *TC de SI/TC en U-IMC > 130 points* »
 - DRG B36C → « *TC de SI > 196 points* »
- MDC 03 : DRG de base D87 → « *TC de SI/TC en U-IMC > 65/130 points* »
- MDC 04 :
 - DRG de base E36 → « *TC de SI > 130 points* »
 - DRG de base E90 → « *TC de SI > 130 points avec TC en U-IMC > 130 points* »
- MDC 05 :
 - DRG de base F36 et F37 → « *TC de SI > 130 points* »
 - DRG F86A → « *TC de SI/TC en U-IMC > 130 points* »
 - DRG F36B → « *TC de SI > 588 points* »
- MDC 06 :
 - DRG G22A et G86B → « *TC de SI/TC en U-IMC > 65 points* »
 - DRG G09A et DRG de base G87 → « *TC de SI/TC en U-IMC > 130 points* »
 - DRG G13A et DRG de base G38 et G87A → « *TC de SI > 130 points* »
 - DRG G03A → « *TC de SI > 196 points* »

- DRG G38A et G38B → « TC en U-IMC > 196 points »
- MDC 07 :
 - DRG H07B et H87Z → « TC de SI/TC en U-IMC > 130 points »
 - DRG de base H37 → « TC de SI > 130 points »
- MDC 08 :
 - DRG I08A et I29A → « TC de SI > 130 points »
 - DRG I09B → « TC en U-IMC > 130 points »
 - DRG I95A, I10A, I13A, I31A → « TC de SI/TC en U-IMC > 196 points »
 - DRG I43A et I46A → « TC de SI > 196 points »
 - DRG I08B, I43B et I46B → « TC en U-IMC > 196 points »
- MDC 09 : DRG de base J33 → « TC de SI > 130 points »
- MDC 10 :
 - DRG K06A → « TC de SI/TC en U-IMC > 65 points »
 - DRG de base K87 → « TC de SI/TC en U-IMC > 130 points »
 - DRG de base K37 → « TC de SI > 130 points »
- MDC 11 : DRG de base L37 → « TC de SI/TC en U-IMC > 130/196 points »
- MDC 12 : DRG de base M38 → « TC de SI/TC en U-IMC > 130 points »
- MDC 13 :
 - DRG N02A → « TC de SI/TC en U-IMC > 130 points »
 - DRG N01B et N04A → « TC de SI > 130 points »
- MDC 14 : DRG O02A → « TC de SI > 65 points »
- MDC 16 :
 - DRG de base Q37 → « TC de SI/TC en U-IMC > 130 points »
 - DRG Q37A → « TC de SI > 130 points »
- MDC 17 : DRG R01A → « TC de SI/ TC en U-IMC > 130 points »
- MDC 18B : DRG de base T60, T60A et T60F → « TC de SI/TC en U-IMC > 130 points »
- MDC 21A : DRG W60B → « TC de SI/TC en U-IMC > 130 points »
- MDC 21B : DRG de base X37 et X37A et X86A → « TC de SI/TC en U-IMC > 130 points »
- MDC 22 : DRG de base Y02 et DRG Y02A → « TC de SI > 130 points »
- MDC 23 : DRG Z86A → « TC de SI/TC en U-IMC > 65 points »

Parallèlement, les points de dépense pour TC de SI/TC en U-IMC pour les adultes ont également fait de nouveau l'objet d'un examen approfondi et ont été adaptés avec les données 2023 :

- Pré-MDC : DRG A95D → « TC de SI/TC en U-IMC > 119/184 points »
- MDC 01 : DRG B70H, B77A, B78A, B80A et B86A → « TC de SI/TC en U-IMC > 59 points »
- MDC 04 :
 - DRG E02A → « TC de SI/TC en U-IMC > 119 points »
 - DRG E87A → « TC de SI/TC en U-IMC > 184 points »
- MDC 05 :
 - DRG F36B → « TC de SI > 1104 points »
 - DRG F41A, F59E, F66A, F67A et F70A → « TC de SI/ TC en U-IMC > 119 points »
 - DRG F49E et F62C → « TC de SI/ TC en U-IMC > 59 points »
- MDC 06 :
 - DRG G03A, G13A et DRG de base G38 → « TC de SI > 184 points »
 - DRG G38A et G38B → « TC en U-IMC > 184 points »
 - DRG G22A → « TC de SI > 119 points »
 - DRG G46B et G86B → « TC de SI/TC en U-IMC > 59 points »

- MDC 07 :
 - DRG H07A et H41A → « TC de SI/TC en U-IMC > 119 points »
 - DRG H07B → « TC en U-IMC > 119 points »
- MDC 08 :
 - DRG I95A, I10A, I13A et I31A → « TC de SI/TC en U-IMC > 184 points »
 - DRG I08A, I43A, I46A et I29B → « TC de SI > 184 points »
 - DRG I08B, I43B et I46B → « TC en U-IMC > 184 points »
 - DRG I10B → « TC de SI > 119 points »
- MDC 10 : DRG K06A → « TC de SI > 119 points »
- MDC 11 : DRG L18B → « TC de SI/TC en U-IMC > 119 points »
- MDC 13 : DRG N02A → « TC en U-IMC > 130 points »
- MDC 14 : DRG O02A → « TC de SI > 59 points »
- MDC 19 : DRG U60A → « TC de SI > 59 points »
- MDC 20 : DRG V02A → « TC de SI/TC en U-IMC > 119 points »
- MDC 21B : DRG X86A → « TC de SI/TC en U-IMC > 119 points »
- MDC 21B : DRG X86B → « TC de SI/TC en U-IMC > 59 points »

3.1.2 Pédiatrie

La représentation de la médecine pédiatrique est systématiquement vérifiée chaque année et adaptée si nécessaire. Dans de nombreux groupes de cas au sein de 13 MDC, un nouveau split pédiatrique a été établi ou un split existant a été révisé. Dans la mesure du possible, la limite d'âge pour les splits pédiatriques a été fixée à « Âge < 16 ans » afin de garantir une délimitation uniforme entre adultes et enfants.

Pédiatrie et néonatalogie

Dans le cadre des examens, un besoin d'adaptation est également apparu dans la pré-MDC. Là, deux déplacements vers la MDC 15 « Nouveau-nés » sont présents. Dans les deux logiques, les « Traitements complexes de médecine intensive/TC en U-IMC nouveau-nés/enfants > 9800 points » étaient jusqu'à présent exclus des déplacements, ces cas sont regroupés au sein de la pré-MDC dans le DRG A06A. D'autres cas avec traitements complexes de médecine intensive plus de 4410 points ou TC en U-IMC plus de 4900 points pour les nouveau-nés/enfants jusqu'à 9800 points étaient jusqu'à présent représentés dans le DRG P37Z.

Toutefois des analyses ont montré dans les données 2023 que certains cas hautement complexes ne peuvent pas être représentés de manière appropriée dans le DRG P37Z. Pour cette raison, dans la version 15.0 le nombre de points pour le déplacement a été adapté. Les cas avec « Traitements complexes de médecine intensive/TC en U-IMC nouveau-nés/enfants > 7840 points » ainsi que « Traitements complexes de médecine intensive nouveau-nés/enfants > 5880 points avec une procédure opératoire complexe » sont désormais également exclus du déplacement. Ces cas sont désormais regroupés au sein de la pré-MDC dans le DRG de base A06 « Traitement complexe de médecine intensive > 2352/2484 points... » et y sont représentés de manière appropriée. En outre, ces analyses des données 2023 ont permis d'établir des nouveaux splits et de réviser les limites d'âge existantes :

- Pré-MDC : DRG A90B → « Âge < 16 ans »
- MDC 01 : DRG B03A, B70B, B71A et B78A → « Âge < 16 ans »
- MDC 03 : DRG D62B → « Âge < 16 ans »
- MDC 04 : DRG E71B et E87A → « Âge < 16 ans »
- MDC 05 : DRG F12B, F24B, F62C, F67A et F70A → « Âge < 16 ans »
- MDC 06 : DRG G09F et G21A → « Âge < 16 ans »

- MDC 07 : DRG H86Z → « Âge < 18 ans »
- MDC 08 : DRG I09C et I09D → « Âge < 16 ans »
- MDC 09 : DRG J10A → « Âge < 16 ans »
- MDC 11 : DRG L60A → « Âge < 16 ans »
- MDC 13 : DRG N25Z → « Âge < 18 ans »
- MDC 16 : DRG Q61B → « Âge < 16 ans »
- MDC 17 : DRG R60C → « Âge < 16 ans »

Malformations congénitales ou déformations

Les cas avec malformations congénitales, par exemple au niveau des os faciaux, sont regroupés dans certaines MDC en raison du diagnostic principal. Puisque ces diagnostics sont souvent associés à des interventions opératoires, l'affectation aux MDC a été vérifiée. Afin de favoriser l'homogénéité médicale, les malformations congénitales ou les déformations ont été déplacées dans les tableaux de diagnostics principaux des MDC par organe correspondants. Elles y sont représentées de manière appropriée - également en interaction avec les procédures correspondantes. Les codes CIM suivants sont désormais inclus dans les respectives MDC :

- MDC 01 :
 - Q67.2 « Dolichocéphalie »
 - Q67.3 « Plagiocéphalie »
 - Q75.0 « Craniosynostose »
 - Q75.1 « Dysostose crânio-faciale »
 - Q75.2 « Hypertélorisme »
 - Q75.3 « Macrocéphalie »
 - Q75.8 « Autres malformations congénitales précisées des os du crâne et de la face »
 - Q75.9 « Malformation congénitale des os du crâne et de la face, sans précision »
- MDC 03 :
 - Q75.4 « Dysostose mandibulo-faciale »
 - Q75.5 « Dysostose oculo-mandibulaire »
 - Q87.0 « Syndromes congénitaux malformatifs atteignant principalement l'aspect de la face »
- MDC 04 : Q67.8 « Autres anomalies morphologiques congénitales du thorax »
- MDC 05 : Q87.4 « Syndrome de Marfan »
- MDC 08 :
 - Q87.2 « Syndromes congénitaux malformatifs impliquant principalement les membres »
 - Q87.5 « Autres syndromes congénitaux malformatifs avec d'autres modifications du squelette »

En outre, une revalorisation des malformations/déformations congénitales de la tête a été effectuée dans le DRG B09C « Autres interventions sur le crâne pour néoformations malignes du système nerveux ou malformations congénitales ou procédure particulière ou CC sévères ».

Anomalies chromosomiques

Les données 2023 ont montré que les enfants atteints d'anomalies chromosomiques étaient sous-rémunérés. Les cas avec un syndrome de Down, par exemple, sont associés à une utilisation plus importante de ressources en clinique et ont également des durées de séjour plus longues. Les analyses ont montré que, outre les enfants, les adultes présentent souvent une utilisation plus élevée de ressources dans les DRG de base D30 « Diverses interventions sur l'oreille, le nez, la bouche et la gorge... », E70 « Coqueluche et bronchite aiguë » et E86 « Maladies et troubles des organes ».

respiratoires, un jour d'hospitalisation » en raison de maladies secondaires ou de complications de ces anomalies chromosomiques.

- Ainsi, certaines anomalies chromosomiques ont été incluses dans les conditions de split pour les DRG D30A, E70B et E86B avec les groupes de codes CIM suivants :
 - Q90.- « *Syndrome de Down* »
 - Q91.- « *Syndrome d'Edwards et Syndrome de Patau* »
 - Q92.- « *Autres trisomies et...* »
 - Q93.- « *Monosomies et délétions des autosomes,...* »

3.1.3 Représentation des cas coûteux

Thérapie cellulaire CAR-T

Les cas avec une thérapie cellulaire CAR-T/TIL présentaient une hétérogénéité remarquable en termes de coûts et de durée de séjour. Ces différences résultaient notamment du fait que la thérapie lymphodéplétante était pratiquée en stationnaire chez certains patients et en ambulatoire chez d'autres. Il en résulte des indications différentes dans les données.

- Les défis rencontrés dans le calcul des coûts de la thérapie cellulaire TIL ont pu être partiellement résolus grâce à des nombreuses demandes de renseignements auprès des utilisateurs. En conséquence, une rémunération supplémentaire a été établie pour la thérapie cellulaire TIL.
- Les cas avec une thérapie cellulaire CAR-T/TIL en combinaison avec une chimiothérapie au cours du même séjour présentent des coûts par cas et des durées de séjour plus élevés.
- En conséquence, le DRG A15A « *Transplantation de moelle osseuse ou transfusion de cellules souches,...* » a été révisé.
- Les cas avec une thérapie cellulaire CAR-T/TIL en lien avec une « *Chimiothérapie moyennement ou hautement complexe ou un isolement protecteur dans une chambre spéciale, à partir de 28 jours de traitement* » sont regroupés dans le DRG A15A.

Transplantation de cellules souches hématopoïétiques

On nous a demandé de vérifier la représentation des cas dans le DRG de base A04 « *Transplantation de moelle osseuse ou transfusion de cellules souches, allogène* ». En regroupant uniquement les cas avec « *Âge < 16 ans* » dans le DRG A04A, les cas avec un âge > 15 ans sont, selon le demandeur, sous-rémunérés.

- Des analyses ont montré des cas avec un rejet de greffe et une consommation élevée de ressources dans les DRG A04B et A04C.
- Le critère de split pour le DRG A04A a été élargi à « *PCCL > 5 et maladie du greffon contre l'hôte* ».
- La logique des cas avec une « *Maladie du greffon contre l'hôte* », qui étaient auparavant déplacés de la pré-MDC vers la MDC 17 « *Néoplasmes hématologiques et solides* », a été révisée.
- Pour la version 15.0, les cas présentant un « *Défaillance et rejet d'une greffe de cellules hématopoïétiques, allogène* » sont désormais exclus du déplacement.
- De ce fait et en raison de la nouvelle logique dans le DRG A04A, une revalorisation des cas du DRG A04C en A04B ou A04A a eu lieu.

Transplantations

Les analyses générales ont montré que le nombre de cas dans le DRG A05A « *Transplantation cardiaque ou pulmonaire ou séparation de jumeaux siamois avec traitement complexe de soins* »

intensifs > 1176/1380 points ou âge < 18 ans... » était trop faible pour le calcul, mais que les coûts de ces rares cas étaient nettement plus élevés que dans le DRG A05B.

- Les DRG A05A et A05B ont été fusionnés pour former le DRG A05Z « *Transplantation cardiaque ou pulmonaire ou séparation de jumeaux siamois, âge > 17 ans* ».
- La logique du DRG A05A a été intégrée dans le DRG de base A07 « *Traitement complexe de soins intensifs > 1470/2208 points... ou transplantation cardiaque ou pulmonaire ou séparation de jumeaux siamois avec situations particulières* ».
- Au sein du DRG de base A07, les cas se répartissent de manière appropriée sur la base des nombres de points du traitement complexe de soins intensifs ainsi que sur la base d'autres situations coûteuses.

Les conditions de split « *Traitement complexe de soins intensifs > 360 points ou avec rejet de la greffe ou avec autre transplantation d'organe particulière ou dialyse ou traitement complexe de soins intensifs particulier avec points de traitement complexe en unité de soins intermédiaires ou âge < 16 ans* » pour le DRG A01A se sont avérées ne plus être une caractéristique de séparation des coûts.

- Pour cette raison, les DRG A01A et A01B ont été fusionnés pour former le DRG A01Z « *Transplantation de cellules hépatiques ou de cellules d'îlots de Langerhans* ».

En outre, il s'est avéré que le critère de split dans le DRG A17A « *Transplantation rénale...* » ne représentait plus une consommation plus élevée de ressources.

- Les DRG A17A et A17B ont également été fusionnés pour former le DRG A17Z « *Transplantation rénale* ».

Traitement sous vide complexe

Au sein du DRG de base A90 « *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 ou réhabilitation précoce à partir de 7 jours de traitement, pour maladies particulières* » les analyses ont montré des cas sous-rémunérés.

- L'intégration du critère de split « *Traitement sous vide complexe [traitement sous vide I]* » dans le DRG A90B « *Traitement complexe en U-IMC > 1104 points ou procédure opératoire complexe ou plus de 8 séances d'irradiation ou réadaptation précoce à partir de 14 jours de traitement pour maladies particulières ou avec CC les plus sévères ou thérapie sous vide complexe...* » a permis d'obtenir une meilleure homogénéité des coûts au sein du DRG de base A90.

Interventions en plusieurs temps

Lors des analyses générales, il est apparu que le DRG de base A36 « *Traitement complexe de soins intensifs > 392/552 points pour maladies et troubles particuliers* » ne couvrait pas suffisamment les cas coûteux. Un examen plus approfondi de ces cas a révélé qu'il s'agissait le plus souvent de cas avec une intervention en plusieurs temps.

- Ces cas seront revalorisés à l'avenir par l'ajout d'un critère de split supplémentaire « *Procédures opératoires particulières en quatre temps* » pour le DRG A36A.

3.1.4 Médecine palliative

En général, les cas de médecine palliative sont rémunérés de manière appropriée par la structure tarifaire SwissDRG. La représentation de ces cas dans les cliniques universitaires reste un défi et ils représentent environ 25 % de tous les cas stationnaires de médecine palliative en soins somatiques aigus. De nombreux développements du Groupe au cours des dernières années n'ont pas permis une amélioration effective de la représentation de ce groupe de cas.

Suite aux analyses approfondies de cas dans le DRG de base A97 « *Traitement complexe de médecine palliative, à partir de 7 jours de traitement* », il est apparu qu'il y avait un ensemble de cas sur-rémunérés dans différents DRG. Parallèlement, nous avons reçu une demande d'examen de la

représentation des cas avec un « *Traitement de soins infirmiers complexes* » au sein du DRG de base A97.

- Les cas avec un « *Traitement de soins infirmiers complexes* » sont suffisamment rémunérés par la rémunération supplémentaire.
- Tous les critères de split avec un « *Traitement de soins infirmiers complexes* » ont été supprimés du DRG de base A97.
- Dans les données de 2023, les DRG A97D et A97E présentaient des coûts et des durées de séjour très similaires. Pour la version 15.0, ces deux DRG ont été fusionnés et le DRG A97F a été supprimé.
- Les cas avec un « *Traitement complexe de médecine palliative, à partir de 7 jours de traitement* » et avec la logique du DRG de base R50 sont désormais directement déplacés vers la MDC 17 « *Néoformations hématologiques et solides* » et y sont rémunérés de manière appropriée.

Afin de vérifier une meilleure rémunération, des simulations ont été effectuées avec une rémunération supplémentaire pour les traitements complexes spécialisés en médecine palliative. Parallèlement, il a été examiné la possibilité de supprimer le DRG de base A97 de la logique du Grouper et d'attribuer les cas aux MDC par organe selon le diagnostic principal.

Cette approche ne s'est toutefois pas révélée viable : la qualité de la représentation diminuerait avec une rémunération supplémentaire par rapport au regroupement actuel des cas dans le DRG de base A97. Cela signifie que les cas avec un traitement complexe de médecine palliative (CHOP 93.8A.2* ou 93.8B.2* à partir de 7 jours de traitement) continueront à être attribués au DRG de base A97.

À partir des données 2024, les brefs épisodes de traitement peuvent également être saisis selon CHOP 93.8A.2B « *...jusqu'à 3 jours de traitement* » et 93.8A.2C « *...d'au moins 4 à 6 jours de traitement* ». Dans le cadre du développement futur du système, il sera possible de vérifier si ces cas pourraient être mieux représentés.

En outre, une demande a été déposée auprès de l'OFS pour le catalogue CHOP 2026, afin de permettre une saisie différenciée par paliers hebdomadaires pour les traitements complexes avec plus de 28 jours de traitement.

3.1.5 Paraplégie

Depuis plusieurs versions, la paraplégie a toujours été un point clé lors de la révision de la nouvelle structure tarifaire. La version 15.0 a également fait l'objet de quelques travaux suite à des demandes et à nos propres analyses. Dans une demande il a été décrit quelle influence peut avoir la spasticité prolongée aux membres supérieurs dans les cas de paraplégie et que les interventions opératoires permettent d'obtenir un meilleur résultat que d'autres mesures thérapeutiques conservatrices. La plupart des cas avec un code CHOP pour « *Interventions multiples en un temps...* » 00.9C.- et 00.9E seraient sous-rémunérés et il a été demandé d'examiner les codes CHOP pour une revalorisation.

- Les cas avec les codes CHOP 00.9C.1- « *Interventions multiples en un temps sur la main* » et 00.9E « *Interventions multiples en un temps sur les muscles et les tendons* » sont associés à une utilisation plus importante de ressources et les codes ont été nouvellement inclus dans le A46D au sein du DRG A46.

Ces cas sont ainsi représentés de manière appropriée. En outre, dans le but d'identifier d'autres critères de séparation des coûts, des analyses ont été effectuées au sein du DRG de base A46. Dans ce contexte, certaines mesures prises sur le patient se sont révélées comme nécessitant beaucoup de ressources.

- Un nouveau split du DRG A46D a été créé, afin que les cas répondant aux critères suivants soient regroupés dans le DRG A46C :
 - « *Traitement sous vide* » ou
 - « *Traitement complexe de soins intensifs > 588/828 points* » ou
 - « *Traitement de soins infirmiers complexes à partir de 225 points* »

Le diagnostic de syndrome de la queue de cheval a été décrit dans une demande. Il a fait l'objet de réclamations en raison d'un regroupement différent selon que le code est codé en tant que diagnostic principal ou secondaire. De cette manière, un cas avec G83.4 comme diagnostic principal se retrouve dans le DRG B03, tandis que si G83.4 représente un diagnostic secondaire, selon l'intervention, le cas se retrouve dans un DRG de la MDC 08. Bien que ces cas collectifs représentent une ressource opératoire similaire à celle d'autres lésions transversales (G82), ces mêmes cas avec syndrome de la queue de cheval (G83.4-) sont rémunérés de manière inappropriée. Il a en outre été fait mention de l'inclusion dans le catalogue CIM, à un diagnostic du groupe G83.- qui inclut la paralysie. Un autre diagnostic du G82 ne peut donc pas être codé de manière additionnelle. Il a été demandé de représenter les interventions sur la colonne vertébrale pour ou avec des déficits neurologiques de manière homogène par groupe de cas, comme pour les autres affections de la colonne vertébrale.

- Les codes CIM G83.40/G83.41 « *Syndrome de la queue de cheval complet/incomplet* » ont été intégrés dans le DRG de base B61, où ils sont désormais revalorisés de manière appropriée.

Suite à des analyses internes, un tableau des diagnostics CIM a pu être complété dans le domaine de la paraplégie/tétraplégie.

- Les codes CIM suivants ont été intégrés dans le tableau de la paraplégie/tétraplégie chronique et regroupent ainsi, entre autres, dans le DRG B61 (ainsi que A94B, B71A ou J61A) :
 - G04.1 « *Myélopathie associée à un virus lymphotrope des lymphocytes T humains* »
 - G83.5 « *Locked-in syndrome [syndrome de déefférentation motrice]* »
 - G93.80 « *Syndrome apallique* »
 - P11.51 « *Lésion du rachis et de la moelle épinière due à un traumatisme obstétrical : Avec paraplégie chronique* »
 - P91.80 « *Syndrome d'enfermement et syndrome apallique chez le nouveau-né* »

Deux demandes ont décrit la situation des endoprothèses complexes dans les cas paraplégiques, mettant en particulier l'accent sur les prothèses de genou et de hanche. Ceux-ci seraient mieux rémunérés chez les patients non-paraplégiques que chez les patients paraplégiques (sans traitement complexe du patient paraplégique) dans le DRG B61.

- Les analyses ont montré qu'une revalorisation au sein du DRG B61 est appropriée.
- Ainsi, les DRG I46A/B « *Implantation d'une endoprothèse de hanche...* », I43A « *Endoprothèse du genou...* » ont été ajoutés comme condition de split dans le DRG B61C et
- le I95Z « *Endoprothèse pour tumeur...* » comme condition de split dans le DRG B61B.
- En raison d'une structure de coûts similaire et de l'absence de séparation des coûts, les DRG B61E et B61F (split « *Procédures particulières ou de complication* ») ont été fusionnés.

Parallèlement, deux demandes nous sont parvenues, dans lesquelles il était fait mention de complications qui devraient être revalorisées dans le DRG B61. D'une part, les décubitus ont été décrits comme nécessitant de ressources importantes et, d'autre part, les infections des os et des articulations devraient être vérifiées au sein du DRG B61.

- Après vérification, les codes CIM L89.2/.3 « *Ulcère de décubitus, stade 3 et 4* » ont été revalorisés dans les conditions du DRG B61B.
- Le DRG I12A « *Infection/inflammation des os et des articulations avec différentes interventions...* » a été ajouté comme condition pour le DRG B61D.
- En outre, la fonction « *Interventions sur plusieurs localisations* » a été représentée dans le B61D.
- Ainsi, ces cas sont revalorisés de manière appropriée.

Cette année encore, outre les DRG spécialisés pour les traitements complexes du patient paraplégique ou les interventions opératoires en cas de paraplégie, les cas présentant un diagnostic secondaire de lésion transversale avec des méthodes de traitement purement conservatrices ont été examinés. On a identifié ici des cas dans deux DRG pour lesquels une revalorisation à l'aide du tableau de diagnostic « *paraplégie/tétraplégie* » serait avantageuse :

- Cas avec diagnostic principal hypertension : le tableau de diagnostic « *paraplégie/tétraplégie* » a été utilisé comme critère de split pour le DRG F67A.
- Cas avec infections des organes urinaires : le tableau de diagnostic « *paraplégie/tétraplégie* » a été intégré comme critère de split dans le DRG L63C et revalorise ainsi ces cas.

3.1.6 Matrice CC

Les travaux concernant la matrice CCL, les tableaux d'exclusion et les splits par PCCL se sont poursuivis pour la version 15.0. Les nouvelles données et les nombreux conseils des utilisateurs ont conduit à une représentation encore plus différenciée des cas coûteux. Au total, 69 codes CIM ont été ajoutés à la matrice CC, dont beaucoup dans plus de trois DRG de base, tandis que 18 codes ont été supprimés. En outre, 71 codes CIM ont connu une revalorisation ou une dépréciation spécifique aux DRG. Dans le détail, il en a résulté 88 dépréciations et cinq revalorisations.

La logique des degrés de gravité a également été perfectionnée : au total, 21 splits par PCCL ont été établis ou révisés - dont douze splits nouvellement introduits et sept avec des adaptations ciblées. Deux splits par PCCL ont été supprimés en raison de l'absence de séparation des coûts dans les données 2023, afin d'augmenter encore le degré de séparation de la logique.

Dans le cadre de la procédure de demande, 28 demandes d'adaptation de la matrice CC ont été soumises au total. Parmi ces demandes, douze ont été largement mises en œuvre et 16 ont été rejetées. Les raisons en étaient notamment des données contradictoires sur des codes CIM identiques, des demandes parallèles de revalorisation et de dépréciation simultanées, ainsi que des demandes de revalorisation de codes CIM non spécifiques. Ces derniers - tels que les codes avec « *...non précisée* » - sont non seulement considérés comme médicalement peu pertinents, mais n'ont pas non plus pu démontrer une fonction de séparation des coûts suffisante dans les simulations et les analyses.

Les modifications apportées à la matrice CC sont documentées en détail dans la « *Liste des modifications dans la matrice CCL* ».

3.2 Révision de la classification DRG

3.2.1 Restructurations inter-MDC – pré-MDC

Radiothérapie

Les cas oncologiques avec irradiation multiple ne sont pas représentés de manière appropriée dans la pré-MDC dans le DRG de base A93 « *Radiothérapie, plus de 8 séances d'irradiation* ». C'est pourquoi un demandeur a demandé une vérification de la logique.

- Les analyses confirment cette affirmation. Le DRG de base R50 « *Chimiothérapie hautement complexe, deux séries de traitement ou chimiothérapie hautement complexe avec isolement protecteur à partir de 14 jours de traitement ou...* » a donc été exclu du DRG de base A93.
- La condition « *9 séances d'irradiation et plus* » a été intégrée dans le DRG R50A dans la MDC 17 « *Néoplasmes hématologiques et solides* ».
- De plus, le DRG R60A « *Leucémie myéloïde aiguë,...* » a été intégré dans le split pour le DRG A93A.

Thérapie par radioligands

Selon un demandeur, la structure tarifaire actuelle ne tient pas compte des différences de coûts des thérapies par ligands de PSMA dans le cas d'un « médicament prêt à l'emploi » et d'une « formule magistrale » dans le DRG de base A50 « *Thérapie par radioligands* ». Une vérification des données de coûts a donc été demandée.

- Pour la version 15.0, le code CHOP 92.28.6C « *Radiothérapie par ciblage de récepteurs par autres ligands du PSMA* » a été revalorisé dans le DRG A50C (médicament prêt à l'emploi).
- Le code CHOP 92.28.6B « *Radiothérapie par ciblage de récepteurs par 177Lu-PSMA I&T [177Lu-ITG-PSMA-1]* » regroupe dans le DRG A50D.

En outre, l'exclusion des cas avec une procédure opératoire du DRG de base A50 a été supprimée. Il s'est avéré dans les données que ces cas ne peuvent pas être représentés de manière à couvrir les coûts avec les coûts de thérapie dans les partitions opératoires des MDC par organe.

Réadaptation gériatrique aiguë

Un demandeur a requis la vérification des cas du DRG W61B « *Traumatisme multiple avec diagnostic de complication* » en lien avec une « *Réadaptation gériatrique aiguë à partir de 14 jours de traitement* ». Selon lui, ces cas seraient mieux représentés dans le DRG A95C.

- Suite à des demandes répétées, toutes les exceptions des MDC ont été retirées du DRG de base A95 « *Réadaptation gériatrique aiguë à partir de 7 jours de traitement* » déjà dès la version 14.0 et les cas ont été revalorisés directement au sein du DRG de base A95.
- L'examen des données a montré que cette procédure était également appropriée pour les cas de la MDC 21A « *Traumatisme multiple* ».
- Le DRG de base A95 a été exclu du déplacement pour les cas présentant un traumatisme multiple, de sorte que cet ensemble de cas est regroupé dans la version 15.0 dans le DRG de base A95.
- Au sein du DRG de base A95, le DRG de base W01 « *Traumatisme multiple avec procédure opératoire ou Halotraction ou traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 392/552 points ou réadaptation précoce à partir de 14 jours de traitement* » a été revalorisé dans le DRG A95A et le DRG W61B dans le DRG A95C.
- Lors des analyses de la demande, il est apparu que les cas avec une « *Gastroscopie ou coloscopie* » et une « *Réadaptation gériatrique aiguë, à partir de 7 jours de traitement* » étaient sur-rémunérés dans le DRG A95D. En conséquence, la condition « *OR ADRG (G46)* » a été supprimée de la logique pour le DRG A95D.

3.2.2 Autres restructurations indépendantes des MDC

Implants adaptés au patient

Déjà pour le développement du système 14.0, des demandes de revalorisation systématique du groupe de codes 00.9A.6* « *Utilisation d'implants et de guides adaptés au et fabriqués spécifiquement pour le patient* » ont été soumises. Par la suite, des codes spécifiques de ce groupe de codes ont été revalorisés pour différents DRG de différentes MDC.

Pour le développement 15.0, une telle adaptation a de nouveau été demandée. Le défi de la représentation de ces codes se trouve dans leur variabilité : selon le lieu d'utilisation, le même code peut entraîner des coûts nettement plus élevés dans un autre DRG ou une autre MDC.

Grâce à des analyses globales du système et à des simulations répétées, d'autres codes ont finalement pu être revalorisés et intégrés dans les DRG suivants :

- Dans les DRG B61D, D25A, R01A et U01A, les codes suivants ont été revalorisés :
 - 00.9A.61 « *Utilisation d'implants, spécifiques au patient, fabriqués en préopératoire par imagerie tridimensionnelle* »

- 00.9A.62 « *Utilisation d'implants, spécifiques au patient, adaptés en préopératoire par imagerie tridimensionnelle* »
- 00.9A.63 « *Utilisation peropératoire de guides de navigation (comprend : coupe, forage, le positionnement) de fabrication préopératoire, par imagerie tridimensionnelle, spécifiquement adaptés au patient* »
- 00.9A.64 « *Utilisation d'implants spécifiques au patient, fabriqués en préopératoire par imagerie 3D ainsi que par imprimante 3D* »
- Dans le DRG I32, un nouveau DRG à un jour d'hospitalisation a été créé : I32E « *Interventions sur le poignet et la main et procédés particuliers* », également avec la condition de split 00.9A.61-64.
- La revalorisation du code 00.9A.69 « *Utilisation d'implants et de guides adaptés au et fabriqués spécifiquement pour le patient, autre* » a été examinée à plusieurs reprises, mais n'a pas pu être mise en œuvre en raison de résultats insatisfaisants.

Concentré plaquettaire

Nous avons reçu une demande indiquant que le code 99.05.44 « *Transfusion de concentrés plaquettaires, 4 concentrés* » était possiblement surévalué. Suite à cette demande, l'ensemble du groupe de codes 99.05.4- a été examiné, ce qui a finalement conduit à une dépréciation des codes CHOP suivants dans tout le système :

- 99.05.41 « *Transfusion de concentré plaquettaire, 1 concentré* »
- 99.05.42 « *Transfusion de concentrés plaquettaires, 2 concentrés* »
- 99.05.43 « *Transfusion de concentrés plaquettaires, 3 concentrés* »
- 99.05.44 « *Transfusion de concentrés plaquettaires, 4 concentrés* »
- Aucune modification n'a été apportée pour les transfusions de cinq concentrés ou plus, car elles sont représentées de manière appropriée.

Implantation transluminale percutanée de stents

A la suite d'analyses, une divergence de représentation du groupe de codes 39.B* « *Implantation transluminale (percutanée) de stents...* » a été constatée dans le système tarifaire. Certains codes 39.B*, contrairement à d'autres, n'étaient pas représentés dans la fonction « *Procédures opératoires particulières* ».

- Les codes 39.B* manquants ont été intégrés dans la fonction « *Procédures opératoires particulières* ».
- Une exception a été faite pour les codes des groupes de codes suivants, car ils auraient autrement été surévalués dans cette fonction :
 - 39.B*.00 « *Implantation transluminale (percutanée) de stents..., SAP* »
 - 39.B*.09 « *Implantation transluminale (percutanée) de stents..., autre* »

Interventions endoscopiques sur le tractus gastro-intestinal

Une demande nous a été envoyée dans laquelle certaines opérations de drainage du tractus gastro-intestinal sont décrites comme sous-rémunérées. Les cas nécessitant une communication transluminale entre la paroi d'un organe du tractus gastro-intestinal et une cavité adjacente par endoscopie sont donc sous-rémunérés. On a demandé l'inclusion de procédés endoscopiques particuliers dans la fonction « *Procédures de complication* » afin que les cas se retrouvent dans les DRG conformes aux coûts.

- Suite à nos analyses, les procédures se sont avérées coûteuses, mais l'inclusion demandée dans la fonction « *Procédures de complication* » n'était pas appropriée.
- À la place, les codes CHOP suivants ont été revalorisés sous la forme d'un nouveau tableau dans les DRG suivants :

- 44.33 « Gastro-entérostomie sans gastrectomie, par endoscopie »
- 44.99.60 « Insertion ou remplacement de prothèse auto-expansible dans l'estomac, par endoscopie »
- 46.99.60 « Insertion ou remplacement de prothèse auto-expansible dans l'intestin, par endoscopie »
- 51.38.31 « Anastomose entre les voies biliaires et tractus gastro-intestinal, par voie endoscopique »
- 52.96.31 « Anastomose entre canal pancréatique et tractus gastro-intestinal, par endoscopie »
- dans le G46B « Gastroskopie, coloskopie... »
- dans le H64A « Affections de la vésicule biliaire et des voies biliaires... » et
- dans le H61A « Néof ormation maligne sur le système hépatobiliaire... ».

Protéines plasmatiques

En cas d'infection non précisée, le code CIM B99 « Maladies infectieuses, autres et non précisées » n'est souvent plus codé, mais le R77.88 « Autres modifications précisées des taux de protéines plasmatiques » lorsque le taux de la CRP est élevé. Par conséquent, la qualité de la représentation du groupe de codes R77.- « Autres modifications des taux de protéines plasmatiques » dans la MDC 17 a été vérifiée et différents déplacements ont été effectués afin d'éliminer cette incitation inopportune :

- Le code CIM R77.80 « Modification du taux d'antigène spécifique de la prostate [PSA] » a été déplacé de la MDC 17 vers la MDC 12, où il a été intégré dans le DRG de base M64Z « Autres maladies des organes génitaux masculins ».
- Les codes CIM suivants ont été déplacés vers la MDC 23, DRG Z65 « Troubles, symptômes, autres anomalies, etc. » :
 - R77.0 « Anomalie de l'albumine »
 - R77.1 « Anomalie de la globuline »
 - R77.88 « Autres modifications précisées des taux de protéines plasmatiques »
 - R77.9 « Anomalie des protéines plasmatiques, sans précision »
- Le code CIM R77.2 « Anomalie de l'alpha-fœtoprotéine » a été déplacé de la MDC 14 vers le DRG O65.

Systèmes de cathéters

Une autre demande portait sur une rémunération supplémentaire pour « Utilisation de systèmes retriever, selon le nombre » avec le groupe de codes CHOP 00.4F.1-, car ils ne sont généralement pas rémunérés de manière appropriée. L'avantage de cette méthode est qu'elle permet d'éliminer non seulement des thrombus récents, mais aussi des thrombus plus anciens.

- Avec le catalogue CHOP 2024, le groupe de codes CHOP 00.4F.1- « Utilisation de systèmes retriever, selon le nombre » sera étendu à « Utilisation de systèmes d'extraction de corps étranger et de thrombus guidés par cathéter » et le nombre de systèmes sera désormais différencié dans le groupe d'éléments 00.4F.2-.
- Ce groupe de codes CHOP n'a pas pu se qualifier pour une rémunération supplémentaire. Une évaluation de la consommation de ressources lors de l'utilisation de ces systèmes a toutefois été examinée pour l'ensemble des MDC. Les analyses ont montré qu'une utilisation supplémentaire de ressources est surtout visible dans la MDC 04 et la MDC 05.
- En outre, dans le cadre de ces analyses, une consommation de ressources plus élevée a été identifiée pour les groupes de codes CHOP 00.4H.13-16 et 00.4H.33-36 « Systèmes de microcathéters utilisés lors d'interventions vasculaires transluminales sur..., à partir de 3 systèmes ».
- Ainsi, les « Systèmes d'extraction de corps étranger et de thrombus guidés par cathéter » et les « Systèmes de microcathéters lors d'interventions vasculaires transluminales »

sur vaisseaux thoraciques, abdominaux et périphériques, à partir de 3 systèmes » en combinaison avec des interventions vasculaires sont désormais représentés de manière appropriée dans le DRG E02A.

- Au sein du DRG de base F59 « *Interventions vasculaires complexes ou moyennement complexes* », les groupes de codes CHOP 00.4F.1-, 00.4H.13-16 et 00.4H.33-36 ont été revalorisés comme suit :
 - en combinaison avec « *CC extrêmement sévères* » et « *Interventions vasculaires* » dans le DRG F59A
 - en combinaison avec « *Thrombectomies particuliers* » dans le DRG F59D.
- Et même dans le DRG de base F24 « *Angioplastie coronaire percutanée (ACTP)* », ces groupes de codes CHOP, en combinaison avec procédures de ballonnet ou de stent particulières, ont pu être revalorisés dans le DRG F24B.

Mesures d'isolement et traitements complexes d'agents infectieux multirésistants

En outre, une rémunération supplémentaire a été demandée pour différentes mesures d'isolement à partir de 7 jours de traitement, dont « *Isolement de contact* », « *Isolement contre l'infection par gouttelettes* », « *Isolement protecteur simple* » et « *Isolement protecteur dans une chambre spéciale* ».

- Puisqu'aucun de ces types d'isolement ne se prête à une rémunération supplémentaire, une revalorisation a été examinée au sein de la structure tarifaire.
- Il n'y aura pas de revalorisation pour les groupes de codes CHOP 99.84.2* « *Isolement contre l'infection par gouttelettes* » et 99.84.4* « *Isolement protecteur simple* ». L'utilisation supplémentaire de ressources, tout comme en partie la raison de l'isolement, n'était pas clairement visible.
- Pour l' « *Isolement de contact, à partir de 7 jours de traitement* » avec les codes CHOP 99.84.16-1F, une analyse pour l'ensemble des MDC a été effectuée, comme l'année dernière, et a pu être revalorisé dans les DRG de base suivants :
 - Revalorisation « *Isolement de contact, à partir de 7 jours de traitement* » :
 - A95 « *Réadaptation gériatrique aiguë à partir de 7 jours de traitement* »
 - B70 « *Apoplexie* »
 - D62 « *Epistaxis ou otite moyenne ou infections...* »
 - E71 « *Néoforations des organes respiratoires* »
 - J64 « *Infection/inflammation de la peau et du tissu sous-cutané* »
 - T61 « *Infections postopératoires et post-traumatiques* »
 - T64 « *Autres maladies infectieuses et parasitaires* »
 - Y02 « *Autres brûlures avec transplantation de peau ou...* »
 - Revalorisation « *Isolement de contact, à partir de 14 jours de traitement* » :
 - F13 « *Amputation lors de maladies cardio-vasculaires aux...* »
- Le groupe de codes CHOP 99.84.56-5F « *Isolement protecteur dans une chambre spéciale, à partir de 7 jours de traitement* » a également été examiné pour l'ensemble des MDC et revalorisé dans les DRG de base suivants :
 - Revalorisation « *Isolement protecteur dans une chambre spéciale, à partir de 7 jours de traitement* » :
 - E71 « *Néoforations des organes respiratoires* »
 - Q60 « *Affections du système réticulo-endothélial, du système immunitaire et...* »
 - R60 « *Leucémie myéloïde aiguë...* »
 - Revalorisation « *Isolement protecteur dans une chambre spéciale, à partir de 14 jours de traitement* » :
 - E71 « *Néoforations des organes respiratoires* »

Au cours de ces mêmes analyses, nous avons également identifié des cas avec le groupe de codes CHOP 93.59.51-53 « *Traitements complexes d'agents infectieux multirésistants, à partir de 7 jours de traitement* », qui n'ont pas été regroupés dans le DRG de base A94 en raison de procédures opératoires. De plus, nous avons reçu une demande concernant le DRG de base A94, dans laquelle il était expliqué que les cas avec le code CHOP 93.8C.1- « *Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce, selon le nombre de jours de traitement* » étaient sous-rémunérés. C'est pourquoi plusieurs analyses pour l'ensemble des MDC des traitements complexes et du DRG A94 ont été effectuées :

- Les analyses des données de l'année 2023 ont montré que les cas avec 93.8C.1- dans le DRG de base A94 sont rémunérés de manière appropriée.
- On a toutefois remarqué des cas avec le code CHOP 99.BA.1- « *Traitement neurologique complexe d'AVC aigu en stroke center [SC], au moins 24 heures et plus* » - qui n'étaient pas représentés de manière à couvrir les coûts.
- Ces cas ont pu être revalorisés dans le DRG A94C « *Traitement complexe en cas de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants à partir de 14 jours de traitement ou âge < 16 ans ou traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196/119 points ou diagnostics particuliers ou avec CC les plus sévères* ».
- En outre, des revalorisations de « *Traitements complexes d'agents infectieux multirésistants, à partir de 7 jours de traitement* » ont eu lieu pour :
 - G35 « *Traitement sous vide complexe pour maladies et troubles...* »
 - I08 « *Interventions particulières sur l'articulation de la hanche et le fémur...* »
 - Y02 « *Autres brûlures avec transplantation de peau ou...* »
- et une revalorisation du « *Traitements complexes d'agents infectieux multirésistants, à partir de 14 jours de traitement* » dans le DRG F13 « *Amputation lors de maladies cardio-vasculaires aux...* ».

Cryothérapie

Selon un demandeur, la cryothérapie (cryoablation) est un pilier établi du traitement des tumeurs et est codée avec le code CHOP 00.99.A7 « *Cryoablation* ». Elle permet de traiter les tumeurs bénignes et malignes. Comparée à d'autres procédés ablatifs, la cryoablation présente plusieurs avantages, comme par exemple la possibilité d'un contrôle précis ou l'utilisation simultanée de plusieurs aiguilles d'ablation pour les tumeurs de grande taille ou multiples. Une rémunération supplémentaire a été demandée pour le code CHOP 00.99.A7 « *Cryoablation* » en fonction du nombre d'aiguilles.

- Une rémunération supplémentaire pour le code CHOP 00.97.A7 « *Cryoablation* » n'a pas pu être établie. Cela s'explique notamment par l'absence de différenciation en fonction du nombre d'aiguilles et par le fait qu'il existe déjà des codes CHOP qui incluent la cryoablation spécifique à l'organe, mais pas pour tous les organes.
- Nous avons examiné la représentation de la cryothérapie pour l'ensemble des MDC et avons pu constater une consommation de ressources plus élevée, surtout dans les DRG de base E71 et L20. Nous avons également examiné les codes CHOP qui contiennent déjà la cryothérapie. Il s'est avéré que ces cas sont bien représentés dans les DRG correspondants ou présentent un nombre de cas très faible. Seuls les cas avec le code CHOP 50.27.33 « *Destruction locale de lésion ou de tissu du foie, par cryothérapie, percutanée* » étaient en partie sous-rémunérés, mais ce nombre de cas est tellement hétérogène qu'il n'a pas été possible de les revaloriser.
- L'intégration des groupes de codes CHOP 32.01.* « *Excision ou destruction endoscopique de lésion ou de tissu de bronche* » et 32.2A.* « *Excision et destruction locale de lésion ou de tissu de poumon* » dans le DRG E71B « *Néoformations des organes respiratoires avec CC extrêmement sévères ou bronchoscopie rigide ou procédure particulière...* » a également permis de revaloriser indirectement les cas avec cryothérapie.

- De même, les cas avec une cryothérapie ont été réévalués dans le DRG L20C « *Interventions transurétrales sauf résection de la prostate et urétérorénoscopies complexes avec lithotripsie extracorporelle par ondes de choc (LECOG), intervention particulière ou...* » et y sont représentés de manière appropriée.

Immunothérapie

Il nous a également été demandé d'examiner un regroupement de l'immunothérapie dans la pré-MDC, comme pour la radiothérapie. Nous avons effectué une analyse pour l'ensemble des MDC.

- Il s'est avéré que seuls certains codes du groupe de codes CHOP 99.28.1- « *Autres immunothérapies* » génèrent une utilisation supplémentaire de ressources évidente.
- Ainsi, seuls les codes CHOP 99.28.11-13 « *Autres immunothérapies...* » ont été intégrés comme « *Procédure non opératoire* » et établis comme condition de split dans les DRG suivants :
 - MDC 01 : DRG B71B avec « *PCCL > 2* »
 - MDC 01 : DRG B72A
 - MDC 04 : DRG E71A
 - MDC 09 : DRG J61B
 - MDC 10 : DRG K64A
 - MDC 10 : DRG K86A
- Cela a permis d'obtenir une représentation adéquate des immunothérapies avec des anticorps ou des immunomodulateurs.

Tumeurs secondaires

Dans le cadre de diverses analyses, on a identifié des cas avec tumeurs malignes secondaires qui étaient jusqu'à présent représentés dans la MDC 17. En raison des procédures respectives, cela n'a pas semblé pertinent sur le plan médical.

- Les codes CIM suivants ont été déplacés dans les tableaux de diagnostics principaux des MDC par organe :
 - C79.83 « *Tumeur maligne secondaire du péricarde* » dans la MDC 05
 - C79.85 « *Tumeur maligne secondaire du tissu conjonctif et d'autres tissus mous du cou* » dans la MDC 03
 - C79.86 « *Tumeur maligne secondaire du tissu conjonctif et d'autres tissus mous des membres* » dans la MDC 08.
- Au sein des MDC, ces codes CIM sont désormais représentés de manière appropriée.

3.2.3 MDC 01 Maladies et troubles du système nerveux

Dans le cadre du traitement des demandes, il est apparu que certains cas n'étaient pas représentés de manière appropriée dans le DRG B01B.

- Les analyses ont montré qu'il s'agissait de cas avec procédures opératoires complexes en plusieurs temps et, en plus, interventions intracrâniennes complexes ou grandes interventions sur la colonne vertébrale.
- Ces combinaisons ont été intégrées comme nouvelle condition de split pour le DRG B01A « *Procédures opératoires complexes en plusieurs temps ou interventions extracrâniennes et intracrâniennes pour maladies et troubles du système nerveux,...* ».
- De même, les enfants avec « *Âge < 16 ans* » ont été revalorisés dans le DRG B01A.

Selon un demandeur, les cas présentant des problèmes neurologiques, y compris les interventions sur la moelle osseuse, ne sont pas représentés de manière adéquate. Il a demandé que le groupe de codes CHOP 00.94.3- « *Monitoring neurophysiologique peropératoire, > 4 heures* » et le code CIM D36.1 « *Tumeur bénigne : Nerfs périphériques et du système nerveux autonome* » soient revalorisés dans le

DRG B03A « *Interventions opératoires pour affection cérébrale ou dystrophie musculaire, ou interventions sur la colonne vertébrale et la moelle osseuse, et...* », afin que les interventions longues et coûteuses soient mieux représentées.

- Le code CIM D36.1 ne s'est pas avéré être un séparateur de coûts approprié.
- Une revalorisation du groupe de codes CHOP 00.94.3- dans le DRG B03A s'est avérée appropriée et, en conséquence, a été mise en œuvre.
- Dans le cadre des analyses, il est également apparu que les cas des DRG B03A et B03B étaient très hétérogènes. Une fusion des deux DRG a donc semblé pertinente.
- Les DRG B03A et B03B ont été fusionnés pour former le DRG B03A « *Interventions opératoires pour affection cérébrale ou dystrophie musculaire, ou interventions sur la colonne vertébrale et la moelle osseuse, et traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en U-IMC chez l'adulte >119 points ou âge < 16 ans ou monitoring intraopératoire* ».

Lors du développement de la structure tarifaire, des cas sous-rémunérés au sein du DRG B09D et du DRG B20D avec un PCCL de 3 ont été remarqués.

- Outre la revalorisation du traitement complexe de soins intensifs et du traitement complexe en unité de soins intermédiaires et des malformations congénitales/anomalies morphologiques de la tête au sein du DRG de base B09, un nouveau split par PCCL > 2 a été établi pour le DRG B09C.
- Un split par PCCL > 2 a également été intégré pour le DRG B20C.

Dans deux demandes, on a signalé que la différence de coûts entre les neurostimulateurs rechargeables et non rechargeables n'était pas représentée dans le système. Selon les demandeurs, cela conduit à une sous-rémunération des cas avec des stimulateurs rechargeables et constitue une incitation inopportune à l'implantation de stimulateurs non rechargeables (meilleure couverture des coûts, traitements hospitaliers répétés avec augmentation du nombre de cas).

- Les données de l'année 2023 pour toute la Suisse ont confirmé que les coûts des systèmes à plusieurs électrodes rechargeables, en particulier des neurostimulateurs intracrâniens, sont plus élevés que ceux des systèmes non rechargeables.
- Un nouveau DRG B21A a été établi, dans lequel sont regroupés les cas avec implantation/changement d'électrodes d'un neurostimulateur intracrânien et les codes CHOP 02.97.14 « *Implantation ou remplacement d'un neurostimulateur pour neurostimulation intracrânienne, système à plusieurs électrodes, rechargeable, omnidirectionnel* » ou 02.97.15 « *Implantation ou remplacement d'un neurostimulateur pour neurostimulation intracrânienne, système à plusieurs électrodes, rechargeable, bidirectionnel* ».
- Dans le nouveau DRG B21C, toutes les implantations/remplacements de neurostimulateurs avec un système à plusieurs électrodes rechargeables sont désormais représentés de manière appropriée.

Les conditions de split « *Traitement neurologique complexe > 72 heures et procédure opératoire particulière ou traitement complexe de soins intensifs > 119 points* » pour le DRG B39B ne se sont plus avérées être une caractéristique claire de séparation des coûts.

- Les DRG B39B et B39C ont été fusionnés pour former le DRG B39B « *Traitement neurologique complexe d'accident vasculaire cérébral aigu avec intervention opératoire* ».

Dans une demande, on a signalé que certains groupes de cas sont sous-rémunérés dans le DRG de base B66 « *Néoformations du système nerveux ou coma ou état stuporeux, d'origine non traumatique* ». Le demandeur a mentionné des diagnostics principaux qui pouvaient être attribués principalement aux néoformations du système nerveux et aux autres affections cérébrales.

- L'ajout de la fonction globale « *Situations coûteuses pour néoformation maligne* » pour le DRG B66A a permis de revaloriser les cas coûteux de néoformations malignes du système nerveux.
- Des cas sous-rémunérés au sein du DRG de base B66 ont également profité de la revalorisation des codes CIM suivants dans la matrice CC et dans le split par PCCL déjà existant pour le DRG B66A :
 - G93.0 « *Kystes cérébraux* »
 - G93.2 « *Hypertension intracrânienne bénigne [hypertension intracrânienne idiopathique]* »
 - G93.5 « *Compression du cerveau* »
 - G93.6 « *Œdème cérébral* »
 - G93.7 « *Syndrome de Reye* »
- Dans les analyses, nous avons observé en outre des cas avec les diagnostics principaux R40.0 « *Somnolence* » et R40.1 « *Stupeur* » qui, contrairement aux autres diagnostics principaux, étaient sur-rémunérés, ce qui a entraîné des incitations inopportunes dans le codage. Ces diagnostics ont été déplacés dans le tableau des diagnostics principaux du DRG de base B64 « *Délire* », où ils sont désormais représentés de manière appropriée.

Les données de 2023 montraient de nombreux cas sur-rémunérés dans le DRG de base B67 « *Maladie de Parkinson ou traitement complexe des atteintes motrices extrapyramidales...* » avec le code CHOP 89.1A.11 « *Réglage par le neurologue des paramètres de stimulation, durée plus de 5 jours* », mais aussi des cas sous-rémunérés dans les DRG B67B et B67C. Les analyses ont permis d'identifier clairement comme séparateur de coûts l'instauration du traitement de la maladie de Parkinson au stade avancé avec une pompe à apomorphine.

- Désormais, le code CHOP 89.1A.11 « *Réglage par le neurologue des paramètres de stimulation, durée plus de 5 jours* » n'est regroupé dans le DRG B67B qu'en combinaison avec une maladie de Parkinson avec un handicap modéré à lourd.
- En outre, le code CHOP 99.2B.11 « *Instauration du traitement de la maladie de Parkinson au stade avancé avec une pompe à apomorphine* » a été intégré comme condition de split pour le DRG B67B.

Les analyses ont montré une dispersion élevée des coûts dans les DRG B70C et B70D. Une demande a également été soumise pour le DRG de base B70 « *Apoplexie* », demandant de réduire les splits par PCCL au sein du DRG de base, car les cas avec un PCCL de 3 sont sous-rémunérés.

- L'abaissement des splits par PCCL ne s'est pas avéré approprié et aucun autre séparateur de coûts n'a pu être identifié en dehors des traitements de soins intensifs ou des traitements complexes en unité de soins intermédiaires et de l'isolement de contact > 7 jours de traitement, déjà mentionnés ci-dessus.
- Les analyses approfondies ont toutefois montré qu'un groupe de cas au sein du DRG B70C présentait des coûts similaires à ceux des cas du DRG B70B. Ainsi, les cas avec « *autre traitement neurologique complexe > 72 heures ou CC extrêmement sévères et plus d'un jour d'hospitalisation* » sont désormais aussi regroupés dans le DRG B70B.
- Il en va de même pour un groupe de cas du DRG B70D avec « *autre traitement neurologique complexe < 73 heures ou diagnostic neurologique complexe et plus d'un jour d'hospitalisation* » ; ce groupe de cas est désormais représenté de manière appropriée dans le DRG B70C.

Un utilisateur a demandé d'examiner différents codes CIM et CHOP ainsi qu'un split par PCCL > 2 en tant que conditions de split dans le DRG de base B71 « *Affections des nerfs cérébraux et périphériques* ». Finalement, les situations suivantes se sont avérées être des séparateurs de coûts clairs et ont été intégrées dans les conditions de split pour le DRG B71A :

- Fonction globale « *Procédures de complication* »
- « *Diagnostic neurologique complexe avec CC sévères* »
- « *Immunothérapie par anticorps particuliers/immunomodulateur et CC sévères* »
- « *Âge < 16 ans* ».

Selon un demandeur, des cas dans le DRG de base B72 « *Infection du système nerveux sauf méningite virale* » avec certains CIM ou codes CHOP ou un PCCL de 3 sont sous-rémunérés, raison pour laquelle on a nous demandé d'examiner ces situations.

- Les codes CIM mentionnés ne se sont pas révélés être des séparateurs de coûts appropriés.
- Pour l'immunothérapie par anticorps particuliers/immunomodulateur, une consommation de ressources plus élevée était clairement visible et a été ajoutée comme condition de split pour le DRG B72A.
- L'abaissement du split par PCCL à « *PCCL > 2* » pour le DRG B72A s'est avéré approprié et, en conséquence, a été mis en œuvre.

Deux demandes nous sont parvenues concernant la vérification des critères de split au sein du DRG de base B76 « *Crises convulsives ou vidéo-EEG ou traitement complexe pour épilepsie à partir de 7 jours de traitement...* ». Dans la première demande, le traitement complexe en soins intensifs ou traitement complexe en unité de soins intermédiaires en association à un diagnostic intensif non invasif par vidéo-EEG < 120 heures devait être revalorisé dans le DRG B76A. Dans la deuxième demande, le demandeur a indiqué que les cas avec un diagnostic intensif non invasif par vidéo-EEG jusqu'à 48 heures présentent un cost-weight plus élevé dans le DRG B76F que les cas de plus de 48 heures dans le DRG B76E et qu'il s'agit d'un remboursement inférieur pour des prestations supplémentaires.

- Les cas dans le DRG B76F présentent des coûts plus élevés, mais la durée moyenne de séjour est plus longue.
- Les cas du DRG B76E reçoivent plus tôt un supplément pour les high-outliers.
- En outre, le DRG B76F comprend des cas présentant diagnostics particuliers ou diagnostics qui n'ont pas nécessairement fait l'objet d'un diagnostic intensif non invasif par vidéo-EEG. Les groupes de cas dans les DRG B76E et B76F se distinguent non seulement par les coûts, mais aussi par le traitement médical. Il ne s'agit pas d'un remboursement inférieur pour des prestations supplémentaires.
- Les analyses ont toutefois permis d'identifier un séparateur de coûts et le groupe de codes CHOP 99.A3.11-13 « *Diagnostic neuropédiatrique complexe, avec...* » a ainsi été revalorisé dans le DRG B76C.

En outre, il a été demandé de revaloriser le code CIM G92.0 « *Encéphalopathie toxique sous immunothérapie* » en tant que diagnostic complexe dans le DRG B81A « *Myélopathies vasculaires ou autres affections du système nerveux avec diagnostic complexe ou...* » et d'abaisser le split par PCCL existant de > 3 à PCCL > 2.

- Dans les données de 2023, seul un petit nombre de cas avec une encéphalopathie toxique était visible dans le DRG de base B81 et il est représenté de manière adaptée aux coûts dans le DRG B81B.
- Un abaissement du split par PCCL à > 2 ne s'est pas avéré approprié.
- Dans les analyses, nous avons toutefois vu d'autres cas sous-rémunérés dans le DRG B81C.
- L'intégration d'un nombre de points plus faible de traitement complexe en soins intensifs et en unité de soins intermédiaires pour les nouveau-nés et les enfants dans les conditions de split pour les DRG B81A/B a permis de revaloriser ces cas.

Une autre demande portait sur la revalorisation de certains codes CIM et CHOP au sein du DRG de base B85 « *Maladies dégénératives du système nerveux ou paralysies cérébrale* » et sur l'examen d'un split par PCCL.

- Tous les codes CIM et procédures mentionnés ont été vérifiés.
- Seuls les codes CIM G23.3 « *Atrophie multisystématisée de forme cérébelleuse [AMS-C]* » et G72.4 « *Myopathie inflammatoire, non classée ailleurs* » se sont révélés être des séparateurs de coûts appropriés.
- Ainsi, une revalorisation de ces codes CIM en tant que diagnostic de complication a été effectuée dans le DRG B85A « *Maladies dégénératives du système nerveux avec CC extrêmement sévères ou diagnostics de complication ou acte diagnostique neurologique complexe, ou...* ».
- Les cas avec un PCCL de 3 dans le DRG B85B ont des coûts très hétérogènes et un abaissement du split par PCCL à > 2 pour le DRG B85A n'a donc pas pu être mis en œuvre.

Un demandeur a indiqué que les cas avec un traitement complexe de soins intensifs avec un jour d'hospitalisation dans le DRG B86B « *Maladies et troubles du système nerveux, un jour d'hospitalisation* » présentaient des coûts plus élevés que les cas sans traitement complexe de soins intensifs et a nous demandé une vérification des conditions de split. Une autre demande a été déposée pour les coûts hétérogènes dans le DRG B86B en rapport avec les diagnostics principaux. Dans cette demande, divers diagnostics étaient mentionnés.

- Les analyses ont montré qu'un autre groupe de cas présentait une consommation de ressources aussi élevée que le traitement complexe en soins intensifs et le traitement en unité de soins intermédiaires. Un nouveau DRG B86A a donc été établi dans lequel sont désormais représentés les cas avec un traitement complexe en soins intensifs ou un traitement en unité de soins intermédiaires > 65/59 points ou avec un diagnostic intensif non invasif par vidéo-EEG de 24 à 48 heures.
- Les diagnostics mentionnés dans la deuxième demande ne se sont pas tous révélés être des séparateurs de coûts appropriés. Il a toutefois été possible de revaloriser les cas avec fractures du crâne ou avec lésions intracrâniennes dans le DRG B86B. Les cas qui ont reçu des premiers soins et qui ont ensuite été transférés ont également été regroupés dans ce DRG.
- De plus, les néoformations bénignes du système nerveux ont été réévalués dans le DRG B86B, car ils n'étaient pas représentés de manière adéquate dans le DRG B86C.

3.2.4 MDC 02 Maladies et troubles de l'œil

Sur la base des données nationales suisses de l'année 2023, les conditions de split « *Interventions sur le cristallin ou le vitré* » pour le DRG C03B ne se sont plus avérées être des caractéristiques claires de séparation des coûts.

- Les DRG C03B et C03C ont été fusionnés pour former le DRG C03B « *Interventions sur la rétine, la choroïde et la chambre postérieure de l'œil avec intervention sur le cristallin ou le vitré* ».

3.2.5 MDC 03 Maladies et troubles de l'oreille, du nez, de la bouche et de la gorge

Des analyses ont montré que le code CHOP 21.86.10 « *Rhinoplastie limitée, nez externe* » n'est pas rémunéré de manière appropriée.

- Le code a été intégré dans le DRG D38A « *Interventions très complexes sur le nez* ».
- Ainsi, les cas concernés et coûteux ont bénéficié d'une rémunération plus élevée.

Les DRG D62 « *Epistaxis ou otite moyenne ou infections des voies respiratoires supérieures et âge > 2 ans* » et D63Z « *Otite moyenne ou infections des voies respiratoires supérieures, âge < 3 ans* » sont des DRG hybrides qui, selon une demande, présentent des faibles taux de couverture. Il a donc été proposé de séparer les cas de patients sur la base de leur diagnostic principal et de les attribuer à la MDC 03 dans le DRG D62 et à la MDC 04 dans le DRG E70. En même temps, le DRG D63Z devrait être entièrement supprimé.

- Un examen complet de la séparation des cas et de leur réaffectation dans les MDC 03 et 04, aussi bien dans le DRG E70 que dans d'autres DRG appropriés, n'a donné de résultats positifs dans aucune des simulations effectuées. Cette approche n'a donc pas été poursuivie.
- Les DRG D63Z et D62 ont été fusionnés pour former le DRG D62 et les conditions de split ont été redéfinies au sein de ce DRG :
 - La condition de split « *Âge > 2 ans* » a été supprimée du DRG D62 de base.
 - Le split pédiatrique « *Âge < 12 ans* » a été supprimé du split pour le DRG D62A et, à la place, les isolements de contact à partir de sept jours de traitement ont été inclus.
 - Un nouveau DRG D62B a été conçu dans lequel les enfants de moins de 16 ans sont regroupés.
 - Le DRG D62B existant a été transformé en un nouveau DRG D62C avec les mêmes conditions.

3.2.6 MDC 04 Maladies et troubles des organes respiratoires

Dans le cadre des analyses d'une demande, il est apparu une surévaluation du code CHOP 32.01.13 « *Excision ou destruction endoscopique de lésion ou de tissu de bronche, thermoplastie bronchique* » dans le DRG de base E02.

- Ce code CHOP a été supprimé du DRG de base E02 « *Autres procédures opératoires sur l'appareil respiratoire ou intervention coûteuse sur les bronches* ».

Au cours du développement de la structure tarifaire, il est apparu que certains codes CHOP pour les pleurectomies n'étaient pas représentés dans le DRG de base E33 « *Procédures opératoires complexes en plusieurs temps ou pleurectomie pour mésothéliome pleural malin* ».

- Les codes CHOP suivants ont été intégrés dans le DRG de base E33 :
 - 34.51.11 « *Pleurectomie radicale et décortication du poumon et de la paroi thoracique, sans résection du péricarde ou du diaphragme, chirurgicale ouverte* »
 - 34.51.12 « *Pleurectomie radicale et décortication du poumon et de la paroi thoracique, avec résection du péricarde, chirurgicale ouverte* »
 - 34.51.16 « *Pleurectomie subtotal et décortication, chirurgicale ouverte* »
 - 34.51.99 « *Pleurectomie et décortication pulmonaire chirurgicale ouverte, autre* »
- Cela a conduit à une représentation adéquate des cas de mésothéliome pleural et de pleurectomie dans la MDC 04.

Dans le cadre de la procédure de demande, on nous a été demandé de procéder à un examen de l'homogénéité du DRG de base E36 « *Maladies et troubles des organes respiratoires avec traitement complexe de soins intensifs > 130/184 points ou procédure opératoire particulière en quatre temps* » en vue d'un abaissement ou de la création de nouveaux splits par PCCL.

- Un abaissement du split par PCCL existant > 5 pour le DRG E36A ne s'est pas avéré approprié.

- Pour le DRG E36C, un nouveau split par PCCL > 4 a toutefois pu être établi. Les cas nécessitant des ressources plus élevées ont ainsi été revalorisés.

Un demandeur a indiqué dans sa demande que le codage d'une assistance respiratoire par lunettes nasales haut débit (DRG E65A) et des points de dépense peu élevés de soins intensifs ou de traitement complexe en unité de soins intermédiaires (DRG E87B) réduirait le cost-weight des coûts et qu'il s'agissait d'une dépréciation pour prestation supplémentaire.

- Cet état de fait résulte de l'ordre de consultation. Le DRG de base E87 avec des points de dépense peu élevés de soins intensifs/de traitement complexe en unité de soins intermédiaires est consulté avant le DRG de base E65.
- Les DRG du DRG de base E87 « *Maladies et troubles des organes respiratoires avec traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 65/59 points* » ont cependant des durées de séjour plus courtes, et les cas bénéficient ainsi plus tôt d'un supplément pour les high-outliers. Une modification de l'ordre de consultation ne s'est pas avérée appropriée.
- Dans les données 2023, il est également apparu que la plupart des cas avec assistance respiratoire par lunettes nasales haut débit et un traitement complexe de soins intensifs/en unité de soins intermédiaires sont bien représentés dans les DRG correspondants.
- Dans le cadre des analyses, nous avons toutefois vu des groupes de cas très hétérogènes au sein du DRG de base E65 « *Maladies chroniques obstructives des voies respiratoires* » et par conséquent, les restructurations appropriées suivantes ont été effectuées au sein du DRG de base E65 :
 - Déplacement de l'isolement de contact, à partir de 7 jours de traitement dans le DRG E65A
 - Suppression de la fonction « *Procédures de complication* » du DRG E65A
 - Liaison des conditions de split restantes pour le DRG E65A avec « *plus d'un jour d'hospitalisation* »
 - Revalorisation des bronchoscopies dans le DRG E65A (auparavant uniquement bronchoscopie rigide)
 - Suppression du split par PCCL pour le DRG E65B

A la suite d'analyses d'une demande de revalorisation de certaines maladies tuberculeuses dans la matrice CC, on a remarqué des cas sous-rémunérés dans le DRG E76B « *Tuberculose, plus de 14 jours d'hospitalisation, âge > 15 ans* », qui ont reçues une intervention opératoire.

- L'ajout de la condition de split « *ou procédure opératoire* » pour le DRG E76A a permis de représenter ces cas de manière adéquate.

Lors des analyses relatives aux revalorisations des isolements, des excisions pulmonaires et de l'immunothérapie au sein du DRG de base E71 « *Néoformations des organes respiratoires* », déjà décrites au chapitre 3.2.2, d'autres cas sous-rémunérés ont été remarqués.

- La fonction globale « *Situations coûteuses pour néoformation maligne* » a été intégrée dans la condition de split pour le DRG E71B.
- De même, pour le DRG E71B, un split pédiatrique « *Âge < 16 ans* » a été ajouté.

On a remarqué des groupes de cas hétérogènes dans le DRG de base E86 avec un jour d'hospitalisation. Dans le DRG E86A, ce sont surtout les cas avec une chimiothérapie non complexe qui étaient nettement sur-rémunérés. En revanche, dans le DRG E86C, nous avons identifié des cas sous-rémunérés, qui présentaient surtout certaines anomalies chromosomiques déjà mentionnées au chapitre 3.1.2.

- Désormais, seules les chimiothérapies moyennement complexes sont regroupées dans le DRG E86A avec le code CHOP 99.25.52 « *Chimiothérapie moyennement complexe et intensive* ».
- Les anomalies chromosomiques particulières ont été revalorisées dans le DRG E86B et mis au même niveau que la para/tétraplégie.
- Dans les analyses, nous avons également remarqués des cas sous-rémunérés dans le DRG E86C avec des embolies pulmonaires qui ont été soit surveillées, soit transférées le lendemain dans un autre hôpital. Ce groupe de cas est désormais regroupé dans le DRG E86B.
- Ces restructurations ont conduit à une amélioration de la qualité totale dans le DRG de base E86.

Dans les données 2023, des cas sur-rémunérés étaient visibles dans le DRG E87A « *Maladies et troubles des organes respiratoires avec traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en U-IMC chez l'adulte > 119 points ou âge < 16 ans ou...* ».

- Il s'agissait de low-outliers avec « *CC extrêmement sévères* » qui, malgré la réduction pour low-outliers, étaient toujours sur-rémunérés.
- En associant le split par PCCL > 3 et « *plus d'un jour d'hospitalisation* », ce problème a pu être résolu.
- Dans le cadre de ces restructurations, la prestation de base « *Soins palliatifs spécialisés, à partir de 7 jours de traitement* » a été supprimée du DRG E87A.

3.2.7 MDC 05 Maladies et troubles de l'appareil circulatoire

Après le développement du système 14.0, il a été prévu, pour le développement de la version 15.0, de vérifier la représentation des codes 39.56.3* « *Réparation de vaisseaux thoraciques avec patch de tissu* » dans le système. Cela a entraîné plusieurs modifications :

- Le groupe de codes 39.56.3- a été supprimé du DRG de base F59 ainsi que du DRG F59F qui lui était attribué.
- Le groupe de codes a été intégré dans le DRG de base F31 ainsi que dans le DRG F31C et le DRG F90A.
- De plus, avec son intégration dans le DRG F06B, le code 39.56.31 « *Réparation de l'aorte thoracique avec patch de tissu* » a été mis au même niveau que les autres codes du groupe 39.56.3-.

Il a été décrit dans une demande que, dans le cadre d'une chirurgie cardiaque à cœur ouvert, une ablation à cœur ouvert est de plus en plus souvent réalisée simultanément lors de tachyrythmie. L'utilisation supplémentaire de ressources intra-opératoire dû à cette mesure ablatrice supplémentaire ne serait toutefois pas pris en compte dans la logique du DRG. Afin de pouvoir représenter de manière adéquate les ablations à cœur ouvert au cours d'une chirurgie cardiaque à cœur ouvert, il convient donc d'examiner l'intégration des codes 37.33.10, 37.33.11 et 37.33.19 « *Excision ou destruction d'éléments du système de conduction des stimuli, par voie ouverte,...* » dans le tableau F03-17.

- Après un examen minutieux, les deux codes CHOP 37.33.11 « *Excision ou destruction d'éléments du système de conduction des stimuli, par voie ouverte, techniques d'ablation pour le traitement de tachyrythmie* » et 37.33.19 « *Excision ou destruction d'éléments du système de conduction des stimuli, par voie ouverte, autre* » ont été intégrés dans le tableau F03-17.
- L'inclusion du code 37.33.10 « *Excision ou destruction d'éléments du système de conduction des stimuli, par voie ouverte, SAP* » a été examinée, mais n'a pas été intégré dans le tableau en raison de résultats insuffisants.

Selon un demandeur, les patients atteints de pied diabétique pour lesquels des mesures combinées angiologiques et chirurgicales sont effectuées au cours d'un séjour ne sont pas rémunérés de manière appropriée. Une intervention chirurgicale, telle qu'une amputation, est souvent précédée d'une

intervention angiologique, telle qu'une angioplastie transluminale percutanée ou une pose de stent, pour améliorer la perfusion.

Une possible solution pour l'examen de l'homogénéité du DRG F13C serait de tenir compte des interventions en plusieurs temps en contrôlant au moins deux traitements avec un intervalle d'au moins un jour. Si le nombre de cas n'était pas suffisant pour un nouveau DRG, l'ordre de consultation pourrait être adapté de manière à ce que les interventions en plusieurs temps soient examinées avant la condition « *PCCL > 3* », afin de garantir une répartition plus équitable des coûts.

- L'examen de l'homogénéité du DRG F13C concernant la séparation des coûts pour les interventions de réparation ou de révision en plusieurs temps a montré que l'introduction d'un nouveau DRG n'était pas réalisable en raison d'un nombre de cas insuffisant.
- L'adaptation de l'ordre de consultation, qui prend en compte les interventions en plusieurs temps avant l'examen du split par PCCL, a toutefois permis d'améliorer la rémunération des cas concernés et a donc été mise en œuvre.

Nous avons reçu plusieurs demandes concernant la représentation des Drug Coated Ballons (DCB), des Drug Eluting Stents (DES) ainsi que l'examen d'une rémunération supplémentaire pour les stents biorésorbables (SBR) dans le DRG F24. En outre, des demandes externes concernant la logique au sein du F24 ont montré qu'il existait ici quelques imprécisions et confusions.

Des analyses de cas internes du F24 ont permis de constater que le groupe de codes 39.C1* « *Nombre de stents implantés* » était codé à tort en combinaison avec 36.08.2- « *Implantation par voie transluminale percutanée de stents avec libération de substances médicamenteuses, dans les artères coronaires* » (DES) pour indiquer le nombre de stents, au lieu de coder plusieurs fois 36.08.2-. Dans la CHOP, sous 39.C1* il y a une exclusion qui exclut le codage supplémentaire d'un code 36.08*. Ce codage erroné a conduit à la classification dans des DRG mieux évalués au sein du F24 et donc à une revalorisation inappropriée de cas mal codés.

Comme il existe des cas combinés dans lesquels il y a à la fois une implantation de DES et une implantation de stent dans les vaisseaux périphériques et qu'il serait donc nécessaire de coder un code 39.C1*, ces codes étaient jusqu'à présent inclus dans le DRG F24. Afin de minimiser à l'avenir les incitations inopportunes et de rendre la représentation du DRG F24 plus compréhensible, il a été décidé, pour le développement du système 15.0, de supprimer tous les codes 39.C1* du DRG F24 et d'optimiser la logique au sein du DRG F24 par diverses adaptations :

- Le F24B inférieur existant et les deux F24C ont été fusionnés pour former le F24B.
- Les deux F24D existants ont été fusionnés pour former le nouveau F24C.
- Les DRG F24E et F24F ont été fusionnés pour former le nouveau DRG F24D.
- Les cas d'insuffisance totale NYHA III/IV continuent à être regroupés dans les DRG F24B ou F24C, mais plus dans le nouveau DRG F24D.
- Le code 00.66.3A « *Intervention vasculaire transluminale percutanée sur les coronaires par les collatéraux du vaisseau correspondant* » a été intégré dans le DRG F24C.
- Afin que le code CHOP 00.66.37 « *Intervention vasculaire transluminale percutanée sur les coronaires par lithotripsie* » soit mis sur le même niveau, le code 00.66.38 « *Intervention vasculaire transluminale percutanée sur les coronaires, thrombolyse sélective* » a été intégré dans le tableau F24-10.
- Les cas combinés de 00.66.21 « *Angioplastie coronaire [PTCA] à ballonnet libérant des substances médicamenteuses* », 00.4C.1- « *Insertion ballonnets libérant des substances médicamenteuses, nombre* » (DCB) et DES ont été revalorisés au sein du DRG F24.
- Les stents biorésorbables codés avec 36.08.2- pour le DES plus le code supplémentaire pour le matériel, 39.C2.11 « *Stent biorésorbable* », ont été analysés. Les analyses ont montré que la majorité des cas sont rémunérés de manière appropriée, mais que les cas avec un codage multiple de 36.08.2- bénéficieraient d'une revalorisation. Pour cette raison, le codage multiple

de DES dans le DRG F24 a été révisé et adapté en même temps que les fusions, mais aucune rémunération supplémentaire n'a été établie.

- Dans ce cadre, le nombre de DCB utilisés a également été examiné et revalorisé en conséquence.

En raison des coûts par cas particulièrement élevés de l'Hôpital pédiatrique de Zürich dans le DRG F36 et d'une logique de consultation complexe, l'ensemble du DRG a été révisé :

- Dans le DRG de base F36, les cas avec des points peu élevés de soins intensifs « *Traitement complexe de soins intensifs NN/enf. > 130 points* » ont été intégrés en combinaison avec une procédure opératoire. De ce fait, ils se retrouvent dans le DRG F36 déjà à partir d'une faible intensité et en cas d'intervention simultanée.
- La condition de split du point nodal pour les anciens DRG supérieurs F36A et F36B a été déplacée vers le point nodal des DRG inférieurs F36A, F36B et F36C. Ensuite, le point nodal initial et les DRG F36A et F36B ont été supprimés.
- Dans le point nodal restant pour les DRG F36A, F36B et F36C, les points de soins intensifs pour les enfants et les adultes ont été abaissés afin de revaloriser les cas avec des points de soins intensifs faibles dans le F36B.
- La condition de split « *Paraplégie/tétraplégie* » ne s'est plus avérée être un différenciateur des coûts, raison pour laquelle elle a été supprimée et le DRG F36A ainsi créé a également été supprimé.
- Le DRG F36 ne possède désormais plus qu'un DRG F36A et un DRG F36B, en plus des DRG restants F36C, F36D et F36E, ce qui a permis de simplifier la logique de consultation.

Au cours du développement du système 15.0, on nous a signalé un problème dans la représentation de l'implantation, de la révision ou du remplacement des systèmes d'assistance cardio-vasculaire et pulmonaire. Concrètement, cela concernait des codes identiques avec les formes d'accès « *percutanée* » et « *chirurgie extra-thoracique ouverte (p.ex. exposition de vaisseau sanguin)* », ce qui entraînait une confusion dans la pratique. Pour la CHOP 2026, il a donc été décidé de fusionner ces codes. Afin de faciliter cette fusion pour les développements futurs, la représentation de chaque code dans le système a été examinée et adaptée en fonction des simulations positives.

- Les codes identiques avec les voies d'accès décrites sont désormais représentés de manière uniforme.
- De plus, un groupe de codes mis sur le même niveau a été ajouté au DRG F37A. Par le codage des codes suivants, la revalorisation dans le DRG F37A est à présent effectuée :
 - 37.6A.42 « *Implantation d'un système d'assistance cardio-vasculaire, avec pompe, sans fonction d'échange gazeux, intravasculaire (y compris intracardiaque), ventriculaire droit, par voie percutanée* »
 - 37.6A.44 « *Implantation d'un système d'assistance cardio-vasculaire, avec pompe, sans fonction d'échange gazeux, intravasculaire (y compris intracardiaque), ventriculaire gauche, par voie percutanée, avec une capacité potentielle maximale de pompage de 2,5 l/min* »
 - 37.6A.45 « *Implantation d'un système d'assistance cardio-vasculaire, avec pompe, sans fonction d'échange gazeux, intravasculaire (y compris intracardiaque), ventriculaire gauche, par voie percutanée, avec une capacité potentielle de pompage de 2,5 l/min à moins de 5,0 l/min* »
 - 37.6A.46 « *Implantation d'un système d'assistance cardio-vasculaire, avec pompe, sans fonction d'échange gazeux, intravasculaire (y compris intracardiaque), ventriculaire gauche, par voie percutanée, avec une capacité potentielle de pompage d'au moins 5,0 l/min à moins de 5,5 l/min* »

- 37.6A.47 « *Implantation d'un système d'assistance cardio-vasculaire, avec pompe, sans fonction d'échange gazeux, intravasculaire (y compris intracardiaque), ventriculaire gauche, par voie percutanée, avec une capacité potentielle de pompage d'au moins 5,0 l/min à moins de 5,5 l/min* »
- 37.6A.4F « *Implantation d'un système d'assistance cardio-vasculaire, avec pompe, sans fonction d'échange gazeux, intravasculaire (y compris intracardiaque), ventriculaire droit, par chirurgie extra-thoracique ouverte (p.ex. exposition du vaisseau sanguin)* »
- 37.6A.4H « *Implantation d'un système d'assistance cardio-vasculaire, avec pompe, sans fonction d'échange gazeux, intravasculaire (y compris intracardiaque), ventriculaire gauche, par chirurgie extra-thoracique ouverte (p.ex. exposition du vaisseau sanguin), avec une capacité potentielle maximale de pompage de 2,5 l/min* »
- 37.6A.4I « *Implantation d'un système d'assistance cardio-vasculaire, avec pompe, sans fonction d'échange gazeux, intravasculaire (y compris intracardiaque), ventriculaire gauche, par chirurgie extra-thoracique ouverte (p.ex. exposition du vaisseau sanguin), avec une capacité potentielle de pompage de 2,5 l/min à moins de 5,0 l/min* »
- 37.6A.4J « *Implantation d'un système d'assistance cardio-vasculaire, avec pompe, sans fonction d'échange gazeux, intravasculaire (y compris intracardiaque), ventriculaire gauche, par chirurgie extra-thoracique ouverte (p.ex. exposition du vaisseau sanguin), avec une capacité potentielle de pompage d'au moins 5,0 l/min à moins de 5,5 l/min* »
- 37.6A.4K « *Implantation d'un système d'assistance cardio-vasculaire, avec pompe, sans fonction d'échange gazeux, intravasculaire (y compris intracardiaque), ventriculaire gauche, par chirurgie extra-thoracique ouverte (p.ex. exposition du vaisseau sanguin), avec une capacité potentielle de pompage de 5,5 l/min et plus* »
- Deux codes non concernés par la fusion ont également été revalorisés dans le DRG F37A :
 - 37.6A.81 « *Implantation de ballonnet de contre-pulsation intra-aortique [IABP], chirurgicale ouverte* »
 - 37.6A.82 « *Implantation de ballonnet de contre-pulsation intra-aortique [IABP], percutanée* »

Nous avons reçu plusieurs demandes concernant une réévaluation du DRG F50, notamment en ce qui concerne les patients dont le traitement principal est 37.34.12 « *Ablation lors de tachyarythmie, ablation par radiofréquence refroidie* », qui ont été considérés comme hautement déficitaires, surtout en relation avec le diagnostic principal fibrillation auriculaire (I48*). En outre, il nous a été demandé soit de créer une rémunération supplémentaire pour 37.28 « *Échocardiographie intracardiaque [EIC]* », soit de l'implémenter au sein du DRG F50 comme critère de split.

- L'introduction d'une rémunération supplémentaire pour 37.28 « *Échocardiographie intracardiaque [EIC]* » a été examinée, mais n'a pas été jugée pertinente en raison de la composition des cas. En outre, le nombre insuffisant de cas ne permettait pas d'utiliser 37.28 comme critère de split.
- Les analyses de l'ensemble du DRG F50 ont montré un bon taux de couverture dans toute la Suisse, raison pour laquelle les faits décrits n'ont pas pu être confirmés.
- Des analyses plus approfondies ont toutefois révélé un déficit de représentation des cas avec 37.34.1.- « *Techniques d'ablation pour le traitement de tachyarythmies* ».
- Un nouveau DRG F50A a été introduit au-dessus de l'ancien DRG F50A dans un but d'optimisation. Ceci comprend des cas qui comprennent soit :

- au moins deux ablations lors de tachyarythmie (37.34.1 et 37.34.31) à des jours différents ou
- une fermeture percutanée de l'oreillette gauche (37.90.10) en combinaison avec une ablation lors de tachyarythmie (37.34.1) et un site de traitement par des techniques d'ablation, oreillette gauche ou ventricule gauche (37.34.24 et 37.34.25).
- Les cas coûteux présentant ces situations de cas se regroupent désormais dans le nouveau DRG F50A, ce qui augmente la rémunération du nouveau F50A.
- L'ancien DRG F50A a été renommé dans le nouveau DRG F50B, tout en conservant les conditions actuelles.
- L'ancien F50B sera désormais traité comme un nouveau F50C.

Nous avons également reçu plusieurs demandes concernant le DRG F59, dans lesquelles il était notamment demandé d'attribuer le code 39.75.15 « *Intervention vasculaire transluminale percutanée, autres vaisseaux, thrombolyse sélective* » au DRG F59D par son intégration dans les tableaux F59-3 et F59-10 et de le mettre au même niveau que le code 39.75.16 « *Intervention vasculaire transluminale percutanée, autres vaisseaux, thrombolyse sélective, assistance échographique* ».

En outre, il a été demandé d'intégrer les diagnostics I81 « *Thrombose de la veine porte* » et I87* « *Autres atteintes veineuses* » dans la liste de diagnostics F59-1, afin que les cas avec une intervention vasculaire particulière simultanée du 39.B-J- soient regroupés dans le DRG F59D à partir de la liste des procédures avec certains codes 39.B*.

- Lors de l'examen des faits, il a été constaté que le code 39.75.15 était déjà inclus dans le tableau F59-3.
- L'inclusion supplémentaire dans le tableau F59-10 a été jugée pertinente et soutenue par un résultat de calcul positif, de sorte que tant 39.75.15 que 39.75.16 sont désormais inclus dans les tableaux F59-3 et F59-10.
- L'inclusion de I81 et I87* dans le DRG F59 ainsi que leur attribution au DRG F59D ont été examinées. Le code diagnostique I81 « *Thrombose de la veine porte* » est représenté de manière satisfaisante dans la MDC 07, où il doit à notre avis rester.
- Après différentes simulations, il a toutefois été décidé, sur la base des résultats, d'inclure les atteintes veineuses suivantes en combinaison avec interventions transluminales percutanées particulières du tableau F59-11 dans le DRG F59E :
 - I87.00 « *Syndrome post-thrombotique sans ulcération* »
 - I87.01 « *Syndrome post-thrombotique avec ulcération* »
 - I87.1 « *Compression veineuse* »
 - I87.20 « *Insuffisance veineuse (chronique) (périphérique) sans ulcération* »
 - I87.21 « *Insuffisance veineuse (chronique) (périphérique) avec ulcération* »
 - I87.8 « *Autres atteintes veineuses précisées* »

Concernant le DRG F62 « *Insuffisance cardiaque et choc* », nous avons reçu une demande mettant en évidence des déficits au sein de l'ensemble du DRG, mais en particulier dans les DRG F62A, F62B et F62D. Il a été proposé d'adapter les splits par PCCL pour les DRG F62A et F62B, soit en les abaissant, soit en les dissociant d'autres critères. En outre, une liste de codes de diagnostic spécifiques pour le split entre F62C et F62D, jointe à la demande, devait être examinée.

- Diverses analyses du taux de couverture n'ont pas révélé des découverts significatifs.
- Après plusieurs simulations de différentes variantes de split par PCCL, le split pour le DRG F62A a été complété par le critère « *PCCL > 4* ».
- Tous les codes de diagnostic proposés ont été examinés, mais aucun ne convenait comme critère de split, raison pour laquelle aucune adaptation n'a été effectuée.

Plusieurs demandeurs ont demandé l'examen de la mise au même niveau des codes 35.F4.23 « Remplacement de la valve tricuspide par xénogreffe (bioprothèse), par voie endovasculaire » et 35.F2.26 « Remplacement de la valve mitrale par xénogreffe (bioprothèse) avec ancrage transapical, par voie transapicale » avec le 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 ». Il s'agissait d'examiner si ces codes pouvaient être intégrés dans le tableau F98-10 et ainsi être revalorisés du DRG F98C vers le DRG F98B.

Il a également été demandé de revaloriser les valvuloplasties mini-invasives des valves mitrales et tricuspides, notamment en rapport avec le nombre de clips utilisés selon 35.J1.- « Nombre de clips utilisés lors d'une réparation de valve cardiaque », ici aussi dans le but d'obtenir une revalorisation potentielle de ces procédés du DRG F98C vers le DRG F98B.

Après des simulations complètes, les adaptations suivantes ont finalement été mises en œuvre :

- Les codes mentionnés ont été intégrés dans le tableau F98-10 en même temps que d'autres remplacements mini-invasifs de valves mitrales ou tricuspides par bioprothèses. Les nouveaux codes ajoutés sont les suivants :
 - 35.F2.24 « Remplacement de la valve mitrale par xénogreffe (bioprothèse), par voie transapicale »
 - 35.F2.26 « Remplacement de la valve mitrale par xénogreffe (bioprothèse) avec ancrage transapical, par voie transapicale »
 - 35.F2.33 « Remplacement de la valve mitrale par xénogreffe, sans stent, par voie endovasculaire »
 - 35.F2.34 « Remplacement de la valve mitrale par xénogreffe, sans stent, par voie transapicale »
 - 35.F4.23 « Remplacement de la valve tricuspide par xénogreffe (bioprothèse), par voie endovasculaire »
 - 35.F4.24 « Remplacement de la valve tricuspide par xénogreffe (bioprothèse), par voie transapicale »
- Un nouveau DRG F98C a été créé spécialement pour les valvuloplasties mini-invasives des valves mitrales et tricuspides. Il comprend désormais, sans conditions supplémentaires, les codes CHOP suivants :
 - 35.E2.13 « Valvuloplastie de la valve mitrale, par voie endovasculaire, transartérielle »
 - 35.E2.14 « Valvuloplastie de la valve mitrale, par voie endovasculaire, transveineuse »
 - 35.E2.15 « Valvuloplastie de la valve mitrale, guidée par cathéter, par voie transapicale »
 - 35.E4.14 « Valvuloplastie de la valve tricuspide, guidée par cathéter, par voie transapicale »
 - 35.E4.15 « Valvuloplastie de la valve tricuspide, par voie endovasculaire, transartérielle »
 - 35.E4.16 « Valvuloplastie de la valve tricuspide, par voie endovasculaire, transveineuse »
- Le DRG F98C existant a été renommé sans changement dans le nouveau DRG F98D.

3.2.8 MDC 06 Maladies et troubles des organes digestifs

Nous avons reçu une demande par e-mail dans laquelle il était décrit que, pour une incision de l'intestin grêle (45.02), une laparotomie avait été codée en plus afin d'obtenir un DRG mieux évalué. Cela a été justifié par un codage analogue qui était valable pour la version 12.0.

Cependant, ce codage analogue ne pouvait être utilisé que pour l'intervention particulière 43.42.11 « *Excision locale de lésion ou de tissu de l'estomac, par chirurgie ouverte* » et n'était donc pas transférable à des codes CHOP similaires.

- Nous avons ensuite vérifié la qualité de la représentation pour les codes CHOP 45.01-.03. Jusqu'à présent, ceux-ci n'étaient pas pertinents pour le regroupement. Il s'est toutefois avéré qu'une représentation dans le système était adéquate.
- Un nouveau tableau a pu être créé et les codes ont pu être intégrés dans le DRG G04.

Il a été décrit dans une demande qu'une entérocolite à *Clostridium difficile* peut prolonger un séjour hospitalier et entraîner des coûts plus élevés, par exemple en raison des mesures d'hygiène supplémentaires. Il a été demandé de revaloriser ces coûts supplémentaires au sein de la matrice CC.

- Suite à nos analyses, les codes CIM A04.7* « *Entérocolite à Clostridium difficile* » ont été intégrés dans le DRG G67C.
- La logique du DRG G67A a été renforcée de telle sorte que tous les cas avec entérocolite doivent satisfaire la condition LOS > 1.
- L'ADRG G46 a été exclu afin que les cas avec endoscopie continuent d'y être représentés de manière adaptée aux coûts.

Dans le cadre de la procédure de demande, une demande concernant les résections rectales a été soumise. Il a été décrit à cette occasion que la présence de foyers d'endométriase à l'intestin, réséqués au cours de la même intervention, entraînait une charge opératoire supplémentaire plus élevée. Une revalorisation du diagnostic dans le DRG G17B a été demandée.

- Les analyses ont confirmé cette situation coûteuse.
- Suite à cette vérification, le diagnostic N80.5 « *Endométriase de l'intestin* » a été intégré dans le DRG G17B et les cas ont ainsi été revalorisés de manière adéquate.

Dans une autre demande, on a nous signalé que le code CHOP 42.99.39 « *Autre opération de l'œsophage, système anti-reflux pour soutenir la fonction du sphincter œsophagien, autre* » n'est pas pertinent pour le regroupement et qu'un tel cas avait été regroupé dans le DRG médical G72.

- Nos analyses ont confirmé qu'il était appropriée de représenter cette intervention opératoire dans la logique de consultation en raison de la structure des coûts.
- Le code CHOP 42.99.39 « *Autre opération de l'œsophage, système anti-reflux pour soutenir la fonction du sphincter œsophagien, autre* » a donc été intégré comme procédure opératoire dans le DRG de base G19.

Un demandeur nous a demandé d'examiner des cas avec des interventions et le code CHOP 47.11 « *Appendicectomie en passant, dans le cadre d'une laparoscopie faite pour une autre raison* » dans le DRG de base G22 « *Appendicectomie* ».

- Un renforcement de la logique dans le DRG de base G22 a été entrepris.
- et le code CHOP 47.11 « *Appendicectomie en passant, dans le cadre d'une laparoscopie faite pour une autre raison* » a été supprimé de la fonction « *Procédures particulières* ».

Dans le cadre de l'examen des cas, toutes les demandes ont été examinées et il est apparu que la rémunération de certains cas du DRG G86 ne couvrait pas les coûts. Ces cas présentaient le code CHOP 96.3A « *Transplantation fécale* », qui jusqu'à présent n'était pas pertinent pour le regroupement.

- Il a donc été possible d'implémenter un nouveau split « *Procédure particulière en cas de maladie intestinale inflammatoire* » avec le code CHOP 96.3A « *Transplantation fécale* » pour un nouveau G86A.

3.2.9 MDC 07 Maladies et troubles du système hépatobiliaire et du pancréas

Un utilisateur a demandé la vérification de la couverture des coûts dans le DRG H01. En outre, le demandeur avait remarqué que les cas avec pancréatectomies (52.5- et 52.6-) étaient regroupés dans le DRG H33 en cas de complications particulières. Ces cas devraient être représentés ensemble dans le DRG de base H01 et différenciés par des splits correspondants.

- Suite à la demande et à nos analyses, un nouveau tableau a pu être établi avec les codes CHOP 52.5-/.6- et cela a été intégré dans la base H01.
- Au sein du DRG H01, un nouveau split et donc un nouveau H01A ont pu être créés sur la base des critères de split suivants :
 - « *Traitement sous vide* » ou
 - « *Traitement complexe de soins intensifs > 196/360 points* » ou
 - « *Traitement complexe de soins intensifs > 185 et traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 185 points* »
- Cela permet de créer une rémunération adéquate pour ces cas.

Un autre utilisateur a demandé d'examiner la dépréciation de 51.02 « *Cholécystostomie au trocart* ». Il a été justifié par le fait qu'une ponction de la vésicule est incluse dans une cholécystectomie réalisée en même temps et qu'elle ne représente pas une charge supplémentaire importante, puisqu'elle dure deux minutes et qu'une canule de ponction est déjà incluse dans le plateau opératoire.

- Nos analyses ont pu confirmer que les cas avec ce code CHOP sont regroupés dans un DRG bénéficiant d'une meilleure valorisation, bien que des coûts supplémentaires pertinents ne soient pas identifiables.
- Par conséquent, ces codes CHOP ont été déplacés du DRG de base existant H05 vers le H06 :
 - 51.02 « *Cholécystostomie au trocart* »
 - 51.03 « *Autre cholécystostomie* »
 - 51.04 « *Autre cholécystotomie* »
- Cela s'accompagne d'une dépréciation, les cas avec une cholécystotomie sont désormais regroupés de manière adéquate dans le DRG de base H07, sur la base de l'ordre de consultation, et avec une cholécystotomie réalisée individuellement dans le H06.

Selon une autre demande, certaines complications comme les fuites biliaires, le délire ou les traitements complexes en unité de soins intermédiaires entraînent des hospitalisations plus longues au sein du DRG de base H07 « *Cholécystectomie* ». Selon le demandeur, elles ne sont pas rémunérées conformément aux coûts engagés.

- Nos analyses n'ont pas confirmé cette thèse. Au lieu de cela, d'autres critères de split ont été identifiés et revalorisés dans le DRG H07A :
 - Nouveau critère de split « *PCCL > 3* »
 - « *TC de SI/TC en U-IMC chez l'adulte > 119* »
- Le critère de split « *Thrombocytopénie* » a en revanche été supprimé du DRG H07B, puisqu'il n'y a pas eu de cas ici.

Une autre demande portait sur le DRG H41 « *CPRE et thérapie photodynamique ou interventions endoscopiques à l'oesophage* ». Les coûts seraient notamment nettement plus élevés pour les cas de décès, qui seraient donc fortement sous-rémunérés. Selon le demandeur, les cas devraient être regroupés dans le DRG H37.

- Cette proposition ne s'est pas avérée appropriée.
- L'analyse de la quantité de cas mentionnée a toutefois permis d'identifier d'autres critères.
- Un nouveau H41A a été créé avec les critères suivants :
 - « *CPRE et PCCL > 3* » ou
 - « *Situations coûteuses pour néoformation maligne* »

– « TC de SI/TC en U-IMC chez l'adulte > 119 points »

Dans le cadre des analyses concernant toutes les demandes, des cas coûteux ont été remarqués au sein du DRG H62. Sur cette base, les critères de split suivants ont pu être identifiés et revalorisés :

- Le tableau des diagnostics « *Paralysie cérébrale* » a été intégré dans le DRG H62A.
- Un split avec « *Âge < 16 ans* » et le groupe de codes S36.2- « *Lésion traumatique du pancréas* » ont été intégrés dans le DRG H62B.

3.2.10 MDC 08 Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif

Les données de 2023 ont mis en évidence que le DRG de base I02 « *Transplantations de tissu ou de peau très coûteuses, sauf à la main, ou procédures opératoires particulières en quatre temps ou intervention microvasculaire* » contenait des cas très coûteux qui n'étaient pas représentés de manière adéquate. En outre, le DRG I12A « *Infection/inflammation des os et des articulations avec différentes interventions sur l'appareil musculosquelettique et le tissu conjonctif avec CC extrêmement sévères ou traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires chez l'adulte > 119 points* » présentait des cas avec une transplantation de peau qui y étaient sous-rémunérés.

- Le « *DRG I12A* » a été intégré dans le DRG de base I02 en associant la « *Procédure opératoire particulière en quatre temps* ».
- Revalorisation des interventions avec une « *Procédure opératoire particulière en quatre temps* » dans le DRG I02B.
- Création d'un nouveau DRG I02A avec la condition « *PCCL > 4* ».

Un nouveau examen des données de l'année 2023 de la consommation de ressources des « *Fusions de vertèbres avec stabilisation de la colonne vertébrale, à partir de 12 segments et plus* » au sein de l'ADRG I09 « *Fusion de corps vertébraux ou remplacement de corps vertébraux à partir de 2 implants* » ont montré que ces cas sont sous-rémunérés dans le I09B.

- Dans la version 15.0, les cas avec une fusion pour stabilisation à partir de 12 segments sont désormais regroupés dans le DRG I09A « *Fusion complexe de corps vertébraux d'une correction de position à partir de 12 segments ou traitement complexe de soins intensifs NN/enf. > 130 points* ».

Un utilisateur nous a demandé de vérifier l'homogénéité au sein du DRG I10B « *Autres interventions sur la colonne vertébrale avec intervention particulière ou Halotraction ou âge < 16 ans ou diagnostic complexe ou procédure opératoire particulière en plusieurs temps ou traitement complexe de soins intensifs chez l'adulte > 119 points* ».

- Les analyses ont montré que les cas avec un code CHOP 7A.73.13 à -.1F /7A.73.23 à -.2F « *Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse sans fusion des vertèbres, abord dorsal et dorsolatéral/ventral, 3 segments et plus* » ne sont pas rémunérés de manière appropriée dans le DRG I10B.
- Ce groupe de cas a été intégré dans le split pour le DRG I10A « *Autres interventions sur la colonne vertébrale ou Halotraction avec CC extrêmement sévères ou intervention sur plusieurs localisations ou intervention particulière ou traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196/184 points* ».

Les analyses des cas dans le DRG de base I11 « *Reconstruction de malformation ou allongement d'extrémités (ancien texte)* » ont mis en évidence des cas coûteux qui n'étaient pas rémunérés de manière appropriée.

- Les DRG I11A et I11B ont été fusionnés pour former le DRG I11Z « *Ostéotomie d'extrémités ou intervention particulière pour malformation* ».

- Un nouveau DRG I19Z « *Implantation de dispositif interne d'allongement de membres* » a été établi.
- Un certain nombre de cas au sein des DRG de base I08 et I13 a été revalorisé. Les cas avec « *Allongement d'os* » ou un diagnostic principal « *Malformation d'extrémités* » et « *Ostéotomie* » avec « *dispositif de fixation externe* » sont désormais regroupés dans les DRG I08B et I13A.

Un utilisateur nous a fait remarquer que la mise en place de dispositif de fixation externe au moyen d'un système circulaire en combinaison avec d'autres dispositifs de fixation externe n'est pas pertinente dans la logique en particulier sur le plan médical. On nous a demandé de vérifier cette logique.

- En conséquence, la logique de combinaison a pu être supprimée.
- Les cas avec un code CHOP 84.72 « *Mise en place de dispositif de fixation externe, système circulaire* » sont désormais regroupés sans autre condition dans le DRG I13B « *Interventions sur l'humérus, le tibia, le péroné et la cheville, avec intervention multiple, intervention bilatérale particulière ou procédure/diagnostic complexe* ».
- En outre, la logique a également pu être établie dans les DRG I07A « *Amputation avec CC extrêmement sévères ou procédure particulière* » et I12A « *Infection/inflammation des os et des articulations avec différentes interventions sur l'appareil musculosquelettique et le tissu conjonctif avec CC extrêmement sévères ou traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires chez l'adulte > 119 points* ».

Une autre demande portait sur la revalorisation du code supplémentaire CHOP 00.90.32 « *Implant alloplastique* », au motif que lors d'une plastie d'augmentation, de remplacement ou de reconstruction de tendon à l'épaule, on utilise entre autres des matériaux alloplastiques et que ceux-ci sont nettement plus coûteux que, par exemple, une suture ou une ancre de suture de tendons.

- Dans les analyses, le code CHOP 00.90.32 ne s'est pas révélé approprié pour une évaluation plus élevée des prestations mentionnées.
- Cependant, les codes CHOP 83.88.11 et -.12 « *Plastie d'augmentation de tendon, épaule et aisselle/bras et coude* » ainsi que 83.88.21 et -.22 « *Plastie de remplacement de tendon, épaule et aisselle/bras et coude* » ont montré une consommation élevée de ressources.
- Ces codes CHOP ont pu être intégrés dans le split pour le DRG I29A « *Interventions complexes sur l'omoplate, la clavicule, les côtes ou l'épaule avec intervention particulière ou traitement complexe de soins intensifs NN/enf. > 130 points* ». Ces interventions sont ainsi revalorisées dans la version 15.0.

3.2.11 MDC 09 Maladies et troubles de la peau, du tissu sous-cutané et de la glande mammaire

Sur la base des données nationales suisses de l'année 2023, le split par PCCL > 2 pour le DRG J08A ne s'est plus avéré être une caractéristique claire de séparation des coûts.

- Les DRG J08A et J08B ont été fusionnés pour former le DRG J08Z « *Autre transplantation de peau ou débridement avec diagnostic complexe ou avec intervention supplémentaire au niveau de la tête et de la gorge* ».

Le code CHOP 86.83.1C « *Réduction de tissu adipeux, région abdominale, flancs ainsi que dos simultanément* » se trouve dans la logique bilatérale/à plusieurs localisations pour le DRG J10A. Mais comme le code CHOP contient déjà plusieurs localisations, il a été revalorisé comme seule condition de split pour le DRG J10A « *Opérations de chirurgie plastique au niveau de la peau, du tissu sous-cutané et de la glande mammaire avec intervention particulière ou sur plusieurs localisations* ».

- De plus, un split pédiatrique « Âge < 16 ans » a été ajouté pour le DRG J10A, ce qui a également permis d'améliorer la qualité de la représentation dans le DRG de base J10.

Nous avons été informés que le regroupement du code CIM Z80.3 « *Antécédents familiaux de tumeur maligne du sein* » soulevait des questions au niveau de l'application.

- Jusqu'à présent, ce code CIM est représenté dans les DRG de base avec tumeurs malignes.
- Dans le cadre de l'examen, d'autres codes CIM ont attiré l'attention.
- Ainsi, les codes CIM suivants ont été supprimés des tableaux pour les tumeurs malignes du sein J06-1, J14-1, J23-1, J25-1 et J62-1 :
 - D48.6 « *Tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue : Sein* »
 - N60.1 « *Mastopathie kystique diffuse* »
 - Z80.3 « *Antécédents familiaux de tumeur maligne du sein* »
- En outre, les logiques dans les DRG de base J06, J14, J23 et J25 ont été adaptées de manière à ce que les tumeurs malignes du sein ne soient dorénavant regroupés dans ces DRG de base qu'en tant que diagnostic principal, ce qui entraîne une revalorisation.

Au sein de la MDC 09, nous avons remarqué des cas sous-rémunérés avec plusieurs interventions qui jusqu'à présent n'atteignaient pas les conditions « *Procédures opératoires complexes en plusieurs temps ou traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196/360 points* » pour le DRG de base J33.

- Avec l'intégration de la fonction globale « *Procédures opératoires complexes en plusieurs temps* » en combinaison avec « *Traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires chez l'adulte > 184 points* », dans les conditions pour le DRG de base J33, ces cas sont désormais représentés de manière adéquate.

La réalisation d'un tumor board n'était jusqu'à présent pas représentée dans la MDC 09. Dans les données 2023, nous avons encore constaté un nombre de cas faible avec cette situation. Ces cas étaient toutefois nettement sous-rémunérés et sont désormais représentés de manière adaptée aux coûts avec l'intégration de la fonction globale « *Situations coûteuses pour néoformation maligne* » dans la condition de split pour le DRG J62A.

Selon un demandeur, les cas avec un traitement antibiotique intraveineux de plus de 7 jours de traitement présentent des coûts plus élevés au sein du DRG J64D « *Infection/inflammation de la peau et du tissu sous-cutané et âge > 15 ans* ». Il nous a demandé une revalorisation du groupe de codes CHOP 99.22.18-1B « *Injection ou perfusion d'anti-infectieux, à partir de 7 jours de traitement* » dans le DRG J64C.

- Une revalorisation purement du groupe de codes CHOP 99.22.18-1B n'est pas considérée pertinente pour des raisons d'incitation inopportune.
- Nous avons toutefois pu identifier des cas coûteux qui, en raison d'un érysipèle ou d'un phlegmon combiné à une antibiothérapie, présentent une consommation plus élevée de ressources.
- Ainsi, les cas ayant pour diagnostic principal un érysipèle ou un phlegmon et une antibiothérapie veineuse d'au moins 14 jours de traitement ont été revalorisés dans le DRG J64A.
- De même, les cas avec un PCCL > 2 et une antibiothérapie veineuse d'au moins 14 jours de traitement ont été revalorisés dans le DRG J64A.

3.2.12 MDC 10 Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques

Un utilisateur a demandé d'examiner des cas avec le diagnostic principal tumeurs malignes surrénales C74. On a nous signalé que ceux-ci sont actuellement regroupés dans le DRG K64 « *Endocrinopathies* »,

ce qui ne reflète pas le coût thérapeutique réel. En particulier, les cas avec neuro-blastomes, phéochromocytomes/paragangliomes malins et carcinomes corticosurrénaux présentent une durée de séjour nettement plus longue et des coûts plus élevés en raison des immunothérapies.

- Un nouveau DRG K86A a été créé au-dessus de l'ancien DRG K86A, avec un split pédiatrique d'âge < 16 ans en lien soit avec :
 - C74 « *Tumeur maligne surrénale* » ou C75 « *Tumeur maligne, autres glandes endocrines et structures associées* »
 - ou 99.28.11-13 « *Autre immunothérapie...* »
- L'ancien DRG K86A est devenu le nouveau DRG K86B avec la même condition de split d'âge < 16 ans.
- L'ancien DRG K86B est devenu le nouveau K86C.

3.2.13 MDC 11 Maladies et troubles des organes urinaires

Dans le cadre de la procédure de demande, il est apparu que les DRG L04A et L04B présentent une structure de coûts et des coûts moyens similaires. Le critère de split avec le code CHOP 58.93.11 « *Implantation de sphincter vésical artificiel* » ne se distingue donc plus du split pédiatrique « *Âge < 16 ans* » dans le DRG L04B.

- Les deux DRG L04A et L04B ont donc été fusionnés et représentés dans un seul DRG (L04A), le DRG L04C, étant ainsi devenu obsolète, a été supprimé.

Un demandeur a décrit que la néphrectomie partielle est sous-rémunérée par rapport à la néphrectomie totale. La raison invoquée était que la néphrectomie partielle sert à préserver les organes et qu'elle est donc plus coûteuse en raison de la durée plus longue de l'opération et des coûts du matériel plus élevés.

- Nos analyses ont montré que les coûts étaient plus élevés.
- En conséquence, le code CHOP 55.4 « *Néphrectomie partielle* » a été intégré dans le DRG L13B.
- Ainsi, un nombre élevé de cas sont revalorisés et rémunérés de manière appropriée.

Un utilisateur a demandé d'examiner la pertinence d'une distinction entre les infections des organes urinaires avec ou sans obstruction. L'accent a été mis surtout sur le DRG L63.

Nos analyses ont toutefois montré qu'une distinction n'est pas appropriée dans le DRG L63, mais qu'elle le serait dans le DRG L42.

- Par conséquent, dans le DRG L42 « *LECOC pour calculs urinaires* », le tableau de diagnostic « *Calculs des organes urinaires* » a été corrigé de sorte que seuls les codes avec calcul des organes urinaires restent inclus. Les codes suivants ont été supprimés :
 - K66.2 « *Fibrose rétropéritonéale* »
 - N13.- « *Hydronéphrose...* »
 - N13.5 « *Coudure et rétrécissement urétéral, sans hydronéphrose* »
 - N23 « *Colique néphrétique, sans précision* »

Dans le cadre de nos analyses, les critères de split ont été développés dans le DRG L60 :

- Outre le cathétérisme de l'uretère déjà mentionné, les interventions modérées sur les organes urinaires ont été revalorisées dans le DRG L60A.
- Le cathétérisme de l'uretère (en combinaison avec une défaillance rénale aiguë) a été intégré dans le DRG L60C et le tableau des interventions modérées sur les organes urinaires a également été revalorisé.

Nous avons reçu une demande concernant l'inclusion du groupe de codes CHOP 59.8X.- « *Cathétérisme urétéral* » dans le DRG chirurgical L20, afin de le mettre au même niveau que les codes CHOP 56.0X « *Désobstruction transurétrale de l'uretère et du bassin* ».

- L'intégration dans le DRG L20 s'est avérée inadéquate : les simulations ont fait apparaître de très nombreux déplacements de cas d'autres DRG, dans lesquels les cas sont mieux représentés.
- Au lieu de cela, les codes CHOP ont été revalorisés dans différentes situations dans les DRG L60/L63 :
 - Dans L60A (en lien avec la dialyse et la défaillance rénale aiguë)
 - Dans L60C (en lien avec la défaillance rénale aiguë)
 - Dans L63A

Une autre demande portait sur un groupe de cas hétérogène au sein du DRG L63 « *Infections des organes urinaires* », sans fournir des indications concrètes. Après de nombreuses analyses et simulations, des nouveaux critères de split ont pu être définis à cette occasion :

Dans le DRG L63A sont désormais regroupés les cas avec :

- « *Isolement de contact à partir de 14 jours de traitement* » ou
- « *PCCL > 3* » ou
- « *Interventions modérées sur les organes urinaires* » ou
- « *Biopsie du rein* » ou
- « *Cathétérisme de l'uretère* »

En outre, dans le cadre des analyses, certaines interventions diagnostiques sur les organes urinaires se sont révélées coûteuses.

- Les codes CHOP 55.01.10 « *Néphrotomie percutanée transrénale* », 55.01.99 « *Néphrotomie, autre* », 55.11 « *Pyélotomie* », 55.21 « *Néphroscopie* », 55.22 « *Pyéloscopie* », 55.92 « *Aspiration percutanée de rein (bassinets)* » et 56.31 « *Urétéroscopie* » ont été inclus dans les DRG suivants :
 - L63B
 - L64A
 - L68A

3.2.14 MDC 12 Maladies et troubles des organes génitaux masculins

Jusqu'à présent, les transplantations de tissu avec anastomose microvasculaire n'étaient pas représentées dans la MDC 12. Maintenant, dans les données 2023, on a remarqué des cas coûteux dans la MDC 12 qui présentent ce code.

- Dans la version 15.0, les codes CHOP pour les « *Transplantation de tissu avec anastomose microvasculaire* » ont donc été intégrés dans le DRG M37Z.

3.2.15 MDC 14 Grossesse, naissance et suites de couches

Dans le DRG O02B « *Accouchement par voie basse avec intervention coûteuse ou procédure particulière avec diagnostic particulier* », nous avons vu des cas qui n'étaient pas représentés de manière adaptée aux coûts.

- Les analyses ont permis d'identifier le traitement complexe de soins intensifs et en unité de soins intermédiaires comme un séparateur de coûts clair.
- Le traitement complexe de soins intensifs et en unité de soins intermédiaires avec plus de 119 points de dépense est déjà représenté dans le DRG de base O38.
- Les cas dans le DRG O02B présentaient toutefois des points de dépense inférieurs et une condition de split supplémentaire a donc été établie pour le DRG O02A avec « *TC de SI/TC en U-IMC chez l'adulte > 59 points* ».

Dans le cadre de nouvelles analyses sur le travail prolongé, une surévaluation du code CIM O63.9 « *Travail prolongé, sans précision* » a été constatée dans les DRG O02A et O60C.

- Le code CIM O63.9 a été supprimé des conditions de split correspondantes pour les DRG O02A et DRG O60C.

Selon un demandeur, les accouchements par voie basse avec induction du travail, représentés par le groupe de codes CHOP 73.* « *Autres inductions ou assistances de l'accouchement* », présentent une sous-rémunération significative dans les DRG O60C et O60D. Il a donc demandé la revalorisation de ce groupe de codes CHOP en tant que seule condition de split dans le DRG O60B « *Accouchement par voie basse avec plusieurs diagnostics de complication ou diagnostic particulier avec procédure particulière...* ».

- Aucune procédure du groupe de codes CHOP 73.* ne se prêtait à une revalorisation dans le DRG O60B.
- Dans le cadre des analyses, il a cependant été possible d'identifier une autre caractéristique de séparation des coûts qui était appropriée comme critère de split.

Ainsi, le code CIM D62 « *Anémie posthémorragique aiguë* » combiné au groupe de codes CHOP 99.04.1- « *Transfusion de globules rouges concentrés, après UT* » a été intégré comme condition de split dans le DRG O60B.

3.2.16 MDC 15 Nouveau-nés

Un demandeur nous a signalé que les nouveau-nés non sains n'étaient pas suffisamment représentés dans les DRG P66D et P67D par rapport aux nouveau-nés sains. Le traitement de la demande s'est avéré particulièrement difficile en raison de la définition peu claire d'un nouveau-né « *non sain* », mais, après de nombreuses analyses, la demande a pu être traitée comme suit :

- Les points de dépense TC de SI/TC en U-IMC NN/enf. ont été abaissés ou intégrés dans les DRG P66A, P66B, P66C, P67A et P67B (voir chapitre 3.1.1 « *Médecine intensive* »).
- En outre, la variable « *transféré* » a été ajoutée au split pour le DRG P66B afin de mieux représenter les nouveau-nés qui doivent être transférés pour certaines raisons, comme par exemple une affection.

Un autre demandeur nous a signalé une possible surévaluation du code CHOP 93.9F.11 « *Ventilation mécanique et assistance respiratoire par pression positive continue [CPAP] chez le nouveau-né et le nourrisson* ».

- Des analyses ont montré qu'il était possible d'améliorer la représentation en déplaçant le tableau P67-4 du split pour le DRG P67B vers le split pour le DRG P67C.
- Grâce à cette restructuration, les nouveau-nés dont le poids est supérieur à 2499 g et qui ont l'un des codes suivants entrent désormais dans le P67C sans autre condition :
 - 93.9F.11 « *Ventilation mécanique et assistance respiratoire par pression positive continue [CPAP] chez le nouveau-né et le nourrisson* »
 - 93.9G.21 « *Traitement par pression positive au masque, CPAP, contrôle et optimisation d'un réglage existant, en l'espace de 3 jours* »
 - 93.9G.22 « *Traitement par pression positive au masque, CPAP, contrôle et optimisation d'un réglage existant, pendant plus de 3 jours* »
 - 93.9G.41 « *Traitement par pression positive au masque, BiPAP, contrôle et optimisation d'un réglage existant, en l'espace de 3 jours* »
 - 93.9G.42 « *Traitement par pression positive au masque, BiPAP, contrôle et optimisation d'un réglage existant, pendant plus de 3 jours* »

3.2.17 MDC 16 Affections du sang, des organes hématopoïétiques et du système immunitaire

Lors de l'examen de la qualité de la représentation des cas au sein du DRG de base Q61 « *Affections érythrocytaires* », il est apparu que certains cas dans les DRG Q61B et Q61C n'étaient pas rémunérés de manière appropriée.

- La logique pour le Q61A « *Affections érythrocytaires, plus d'un jour d'hospitalisation avec CC extrêmement sévères ou diagnostic complexe particulier ou procédures de complication* » a été révisée de manière à ce que le split par PCCL existant soit augmenté de > 3 à > 4. De plus, la condition « *Procédure opératoire de complication* » a pu être établie.
- Le split par PCCL > 3 a été intégré pour le DRG Q61B « *Affections érythrocytaires avec diagnostic complexe particulier ou CC extrêmement sévères ou âge < 16 ans* ».

3.2.18 MDC 17 Néoplasmes hématologiques et solides

Selon un utilisateur, les cas avec une chimiothérapie hautement complexe et un isolement protecteur dans une chambre spéciale à partir de 28 jours de traitement ainsi que les cas avec un PCCL > 4 sont nettement sous-rémunérés dans le DRG R50B. Une revalorisation dans le DRG R50A a été demandée.

- Les cas étaient trop peu coûteux pour une revalorisation dans le DRG R50A. Une sous-rémunération des cas dans le DRG R50B était toutefois clairement visible, et les situations mentionnées par le demandeur se sont avérées être des séparateurs de coûts clairs.
- Un nouveau DRG R50B a été établi. Les cas avec le code CHOP 99.25.53 « *Chimiothérapie hautement complexe et intensive* » et le groupe de codes CHOP 99.84.5B-5F « *Isolement protecteur dans une chambre spéciale, à partir de 28 jours de traitement* » ou les cas avec un PCCL > 4 sont désormais regroupés dans ce nouveau DRG et y sont représentés de manière appropriée.

Dans le cadre de la procédure de demande, il nous a été demandé la dépréciation du code CIM E88.3 « *Syndrome de lyse tumorale* » dans la matrice CC de la MDC 17. Selon le demandeur, le traitement est souvent effectué avec des solutions ou des liquides non spécifiques ou des substitutions d'électrolytes et déclenche pour cela trop fortement le regroupement.

- Le code CIM est représenté en tant que diagnostic complexe au sein de la MDC 17 dans les DRG de base R60, R61 et R63.
- Les données 2023 ont permis de confirmer une surévaluation dans les DRG de base susmentionnés.
- Une dépréciation du code CIM dans la matrice CC de la MDC 17 ne s'est toutefois pas avérée appropriée.
- La suppression du code ICD des conditions de split pour les DRG R60A, R61C et R63B a permis d'obtenir une représentation adéquate dans la MDC 17.

3.2.19 MDC 18B Maladies infectieuses et parasitaires

Un demandeur a signalé que les cas avec R57.2 « *Choc septique* » et un séjour en unité de soins intensifs présentaient une sous-rémunération dans le DRG T60B. Pour remédier à cette situation, il a été proposé de compléter la condition de split dans le point nodal pour les DRG T60A/T60B et T60B/T60C par le critère « *Choc septique* », de sorte que ces cas soient regroupés dans le DRG T60A. En outre, il nous a été demandé d'examiner si les points de dépense pour TC de SI/TC en U-IMC au sein du DRG T60 conviennent comme critères de split. Dans le cadre d'une autre demande, on visait en outre une rémunération plus élevée des cas au sein du DRG T64, par exemple par l'implémentation d'un split par PCCL dans le DRG T64C.

- Après de nombreuses analyses, les points de dépense pour TC de SI/TC en U-IMC pour les enfants ont été abaissés dans le DRG de base T60 ainsi que dans les DRG T60A et T60F (voir chapitre 3.1.1 « *Médecine intensive* »).
- R57.2 « *Choc septique* » a été intégré au point nodal sans condition supplémentaire, ce qui permet de regrouper les cas concernés dans le DRG T60B ou de les revaloriser dans le DRG T60A si les critères de split correspondants sont remplis.
- Dans le cadre du traitement de la demande de revalorisation du DRG T64, le code R57.2 en tant que diagnostic secondaire ainsi que 99.84.16-1F « *Isolement de contact à partir de 7 jours de traitement* » ont été intégrés dans le split pour le DRG T64A, ce qui a permis de revaloriser les cas concernés également ici.

3.2.20 MDC 19 Maladies et troubles psychiques

Dans le cadre du développement de la structure tarifaire, on a remarqué des cas dans le DRG U60 de base avec un jour d'hospitalisation « *Maladies et troubles psychiques, un jour d'hospitalisation* », qui ont effectué un court séjour en unité de soins intensifs et ont ensuite été transférés pour la plupart dans une clinique psychiatrique. L'utilisation supplémentaire de ressources due au traitement complexe de soins intensifs était clairement visible.

- Un nouveau DRG U60A a été établi, dans lequel sont désormais regroupés les adultes avec un traitement complexe de soins intensifs avec plus de 59 points de dépense.

3.2.21 MDC 20 Usage d'alcool et de drogues et troubles psychiques induits par l'alcool et les drogues

Un utilisateur a demandé la vérification d'un split avec PCCL > 2 dans le DRG V02A « *Dépendance, intoxication, troubles multiples du comportement...* ».

- Cette demande ne s'est pas avérée pertinente.
- En revanche, les cas avec un syndrome de sevrage avec delirium (F1*.4) ainsi que les cas avec TC de SI/TC en U-IMC > 65/119 points ont pu être revalorisés dans le DRG V02A et le nombre de cas en question avec un PCCL de 3 a pu être établi comme critère de split entre V02B et V02C.
- Les « *Personnalités émotionnellement labiles* » (F60.30 et F60.31) se sont également révélées être des diagnostics principaux appropriés pour une différenciation supplémentaire.
- Parallèlement, le critère de la « *Dépendance multiple* » a été renforcé, passant de deux à trois diagnostics.

3.2.22 MDC 23 Facteurs influant sur l'état de santé et autre mise à contribution de la santé publique

Selon le demandeur, les dons de foie par une personne vivante se distinguent comme déficitaires dans le DRG Z02Z « *Don de foie ou de rein (par une personne vivante)...* ». Les donneurs de foie présentent une durée de séjour plus longue, tandis que les donneurs de reins sont plutôt des low-outliers. La demande visait à séparer les deux collectifs de cas.

- Nous avons examiné les données de l'année 2023 à cet égard et avons dû constater qu'il n'y avait ici qu'un seul cas avec le code CIM Z52.6 « *Donneur de foie* » et que le nombre de cas était également si faible l'année précédente qu'un calcul n'était pas possible.
- Un calcul sur plusieurs années de données est nécessaire dans ce cas, et il a donc été décidé de procéder à un nouvel examen avec l'année de données 2024.

3.2.23 Rémunérations supplémentaires – nettoyage des coûts

Les codes CHOP ou ATC de la définition des rémunérations supplémentaires ont été utilisés pour identifier les cas à nettoyer qui contenaient des prestations pouvant donner lieu à des rémunérations supplémentaires. Les cas pour lesquels aucun nettoyage adéquat n'était possible ont été exclus du calcul.

Dans l'ensemble, un nettoyage des coûts dans les composantes des coûts à hauteur de CHF 147 996 993,05 au total a été entrepris pour 30 501 cas issus des données de calcul.

3.2.24 Rémunérations supplémentaires - Modifications

Les rémunérations supplémentaires suivantes, basées sur le code CHOP, ont été nouvellement établies :

- Insertion de ballonnets embolisants, intracrânienne et extracrânienne (tête, cou), spinal
- Insertion de ballonnets embolisants, thoracique, abdominal et périphérique
- Transplantation de TIL [tumor infiltrating lymphocytes]

Pour la rémunération supplémentaire « *Embolisation sélective de vaisseaux intracrâniens par flow-diverter* », ce n'est plus seulement le code CHOP 39.BH.11 « *Implantation transluminale (percutanée) de stents pour modulation du flux lors d'anévrismes, vaisseaux intracrâniens* » qui est pris en compte, mais le groupe entier 39.BH.*.

Les rémunérations supplémentaires suivantes, basées sur les codes ATC, ont été nouvellement établies :

- Alfa1-Antitrypsine, voie intraveineuse
- Amivantamab, voie intraveineuse
- Asparaginase, voie intraveineuse/intramusculaire, ACO
- Atezolizumab, voie sous-cutanée
- Benralizumab, voie sous-cutanée
- Binimetinib, voie orale
- Cabozantinib, voie orale
- Céfidérocol, voie intraveineuse
- Cytarabine et Daunorubicine, voie intraveineuse
- Dupilumab, voie sous-cutanée
- Elranatamab, voie sous-cutanée
- Encorafenib, voie orale
- Enfortumab védotin, voie intraveineuse
- Epcoritamab, voie sous-cutanée
- Gemtuzumab ozogamicine, voie intraveineuse
- Hydroxocobalamine, voie intraveineuse
- Irinotecan, voie intraveineuse
- Marstacimab, voie sous-cutanée
- Natalizumab, voie intraveineuse
- Ocrelizumab, voie sous-cutanée
- Sacituzumab govitecan, voie intraveineuse
- Satralizumab, voie sous-cutanée
- Selpercatinib, voie orale
- Tepotinib, voie orale
- Trastuzumab deruxtecan, voie intraveineuse
- Vedolizumab, voie sous-cutanée

La rémunération supplémentaire suivante, basée sur le code ATC, a été supprimée :

- Sofosbuvir, Velpatasvir et Voxilaprévir, voie orale

Les classes posologiques ont été étendues vers le bas pour les rémunérations supplémentaires suivantes basées sur les codes ATC :

- Facteur IX, II, VII et X de coagulation en association, voie intraveineuse (concerne une classe posologique pédiatrique)
- Facteur VIIa de coagulation, voie intraveineuse (concerne une classe posologique pédiatrique)
- Blinatumomab, voie intraveineuse (concerne une classe posologique pédiatrique)
- Capmatinib, voie orale
- Dinutuximab bêta, voie intraveineuse, CQZ
- Durvalumab, voie intraveineuse
- Foscarnet, voie intraveineuse
- Fibrinogène, humain, voie intraveineuse (concerne une classe posologique pédiatrique)
- Gilteritinib, voie orale
- Ivacaftor, Tezacaftor und Elexacaftor, voie orale, CTK
- Nivolumab, voie intraveineuse
- Obinutuzumab, voie intraveineuse
- Teclistamab, voie sous-cutanée
- Tocilizumab, voie sous-cutanée
- Tréosulfan, voie intraveineuse (concerne une classe posologique pédiatrique)

Les classes posologiques inférieures ont été supprimées pour les rémunérations supplémentaires suivantes basées sur les codes ATC :

- Abirateron, voie orale
- Anidulafungin, voie intraveineuse
- Bevacizumab, voie intraveineuse (concerne une classe posologique pédiatrique)
- Bortezomib, voie intraveineuse/sous-cutanée (concerne également les classes posologiques pédiatriques)
- Caspofungine, voie intraveineuse
- Decitabin, voie intraveineuse
- Infliximab, voie intraveineuse/sous-cutanée (concerne une classe posologique pédiatrique)
- Lénalidomide, voie orale
- Pemetrexed, voie intraveineuse
- Voriconazole, voie orale
- Voriconazole, voie intraveineuse (concerne également les classes posologiques pédiatriques)

Les classes posologiques ont été élargies vers le haut pour les rémunérations supplémentaires suivantes basées sur les codes ATC, sur la base des doses fournies par les données de tous les hôpitaux du réseau 2023 :

- Andexanet alfa, voie intraveineuse
- Bezlotoxumab, voie intraveineuse
- Facteur VIII de coagulation, voie intraveineuse, Rec
- Durvalumab, voie intraveineuse
- Emicizumab, voie sous-cutanée
- Gilteritinib, voie orale
- Golimumab, voie sous-cutanée/intraveineuse
- Immunoglobuline anti-hépatite B, voie intraveineuse/sous-cutanée/intramusculaire
- Iloprost, voie intraveineuse/inhalation
- Isavuconazole, voie intraveineuse

- Midostaurine, voie orale
- Tréprostnil, voie intraveineuse/sous-cutanée
- Polatuzumab védotin, voie intraveineuse
- Pomalidomide, voie orale
- Romiplostim, voie sous-cutanée
- Tafamidis, voie orale
- Vénétoclax, voie orale
- Facteur von Willebrand et facteur VIII de coagulation en association, voie intraveineuse

Les classes posologiques de la rémunération supplémentaire suivante basée sur le code ATC ont été restructurées :

- Ponatinib, voie orale

4 Méthode de calcul

La méthode de calcul détaillée est disponible dans le document « *Méthode de calcul* ». A part une adaptation technique lors de la détermination de la valeur de référence, la méthode de calcul des cost-weights effectifs de la version 15.0 comparée à la version 14.0 demeure inchangée.

4.1 Détermination des cost-weights

Pour la version SwissDRG 15.0, 1081 DRG ont été calculés dans le résultat sur la base des données suisses.

Pour 12 DRG, les données de l'année précédente ont également été utilisées en raison d'un nombre trop faible de cas. Pour quatre autres DRG, des cas issus de trois années de données (2023/2022/2021) ont été pris en compte. Les cas des années précédentes n'ont pu être pris en compte que si une nette distinction dans les données de l'année précédente était possible. Cette considération est remplie en particulier lorsqu'aucune restructuration n'a été entreprise dans les DRG concernés.

4.2 Calcul de la valeur de référence

La collecte 2024 des données 2023 comprend 96,2 % des cas de toute la Suisse dans le domaine d'application de SwissDRG. Le nombre de cas de cette collecte de données SwissDRG permet le calcul de la valeur de référence au moyen des données SwissDRG. Les cas appartenant au domaine d'application sont ici pris en compte. Les cost-weights effectifs utilisés dans le calcul du casemix pour déterminer la valeur de référence ont été corrigés des éventuelles modifications de la quantité de prestations par rapport à l'année précédente. Ainsi, la rémunération selon la version 15.0 d'une quantité de prestations définie a été comparée à la rémunération de cette quantité de prestations selon la version 14.0.

La valeur de référence a maintenant été choisie de telle sorte que, pour une année de données identique, la somme des cost-weights effectifs (casemix) des cas groupés avec la version 15.0 corresponde à la somme des cost-weights effectifs de ces cas avec la version 14.0 :

$$Casemix_{Version\ 15.0}^{Données\ 2023} = Casemix_{Version\ 14.0}^{Données\ 2023}$$

La valeur de référence pour la version SwissDRG 15.0 s'élève à 11 097 CHF. Pour la version 14.0, une valeur de référence de 10 715 CHF a été déterminée.

4.3 Calcul des suppléments et réductions

Les suppléments et réductions pour la version 15.0 sont calculés selon la même méthode que pour la version 14.0.

780 DRG ont été calculés en s'écartant de la méthode habituelle de calcul des suppléments pour high-outliers. Dans ces DRG, le supplément high-outliers a été relevé en adaptant le facteur des coûts marginaux ou calculé sur la base de la médiane des coûts moyens par jour des high-outliers. Pour relever le facteur des coûts marginaux, les coûts différentiels totaux sont pris en compte pour le calcul du supplément (le facteur de coûts marginaux est élevé de 0,7 à 1,0).

Pour la version 15.0, il en résulte 185 DRG implicites d'un jour d'hospitalisation, contre 186 DRG implicites d'un jour d'hospitalisation pour la version 14.0.

ANNEXE A : Chiffres-clés concernant le développement du système

Introduction

L'annexe suivante présente les principaux chiffres-clés, par ex. l'érosion des données, du développement du système de la structure tarifaire SwissDRG version 15.0.

Base des données

Les données 2023 ont été utilisées pour la version 15.0. Les données globales de la statistique médicale de l'Office fédéral de la statistique contenaient les données de 185 hôpitaux de médecine somatique aiguë. L'échantillon des hôpitaux du réseau SwissDRG est de 153.

Tableau 1 : Nombre d'hôpitaux

	Version 15.0 Données 2023	Version 14.0 Données 2022
Hôpitaux du réseau	153	152
Données globales	185	187

Au total, 1 248 647 cas pertinents pour le système SwissDRG ont été fournis par les hôpitaux du réseau, ce qui correspond à tout juste 96,2 % des cas suisses de médecine somatique aiguë.

Tableau 2 : Nombre de cas livrés

		Version 15.0 Données 2023	Version 14.0 Données 2022
Hôpitaux du réseau	<i>Livrés</i>	1 253 994	1 243 232
	<i>Domaine d'application SwissDRG</i>	1 248 647	1 235 163
Données globales	<i>Livrés</i>	1 297 983	1 287 973
	<i>Domaine d'application SwissDRG</i>	1 297 432	1 287 215

Pour la version 15.0, 25 129 cas privés ou semi-privés ont été exclus des cas livrés. Pour ces cas, aucune adaptation des coûts supplémentaires dus à la classe d'assurance n'était possible ou les cas ne remplissaient pas les conditions mentionnées pouvant empêcher une exclusion. Pour la version 14.0, 24 709 cas privés ou semi-privés avaient été exclus.

Durant la phase de contrôle de la plausibilité, 96 275 cas (7,9 % de la base de données avant contrôle de la plausibilité) ont été identifiés comme non plausibles. 17 hôpitaux/cliniques ont été notamment complètement exclus. Les hôpitaux supprimés présentent souvent des irrégularités systématiques dans leurs données de coûts. Des fortes augmentations de coûts inattendues et non plausibles ainsi qu'une part des CUI nettement plus que proportionnelle suggèrent également que les données sont systématiquement erronées. En outre, les hôpitaux qui ont transmis pour la première fois des données

à SwissDRG SA au cours de l'année de données concernée sont en partie supprimés. En principe, compte tenu du grand nombre de cas, les cas potentiellement erronés sont également supprimés afin de pouvoir garantir une qualité élevée des données. Les données rendues plausibles correspondent à la base de données pour le développement de la structure tarifaire SwissDRG 15.0. Ainsi, 89,9 % des cas livrés à SwissDRG SA pour le perfectionnement de la structure tarifaire ont pu être utilisés. Le calcul des cost-weights pour la version 15.0 a été réalisé sur 1 127 018 cas de l'année 2023 plus 477 cas de l'année 2022 et 81 cas de l'année 2021.

Tableau 3 : Érosion des données

Total des données	Relevé SwissDRG	
1'297'983	1'253'994	Cas livrés
↓	↓	- Psychiatrie / Réadaptation - Cas ambulatoires - Sortie en dehors de la période du relevé
1'297'432	1'248'647	Cas dans le domaine d'application (y compris maisons de naissance)
	↓	- Cas privés non utilisables - Cas sans coûts complets
	1'223'293	Base de données avant plausibilisation
	↓	- Plausibilisation des cas (incl. suppression totale de 14 hôpitaux)
	1'127'018	Cas plausibles 2023 (données de calcul)
		+ 477 cas provenant des données 2022 + 81 cas provenant des données 2021

} Développement du système

Nombre de DRG

Tableau 4 : Nombre de DRG et rémunérations supplémentaires

	Version 15.0 Données 2023	Version 14.0 Données 2022
Nombre total de DRG	1081	1071
DRG facturables	1077	1067
DRG pour maisons de naissance	8	8
DRG non évalués, annexe 1	0	0
Rémunérations supplémentaires évaluées, annexe 2	230	189
Rémunérations supplémentaires non évaluées, annexe 3	1	1

Qualité du système

La qualité de la structure tarifaire SwissDRG est mesurée par la réduction de la variance (R^2). La R^2 mesure la part de dispersion des coûts des cas qui est expliquée par la classification. Plus la R^2 est élevée, plus la qualité du système est bonne.

La dispersion totale des coûts peut être divisée en deux composantes :

- La dispersion expliquée par le classement dans les DRG, c'est-à-dire la variance entre les DRG;
- La dispersion non expliquée, c'est-à-dire la variance des coûts au sein d'un DRG.

$$\frac{1}{n} \sum_{i=1}^p \sum_{j=1}^{n_i} (x_{ij} - \bar{x})^2 = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^p n_i (\bar{x}_i - \bar{x})^2 + \frac{1}{n} \sum_{i=1}^p \sum_{j=1}^{n_i} (x_{ij} - \bar{x}_i)^2$$

Dispersion totale
Dispersion expliquée
Dispersion non expliquée

Où :

x_{ij} : coûts du cas j dans le DRG i
 \bar{x}_i : coûts moyens du DRG i
 n_i : nombre de cas dans le DRG i
 \bar{x} : coûts moyens pour tous les cas
 n : nombre de cas
 p : nombre de DRG

Le coefficient R^2 résulte de la division de la dispersion expliquée par la dispersion totale :

$$R^2 = \frac{\text{Dispersion expliquée}}{\text{Dispersion totale}}$$

Le coefficient R^2 est compris entre 0 et 1. Un coefficient R^2 égal à 1 signifie que tous les cas dans un DRG présentent les mêmes coûts. La dispersion totale est expliquée par les seules différences de coûts entre les DRG. Un coefficient R^2 égal à 0 signifie que la moyenne des coûts de tous les DRG est identique et que la variance vient des seules différences de coûts dans les DRG.

Le tableau 5 montre le R^2 des données de calcul et des inliers pour les versions SwissDRG 13.0, 14.0 et 15.0, respectivement sur la base des données 2023. Par conséquent, le tableau 5 montre le seul effet du perfectionnement du Grouper sur le R^2 .

Tableau 5 : Coefficient R^2 des données de calcul 2023

Version du Grouper	Année des données	Tous les cas	Inliers (selon V15.0)
V15.0	2023	0,788	0,866
V14.0	2023	0,787	0,861
V13.0	2023	0,777	0,843

Remarque :

Le R^2 est un paramètre technique utilisé pour améliorer et développer le groupement. Il s'agit d'une indication statistique de la qualité du groupement, mais pas de la qualité d'une rémunération basée dessus. Il n'y a pas de relation directe entre cette valeur et l'adéquation de la rémunération.