



Séance d'information SwissDRG SA ST Reha – Version 4.0 / 2027

14 avril 2026
Samuel Noll
Johannes Kofler
Natalie Bürgi

Contenu

1. Base de données
2. Degré de sévérité : Patient Severity Level (PSL)
3. Grouper
 - Thèmes généraux
 - Fonctions
 - Perfectionnement
4. Calcul des cost-weights
 - Méthode
 - Perfectionnement
5. Analyses des données
6. Chiffres-clés
7. Perspectives

Contenu

1. **Base de données**
2. Degré de sévérité : Patient Severity Level (PSL)
3. Grouper
 - Thèmes généraux
 - Fonctions
 - Perfectionnement
4. Calcul des cost-weights
 - Méthode
 - Perfectionnement
5. Analyses des données
6. Chiffres-clés
7. Perspectives

Base de données



Aperçu de la livraison des données

Année des données / Version	2019 R1.0	2020 -	2021 R2.0	2022 R3.0	2023 -	2024 R4.0
Hôpitaux transmettant des données	65	71	69	70	70	70
Cas dans le domaine d'application	76 295	80 735	83 130	85 239	86 586	86 326
Cas plausibles	59 585	55 460	64 995	73 417	75 703	76 128
Pourcentage de cas plausibles	78%	69%	78%	86%	87%	88%
Nombre de cas selon l'OFS	83 492	90 278	92 010	93 065	94 767	97 036

Érosion des données 2024

Aperçu de la plausibilisation des données 2024

Réadaptation stationnaire	Nombre de cas	Pourcentage de cas
Cas dans le domaine d'application	86 326	100%
- Cas hospitalisés sur deux ou plusieurs années sans coûts complets	-191	0%
Base de données avant plausibilisation	86 135	100%
- Exclusion d'hôpital (5 hôpitaux)	-3 070	-4%
- Plausibilisation des cas	-8 699	-10%
- Commentaire des cas ¹	+1 762	+2%
Cas plausibles (données de calcul)	76 128	88%

¹ Commentaires enregistrés 2024 : 4 695

Plausibilisations



Aperçu du traitement des commentaires des données 2024

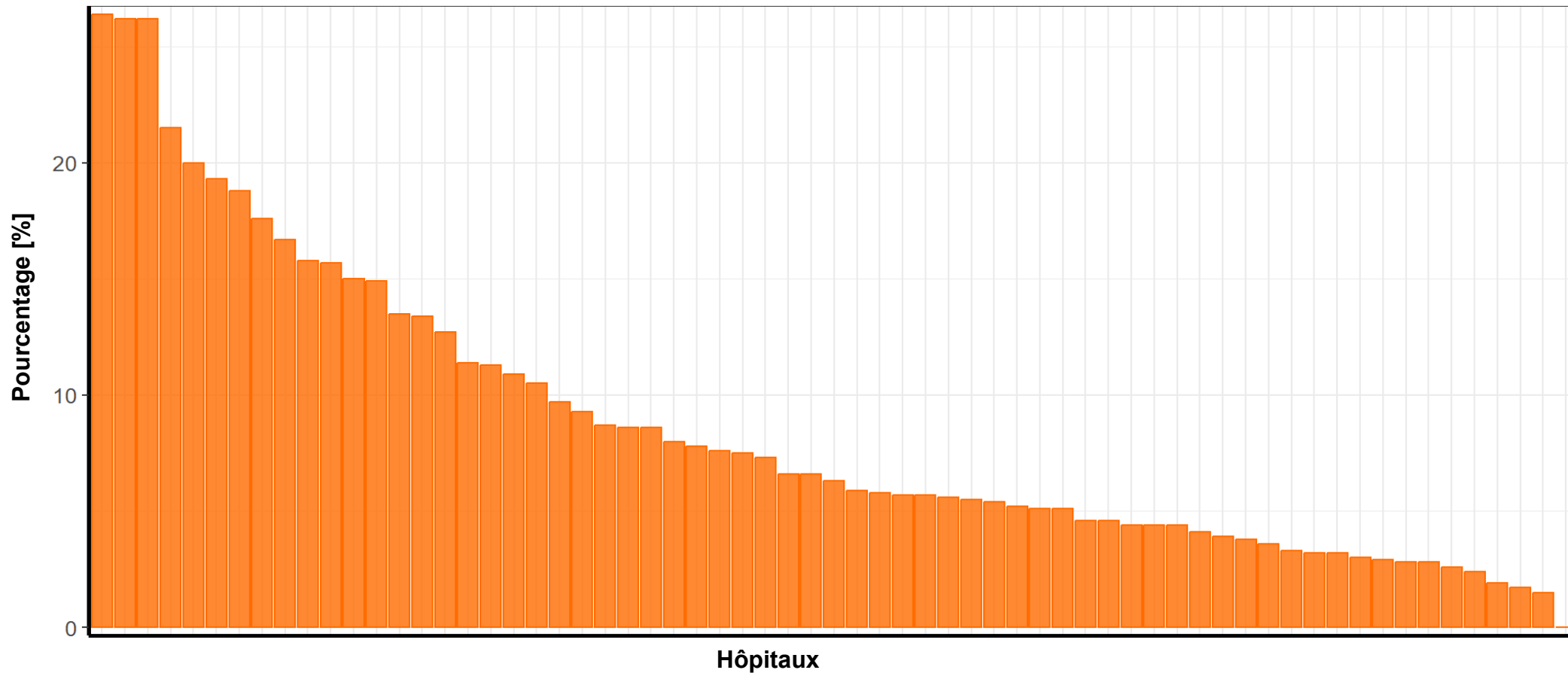
Année des données	Nombre d'erreurs dans les examens de plausibilité	Nombre de commentaires	Pourcentage de commentaires	Nombre de commentaires acceptés	Pourcentage de commentaires acceptés
2022	16 347	6 879	42%	2 918	42%
2023	12 052	4 816	40%	1 987	41%
2024	8 892	4 695	53%	2 193	47%

- Amélioration continue de la qualité des données
- La fonction commentaires est très utilisée
 - Les cas peuvent souvent être « sauvés »
 - Les constellations sont expliquées, des ajustements sont apportés à nos processus

Pourcentage de cas non plausibles

- Cinq hôpitaux ont été exclus

Pourcentage de cas non plausibles par hôpital



Base de données

Aperçu des relevés détaillés livrés

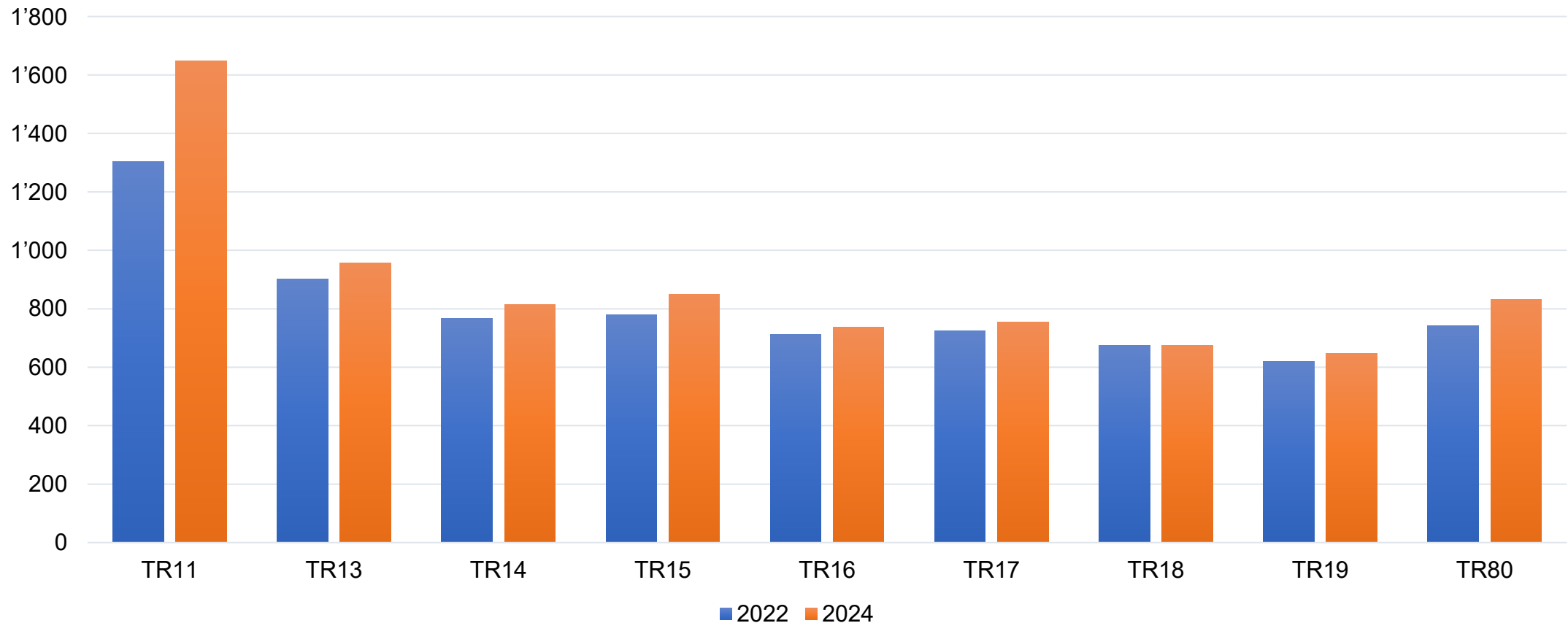
Année	Médicaments		Médicaments FSP		Prestations Tarmed FSP	
	RD	Données livrées	RD	Nombre de cas	RD	Nombre de cas
2022	25	51	7	76	-	-
2023	27	54	9	55	-	-
2024	24	59	11	148	2	525

RD = Nombre de livraisons relevé détaillé; Données livrées = Nombre de cliniques dont les données sont livrées; FSP: facturation séparée de prestations

- Les données relatives à la FSP restent très insuffisantes
- Élargissement constant du relevé détaillé
 - Données 2025: prise en charge 1:1, sortie d'essai

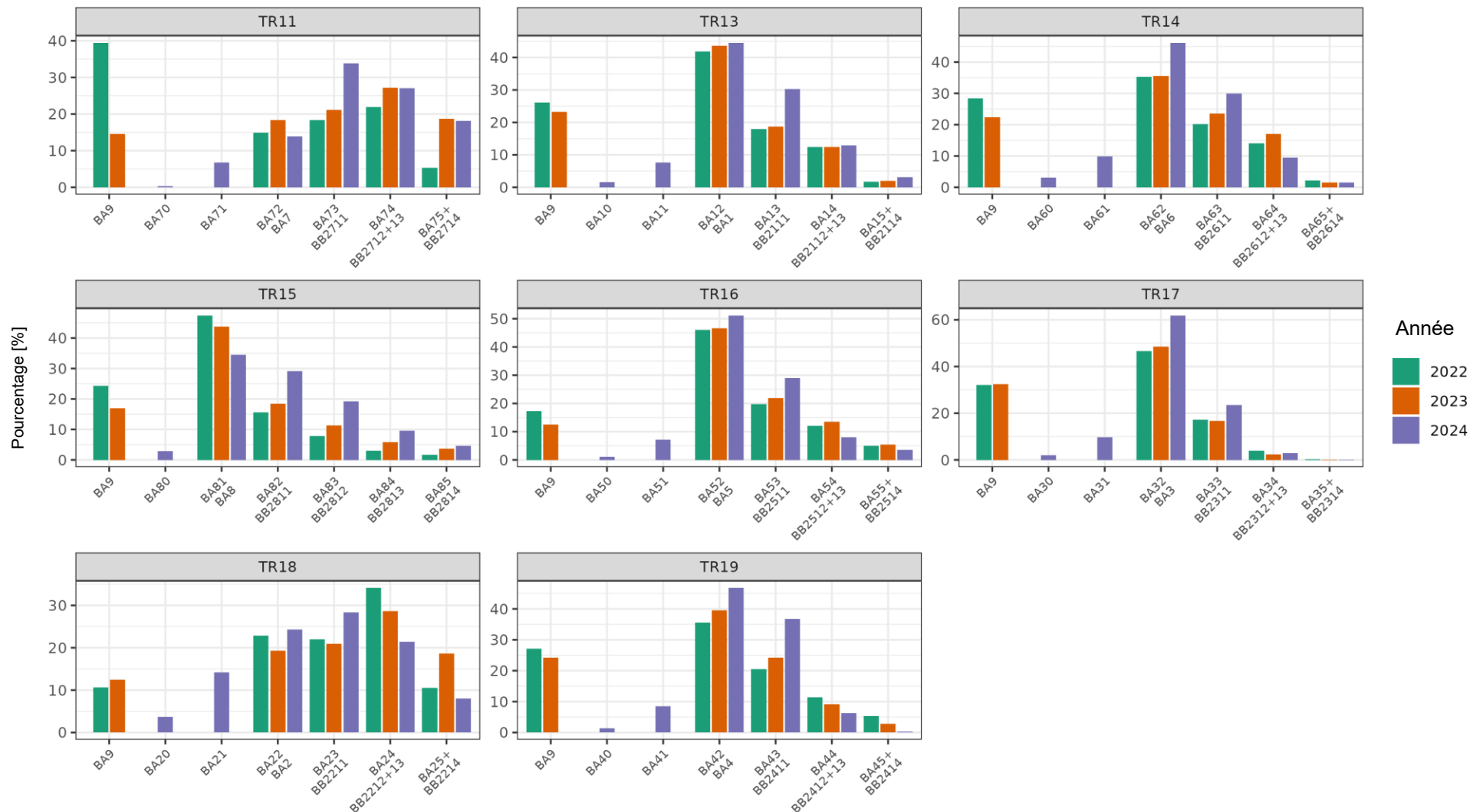
Augmentation des coûts I

Coûts journaliers moyens par RCG de base



Aperçu des nouveaux codes BA / BB.2X

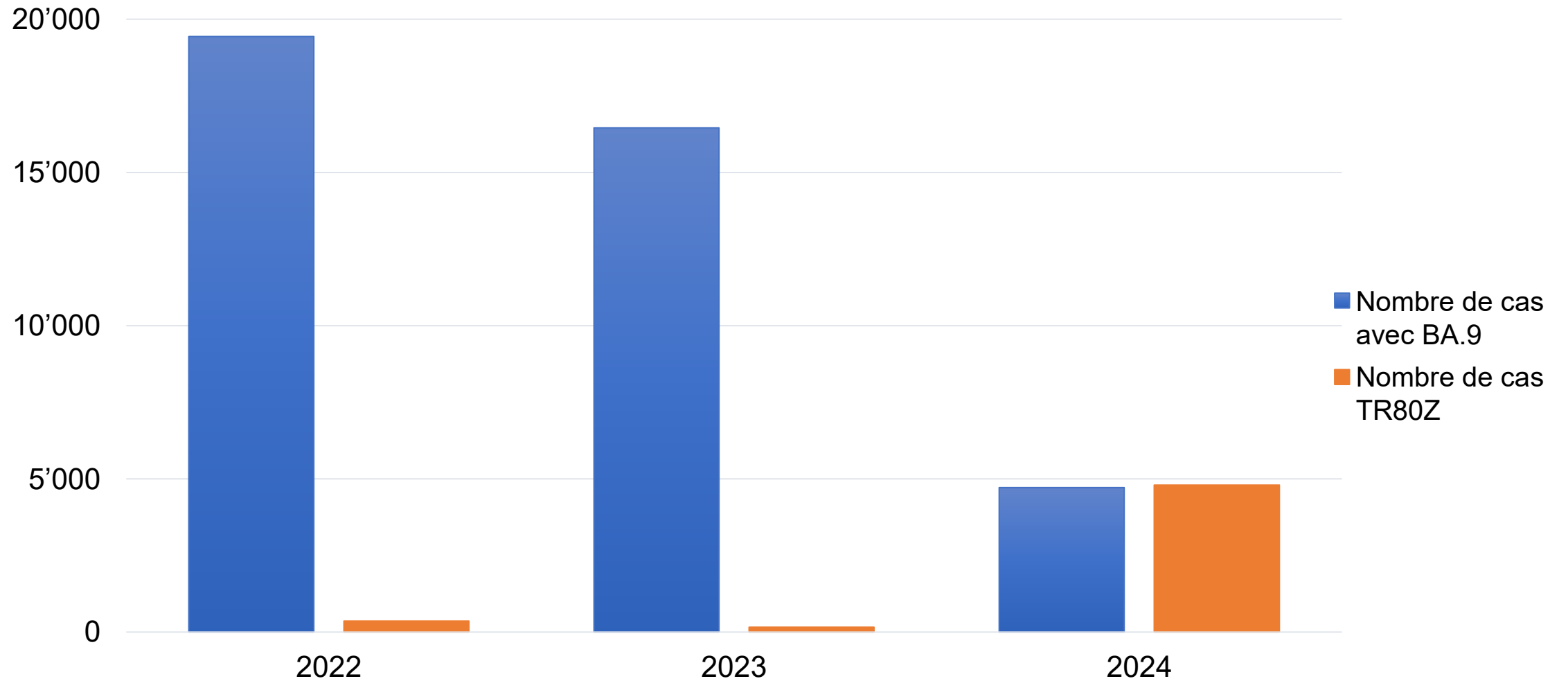
Répartition des types de rééducation selon le RCG de base et l'année



TR80Z



Nombre de codages BA.9 et de cas TR80Z au fil des années



Motifs justifiant la saisie d'un BA.9



- Critères minimaux non remplis
 - Personnel qualifié
 - Minutes de thérapie insuffisantes
 - Documentation manquante
- Problèmes techniques
- Planification manquante
- ...

Contenu

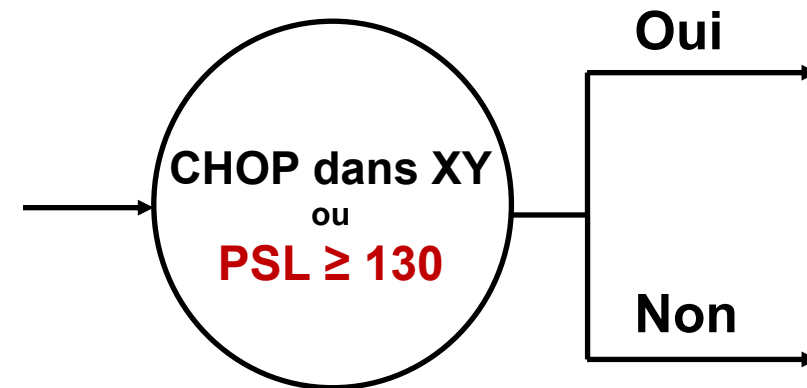
1. Base de données
2. **Degré de sévérité : Patient Severity Level (PSL)**
3. Grouper
 - Thèmes généraux
 - Fonctions
 - Perfectionnement
4. Calcul des cost-weights
 - Méthode
 - Perfectionnement
5. Analyses des données
6. Chiffres-clés
7. Perspectives

ST Reha Patient Severity Level (PSL)

C'est une fonction qui se base sur la **complexité médicale** (CIM et RCG de base) pour calculer **un degré de sévérité par cas**.

- Les codes CIM et les RCG de base sont nécessaires comme input : $f(ICD_1, \dots, ICD_n) = PSL$
- Le PSL est un chiffre compris entre 100 et 200.
- Cette valeur permet de revaloriser les cas présentant des constellations CIM complexes.

Désignation	PSL
PSL non augmenté	PSL < 110
PSL légèrement augmenté	110 ≤ PSL < 120
PSL augmenté	120 ≤ PSL < 130
PSL fortement augmenté	130 ≤ PSL < 140
PSL très fortement augmenté	140 ≤ PSL < 150
PSL extrêmement augmenté	150 ≤ PSL



ST Reha Patient Severity Level (PSL)



Base de données

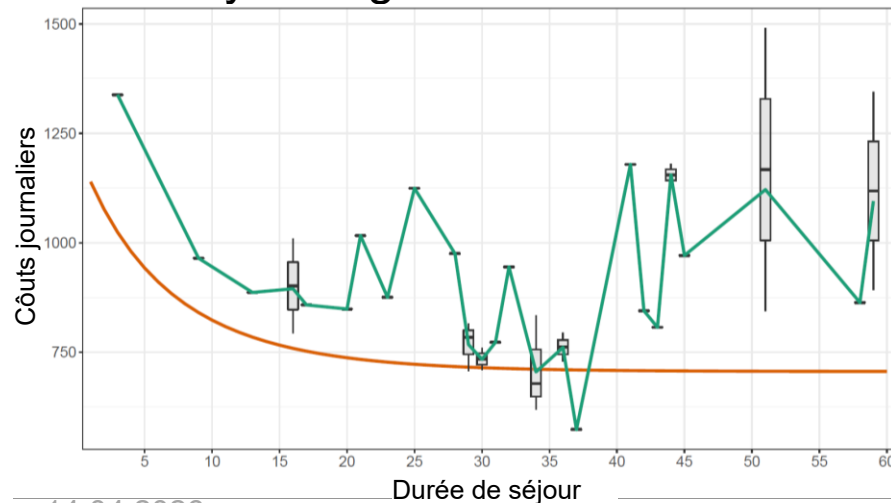
- La base des calculs est constituée par les données des années **2021 - 2024**
- Env. 290 000 cas
- Env. 3 500 000 diagnostics (CIM - 10 GM 2022)
 - En moyenne, 12 diagnostics par cas
 - 9 384 diagnostics disjoints
- RCG de base : TR13, TR14, TR15, TR16, TR17, TR18, TR19

ST Reha Patient Severity Level (PSL)

Méthodologie

1. Diagnosis Cost Ratios (DCR):

- Degrés de sévérité basés sur les codes par RCG de base
 1. Fourchette de valeurs : 0, 1, 2, 3, 4, 5
- Écart moyen des coûts journaliers des cas avec un diagnostic spécifique par rapport à la moyenne générale



2. Patient Severity Level (PSL):

- DCR trié par ordre décroissant par cas
- Conditional Exclusions (soins somatiques aigus)

La fonction pour obtenir le degré de sévérité brut :

$$f(ICD_1, \dots, ICD_n) = \prod_{k=1}^n DCR_k^{s^{k-1}} = PSL$$

avec $s = 0.66$ et n le nombre de diagnostics après exclusions des Conditional Exclusions..

- Le PSL brut est multiplié par 100 et arrondi au nombre entier le plus proche

ST Reha Patient Severity Level (PSL)



Pourcentages des codes CIM évalués

DCR	Tous	TR13	TR14	TR15	TR16	TR17	TR18	TR19
0	85.4%	87.1%	84.9%	85.0%	77.4%	86.1%	90.0%	83.9%
1	10.7%	10.0%	11.6%	12.5%	15.5%	10.5%	7.4%	9.5%
2	2.9%	2.1%	2.7%	2.0%	5.2%	2.7%	1.8%	4.4%
3	0.8%	0.6%	0.7%	0.4%	1.4%	0.5%	0.6%	1.7%
4	0.2%	0.1%	0.1%	0.1%	0.4%	0.1%	0.1%	0.5%
5	0.1%	0.0%	0.1%	0.0%	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%

ST Reha Patient Severity Level (PSL)



Pourcentage PSL (cas)

PSL	Tous	TR13	TR14	TR15	TR16	TR17	TR18	TR19
$x < 110$	36.5%	20.3%	21.6%	43.8%	40.1%	37.3%	59.8%	51.2%
$110 \leq x < 115$	24.0%	22.1%	24.1%	26.5%	25.0%	26.3%	27.2%	17.0%
$115 \leq x < 120$	11.4%	15.3%	15.7%	12.4%	8.8%	11.7%	6.2%	4.3%
$120 \leq x < 125$	8.5%	10.2%	11.5%	7.4%	7.6%	7.9%	2.8%	8.8%
$125 \leq x < 130$	6.9%	9.5%	11.2%	5.6%	5.6%	6.5%	1.7%	5.2%
$130 \leq x < 135$	3.0%	4.6%	4.0%	1.6%	3.1%	2.9%	0.9%	2.5%
$135 \leq x < 140$	3.1%	5.6%	4.3%	1.3%	2.8%	2.8%	0.5%	2.9%
$140 \leq x < 145$	1.8%	2.9%	2.6%	0.7%	1.7%	1.5%	0.2%	2.0%
$145 \leq x < 150$	1.6%	2.7%	1.7%	0.3%	1.8%	1.2%	0.3%	2.1%
$150 \leq x$	3.3%	6.6%	3.1%	0.4%	3.5%	2.0%	0.4%	4.0%

Contenu



1. Base de données
2. Degré de sévérité: Patient Severity Level (PSL)
3. **Grouper**
 - Thèmes généraux
 - Fonctions
 - Perfectionnement
4. Calcul des cost-weights
 - Méthode
 - Perfectionnement
5. Analyses des données
6. Chiffres-clés
7. Perspectives

Approches du développement

- Procédure de demande
- Dissociation des minutes de thérapie des A-splits
 - Les minutes de thérapie ne sont plus requises pour le niveau RCG le plus élevé
- Examen des codes CHOP (spécifiques à la réadaptation)
- Examen des diagnostics principaux et supplémentaires de complication
- Intégration de la logique de degré de sévérité
- Vérification de chaque RCG en vue d'une possible scission ou fusion

Aperçu des demandes

Procédure de demande 2024/2025 :

- Logique de groupement : 11 demandes,
 - 7 demandes mise en œuvre
 - 3 demandes en partie mise en œuvre
 - 1 demande rejetée
- Rémunérations supplémentaires : 1 demande (en partie mise en œuvre)
- Relevé détaillé : 1 demande (mise en œuvre)
- Liste des médicaments onéreux : 1 demande (rejetée)
- La procédure de demande actuelle est ouverte jusqu'au 16.05.2026

Aperçu des transformations

RCG	Transformation dans ST Reha 4.0
TR11 - Réadaptation pédiatrique	Oui
TR13 - Réadaptation neurologique	Oui
TR14 - Réadaptation en médecine interne ou oncologique	Oui
TR15 - Réadaptation gériatrique	Oui
TR16 - Réadaptation musculo-squelettique	Oui
TR17 - Réadaptation pulmonaire	Oui
TR18 - Réadaptation psychosomatique	Oui
TR19 - Réadaptation cardiaque	Oui
TR80 - Réadaptation sans autre indication	Non

Intégration du degré de sévérité

RCG de base	RCG	PCCL	Index
TR11		Données insuffisantes	
TR13	TR13A	≥ 155	
	TR13B	≥ 140	
	TR13C	≥ 120	
	TR13D	-	
TR14	TR14A	≥ 145	
	TR14B	≥ 135	
	TR14C	-	
TR15	TR15A	≥ 150	
	TR15B	≥ 125	
	TR15C	-	

RCG de base	RCG	PCCL	Index
TR16	TR16A	Non approprié	
	TR16B	≥ 125	
	TR16C	-	
TR17	TR17A	≥ 135	
	TR17B	-	
TR18	TR18A	≥ 120	
	TR18B	-	
TR19	TR19A	≥ 135	
	TR19B	-	

Élevé 120-129
Très élevé 130-139

Hautement élevé 140-149
Extrêmement élevé ≥150

Contenu

1. Base de données
2. Degré de sévérité: Patient Severity Level (PSL)
3. **Grouper**
 - Thèmes généraux
 - Fonctions**
 - Perfectionnement
4. Calcul des cost-weights
 - Méthode
 - Perfectionnement
5. Analyses des données
6. Chiffres-clés
7. Perspectives

Développement de nouvelles fonctions

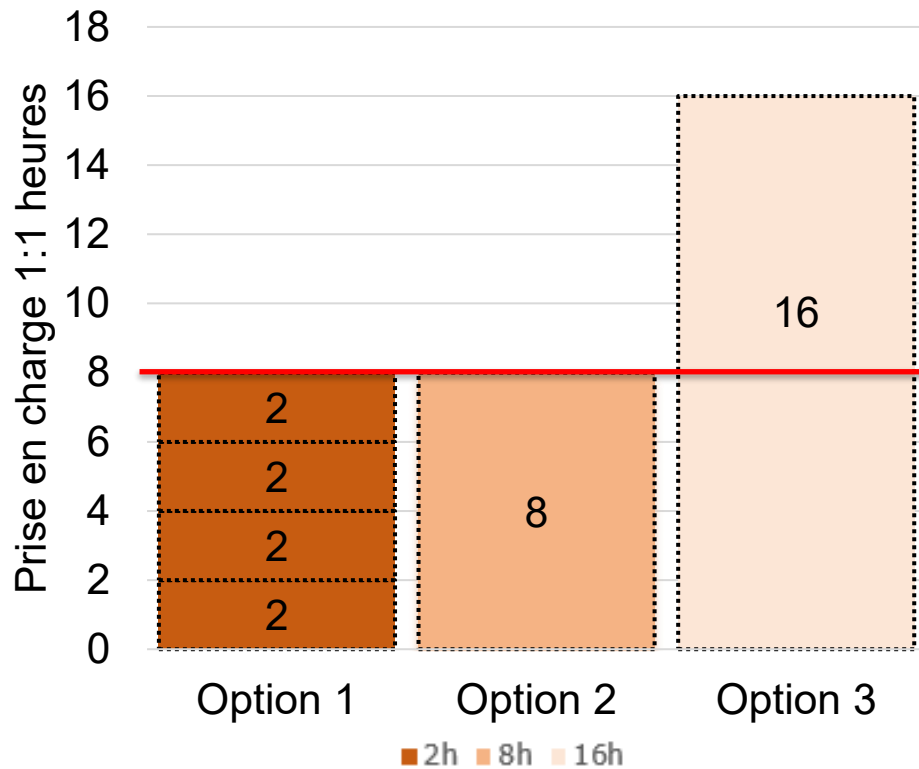
- Prise en charge 1:1
 - selon la durée du séjour (DDS)
- Gestion des plaies
 - selon la durée du séjour (DDS)
- Traitement sous vide
 - selon la durée du séjour (DDS)

Prise en charge 1:1

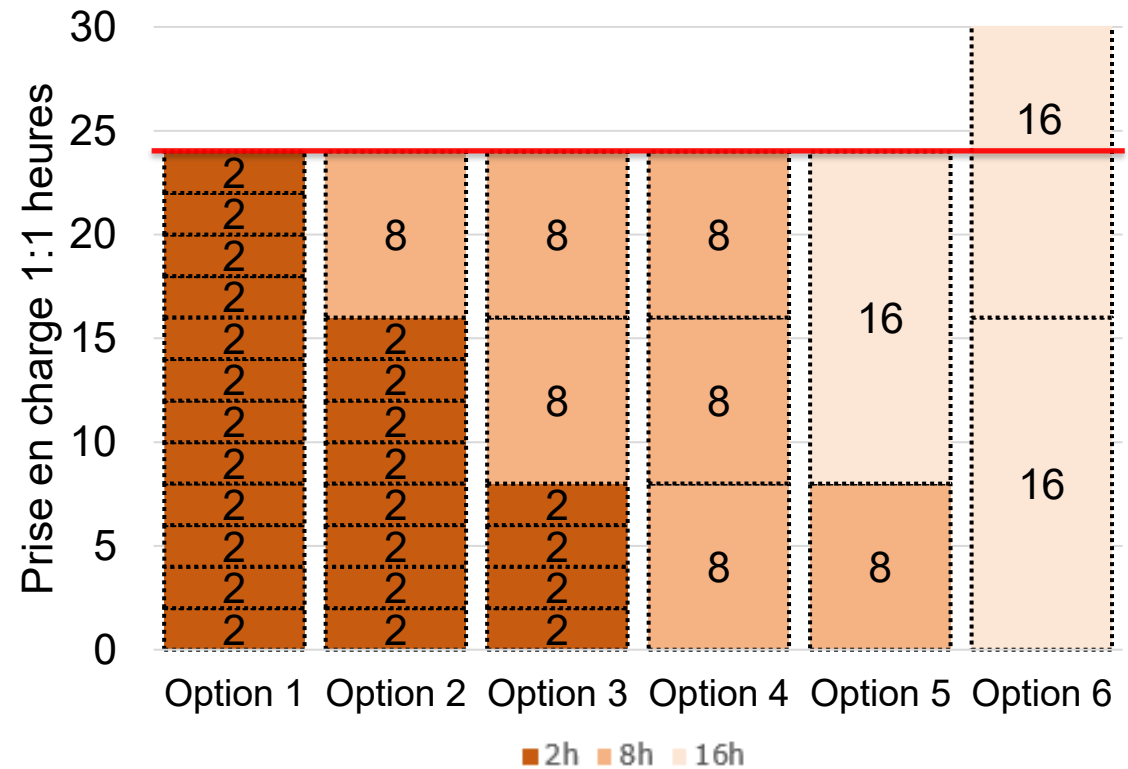
- **Au moins 8 heures de prise en charge 1:1 par 7 jours**
 - Basé sur la durée minimale des codes
 - BB.31.11 Prise en charge 1:1 en réadaptation, au moins **2 heures** jusqu'à 8 heures par jour
 - BB.31.12 Prise en charge 1:1 en réadaptation, de plus de **8 heures** jusqu'à 16 heures par jour
 - BB.31.13 Prise en charge 1:1 en réadaptation, de plus de **16 heures** par jour
 - Les combinaisons de codes sont prises en compte

Prise en charge 1:1 Exemple

Séjour de 7 jours
=> au moins 8 h (= 8 h/7 j)



Séjour de 21 jours
=> au moins 24 h (= 8 h/7 j)



Gestion des plaies

- Base (code CHOP) :
 - BB.32 Gestion des plaies en réadaptation, au moins 60 minutes par jour
- Fonction selon la durée du séjour
 - Gestion des plaies 1 x tous les 3 jours = $\frac{1}{3}$ de tous les jours = 33%
 - Exemples :
 - DDS 1-3: 1 x gestion des plaies
 - DDS 4-6: 2 x gestion des plaies
 - DDS 7-9: 3 x gestion des plaies
 - Etc.

Traitement sous vide

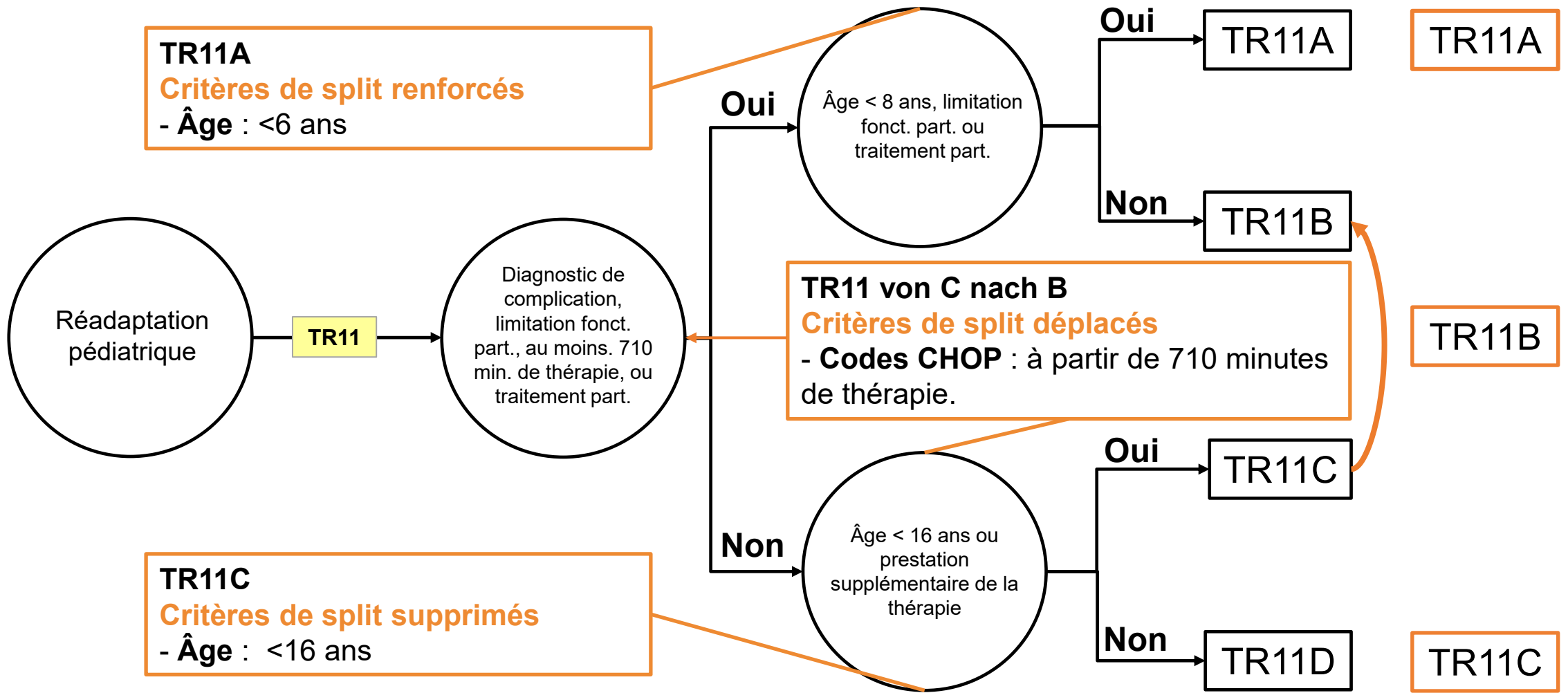
- Thérapie par pression négative continue
- **ET** pose ou remplacement d'une thérapie par pression négative au moins 1 fois tous les 7 jours

Durée du séjour	Nombre minimum de remplacements ou de nouvelles poses
1 – 7 jours	au moins 1×
8 – 14 jours	au moins 2×
15 - 21 jours	au moins 3×
22 - 28 jours	au moins 4×
etc.	+1 changement tous les 7 jours supplémentaires

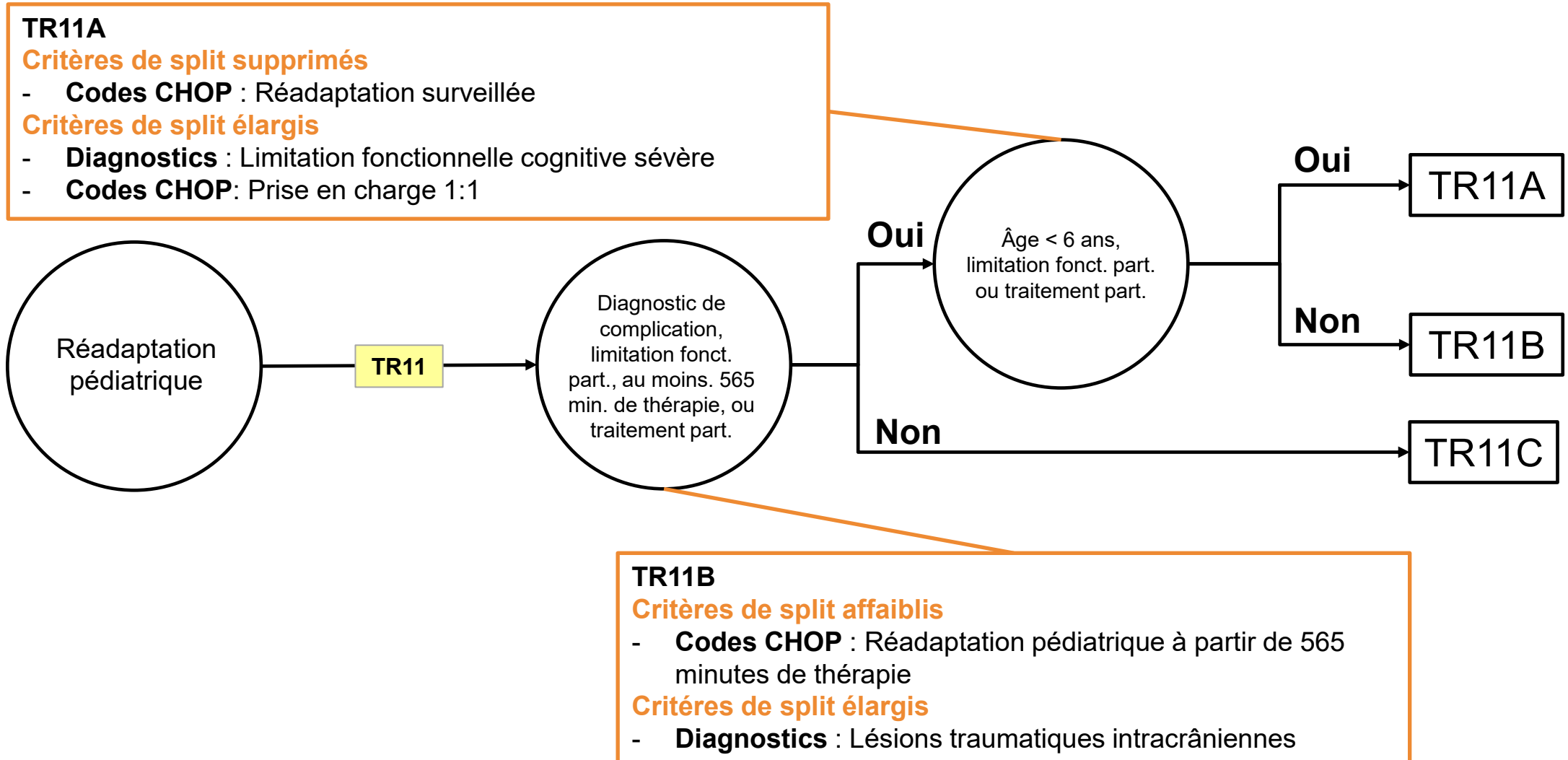
Contenu

1. Base de données
2. Degré de sévérité: Patient Severity Level (PSL)
3. **Grouper**
 - Thèmes généraux
 - Fonctions
 - Perfectionnement**
4. Calcul des cost-weights
 - Méthode
 - Perfectionnement
5. Analyses des données
6. Chiffres-clés
7. Perspectives

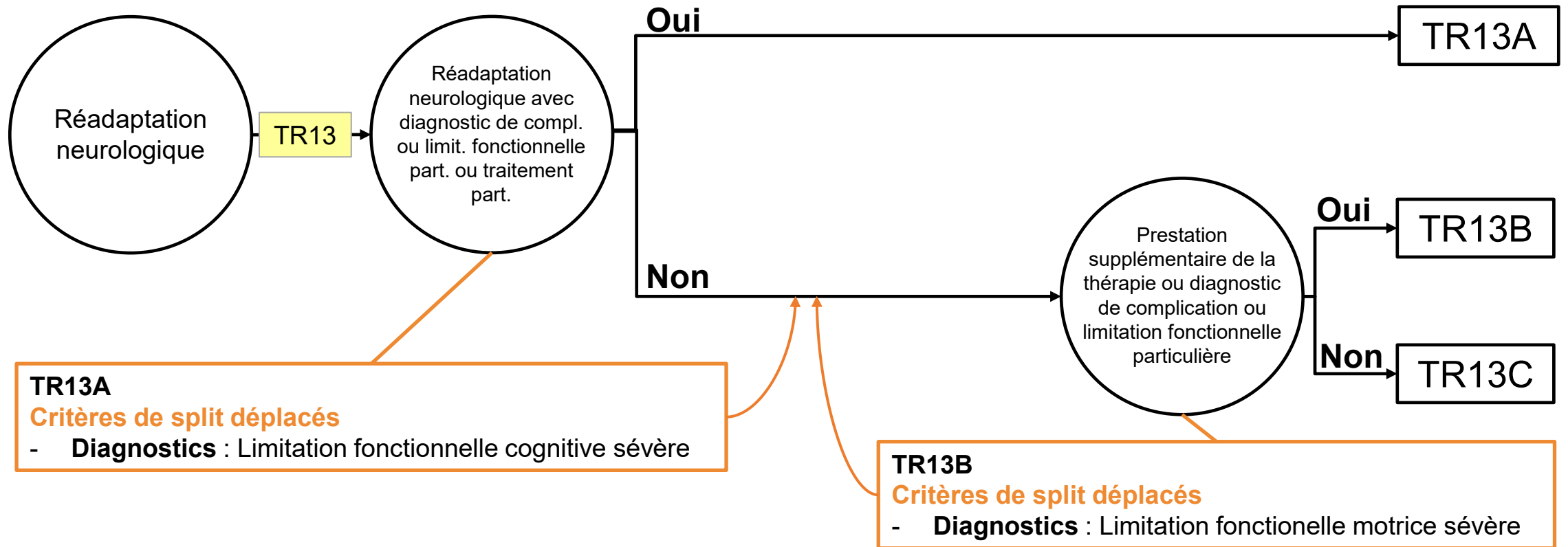
TR11



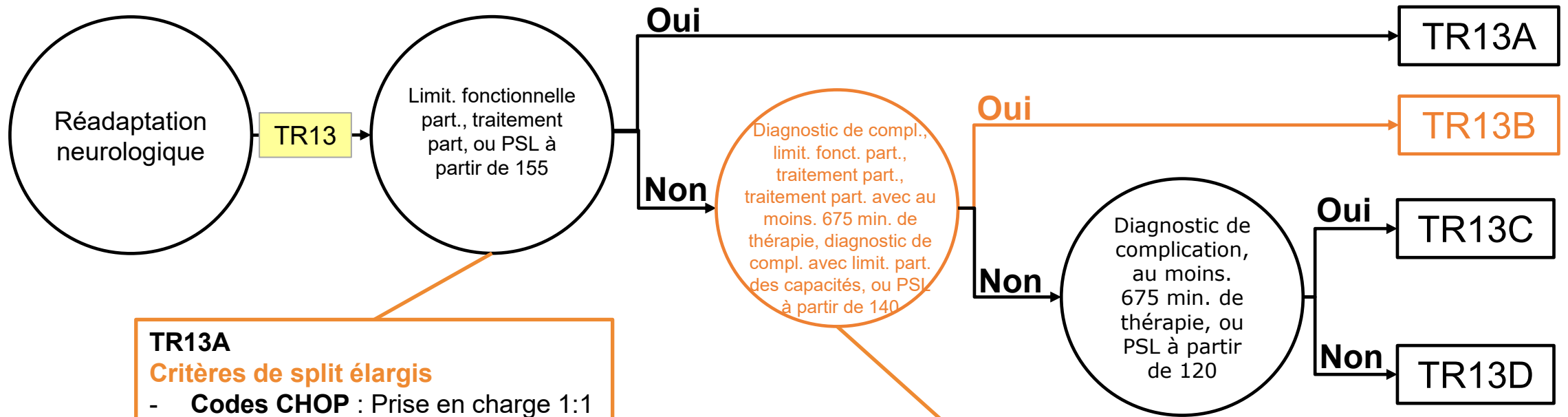
TR11



TR13



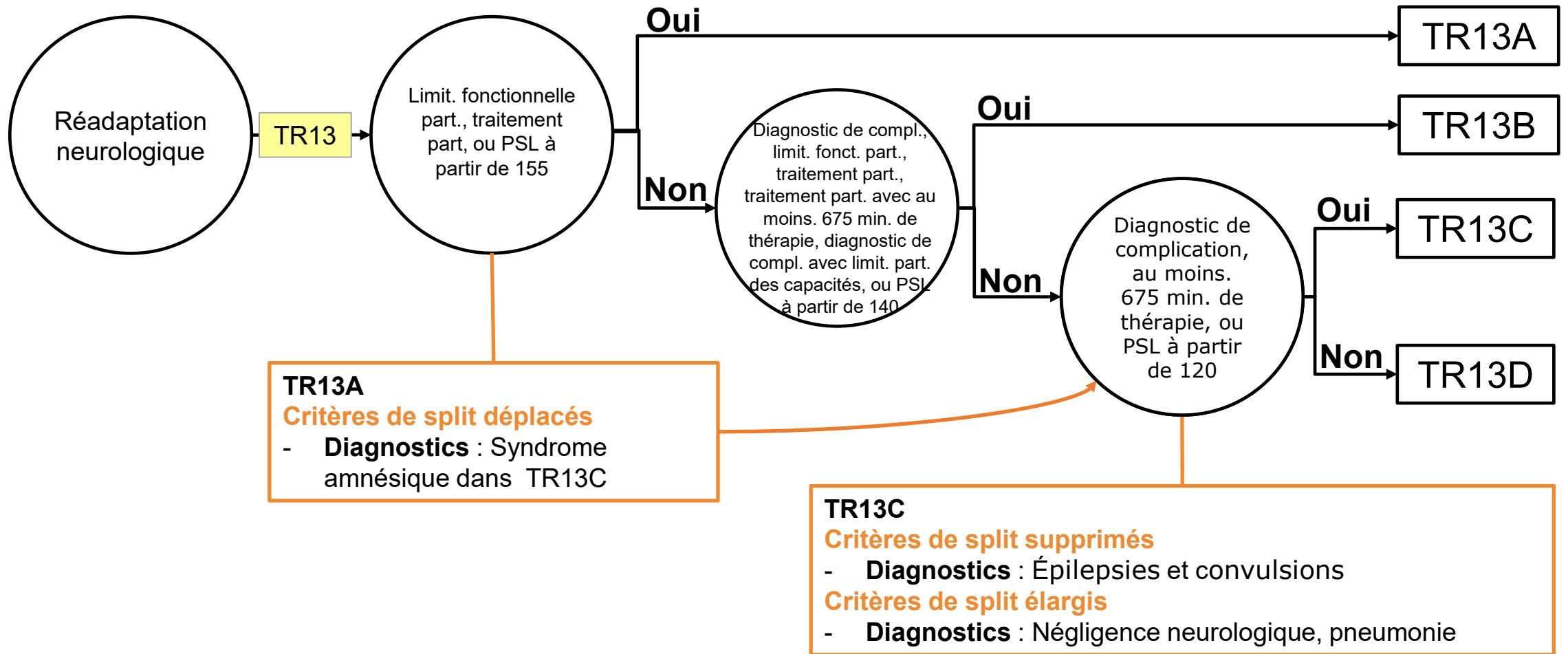
TR13



TR13A
Critères de split élargis
 - Codes CHOP : Prise en charge 1:1

Nouveau RCG TR13B
Critères de split élargis :
 - Codes CHOP : Surveillance intensive >12h, gestion des plaies, traitement sous vide, isolation avec réadaptation neurologique à partir de 675 minutes de thérapie
 - Diagnostics: Dysphagie avec ADL1, score 0, état après transplantation

TR13

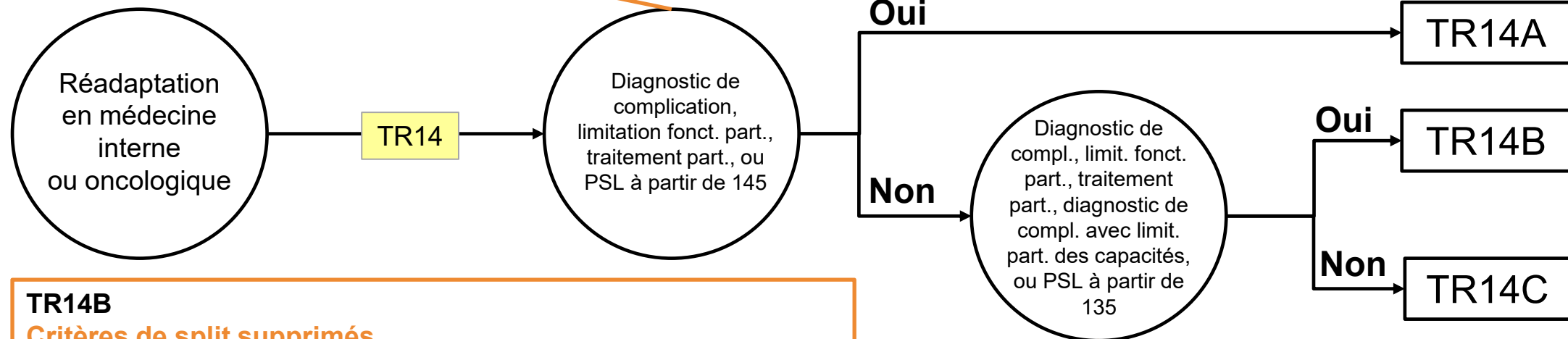


TR14

TR14A

Critères de split supprimés

- **Codes CHOP** : Prise en charge 1:1



TR14B

Critères de split supprimés

- **Diagnostics** : Limitation fonctionnelle cognitive moyenne

Critères de split supprimés

- **Diagnostics** : Tumeurs malignes du cerveau et des méninges cérébrales, dysphagie avec ADL1, score 0, fractures tumorales
- **Codes CHOP** : Gestion des plaies, traitement sous vide, surveillance intensive >12h

TR15

Nouveau RCG TR15A

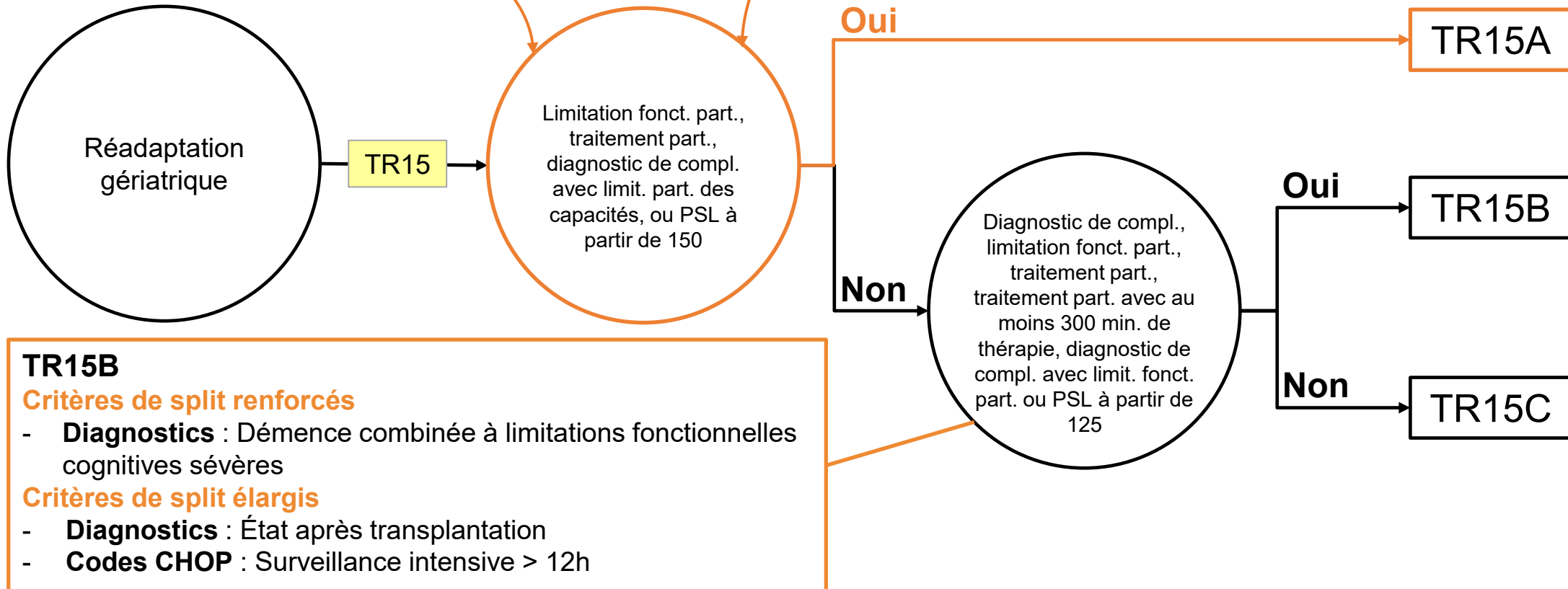
Nouveaux critères de split :

- **Diagnostics** : Dysphagie avec ADL1, score 0
- **Codes CHOP** : Prise en charge 1:1

Nouveau RCG TR15A

Critères de split déplacés du TR15A

- **Diagnostics** : Limitations fonctionnelles motrices très sévères
- **Codes CHOP** : Réadaptation surveillée



TR15B

Critères de split renforcés

- **Diagnostics** : Démence combinée à limitations fonctionnelles cognitives sévères

Critères de split élargis

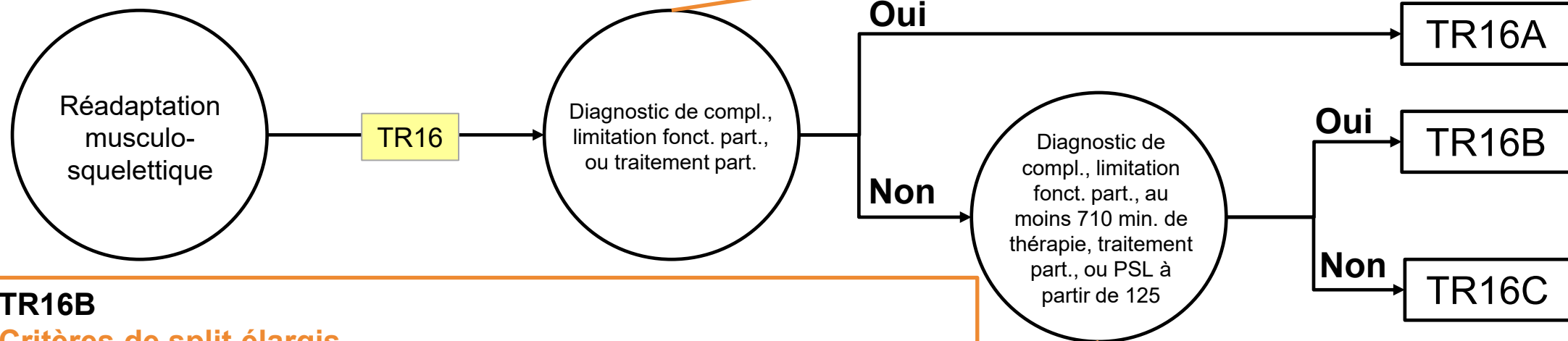
- **Diagnostics** : État après transplantation
- **Codes CHOP** : Surveillance intensive > 12h

TR16

TR16A

Critères de split élargis

- **Diagnostics**: Brûlure & corrosion à partir du degré 2b, limitation fonctionnelle cognitive sévère
- **Codes CHOP** : Gestion des plaies, prise en charge 1:1

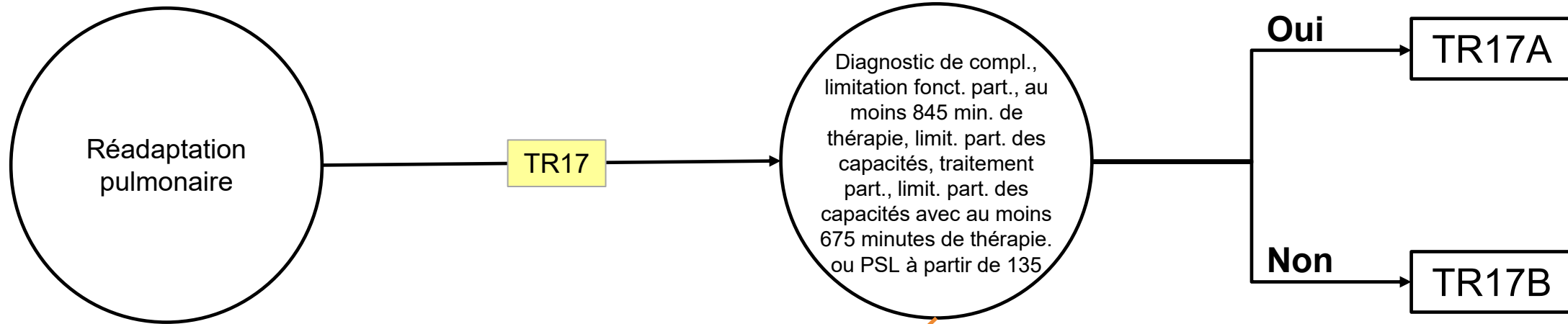


TR16B

Critères de split élargis

- **Diagnostics** : Insuffisance rénale, infections des organes urinaires aiguës, pneumonie, infection des articulations ou osseuse, amputation (incl. complications), état après transplantation
- **Codes CHOP** : Traitement sous vide, surveillance intensive >12h

TR17



TR17A

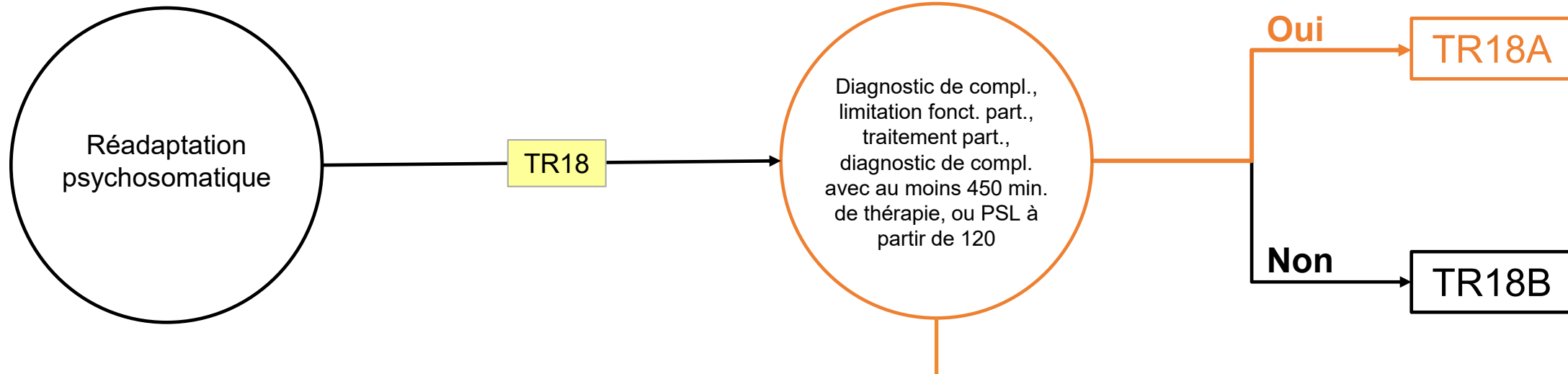
Critères de split élargis

- **Diagnostics** : État après transplantation, limitation sévère et très sévère des fonctions motrices
- **Codes CHOP** : Réadaptation pulmonaire coûteuse à partir de 845 minutes de thérapie, à partir de 675 minutes de thérapie AVEC test de marche 150-300m, prise en charge 1:1

Critères de split supprimés

- **Codes CHOP** : Traitement par pression positive au masque

TR18

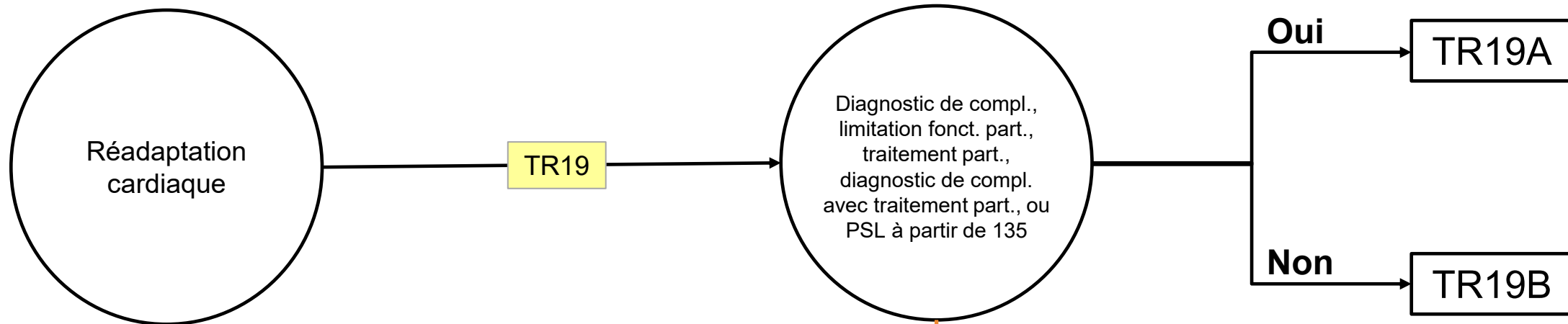


Nouveau RCG TR18A

Critères de split établis

- **Diagnostics** : Réadaptation à partir de 450 minutes de thérapie AVEC episode dépressif sévère, limitation fonctionnelle motrice moyenne à très sévère, pneumonie
- **Codes CHOP** : Prise en charge 1:1

TR19



TR19A

Critères de split élargis

- **Diagnostics:** Athérosclérose avec ulcération/gangrène, état après transplantation
- **Codes CHOP :** Prise en charge 1:1
- **Combinaison :** Endocardite ET injection ou perfusion d'anti-infectieux

Critères de split supprimés

- **Diagnostic :** Limitation fonctionnelle cognitive moyenne

RCG en comparaison

	ST Reha 3.0	ST Reha 4.0
Nombre de RCGs	22*	24
RCG évalués	21*	23
RCG non remboursés (TR96Z)	1	1

* Chiffres corrigés de la présentation du système du 23.11.2023

Rémunérations supplémentaires dans ST Reha

Numéro	Nom de la rémunération supplémentaire	Développée dans la version	Commentaire
RZE-2027-06	Linézolide, intraveineuse	ST Reha 4.0	
RZE-2027-05	Linézolide, orale	ST Reha 4.0	
RZE-2027-04	Remdesivir, intraveineuse	ST Reha 4.0	Supprimé dans R4.0, représentée dans SwissDRG V16.0
RZE-2027-03	Fidaxomicine, orale	ST Reha 4.0	Classes de dose complétées par V16.0
RZE-2027-02	Daptomycine, intraveineuse	ST Reha 3.0	
RZE-2027-01	Transfusion de concentrés érythrocytaires	ST Reha 2.0	

Contenu

1. Base de données
2. Degré de sévérité: Patient Severity Level (PSL)
3. Grouper
 - Thèmes généraux
 - Fonctions
 - Perfectionnement
- 4. Calcul des cost-weights**
 - Méthode
 - Perfectionnement
5. Analyses des données
6. Chiffres-clés
7. Perspectives

Axes de développement

- Amélioration de la qualité de la représentation
- Minimisation des taux de couverture négatifs pour toutes les durées de séjour
- Flexibilité accrue des rémunérations

Approches vérifiées

- Réadaptation pédiatrique : prise en compte de deux années de données
- Grandeur d'optimisation alternative : MAE
- Qualité de la représentation des low-outliers
 - Approches de calcul alternatives

Réadaptation pédiatrique



- Comme dans la version 3.0, l'utilisation additionnelle des cas pédiatriques (enfants et adolescents) de l'année précédente (+251 cas) a été examinée
- Un nombre de cas plus élevés dans les RCG pédiatriques permet d'obtenir des cost-weights plus robustes
- **Base de données pour le calcul 2024:** $76\ 128 + 251 = 76\ 379$ cas

RCG (selon R4.0)	Nombre de cas 2023	Nombre de cas 2024	Cas combinés
TR11A	100	90	190
TR11B	132	146	278
TR11C	19	28	47
Total	251	264	515

Grandeur d'optimisation alternative : MAE

Situation initiale

- L'examen de grandeurs d'optimisation alternatives est partie intégrante du développement du système
- Objectif : représentation optimale des données de calcul

$$\text{MAPE} \quad \frac{1}{n} \sum_i^n \left| \frac{ct_i - evg_i}{ct_i} \right|$$

$$\text{MAE} \quad \frac{1}{n} \sum_i^n |ct_i - evg_i|$$

n = Tous les cas dans la base de données de calcul, ct_i = Coûts totaux du cas i , RE_i = Rémunération estimée du cas i

- MAE représente les « erreurs en CHF »
- Conclusion : passage à la MAE, indicateurs stables, flexibilité accrue des rémunérations

Situation initiale

- Les cas avec une DDS < 14 présentent un découvert en raison des coûts journaliers élevés
 - Réduction pour transfert sur DDS
 - Coûts de transport
 - « Coûts fixes » élevés à l'entrée
- Situation légèrement améliorée grâce à l'adaptation de la MAE
- Conclusion : les low-outliers restent sous-rémunérés
 - La situation incitative ne permet pas les RCG pour low-outliers, cela vaut également pour les suppléments pour low-outliers
 - Les séparateurs de coûts sont difficiles à identifier
 - Les méthodes de calcul alternatives continuent d'être examinées

Approches de calcul alternatives



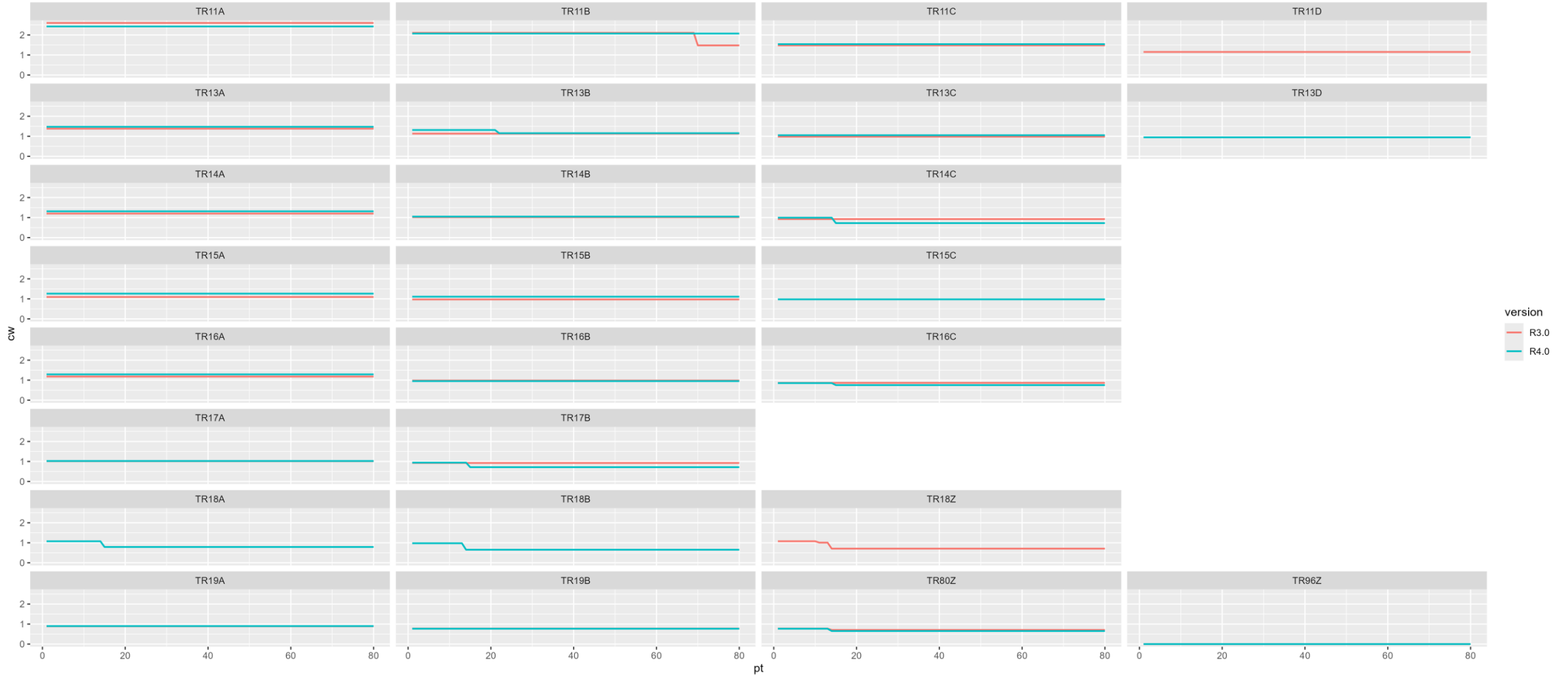
Approches de calcul alternatives

- Coûts thérapeutiques en tant que cost-weights séparés, modèle TARPSY,....
 - Le modèle TARPSY prometteur pour les low-outliers
 - Des approches de calcul alternatives sont poursuivies

Cost-weights : comparaison R3.0&R4.0



cost weights, R3.0 & R4.0



Contenu

1. Base de données
2. Degré de sévérité: Patient Severity Level (PSL)
3. Grouper
 - Thèmes généraux
 - Fonctions
 - Perfectionnement
4. Calcul des cost-weights
 - Méthode
 - Perfectionnement
- 5. Analyses des données**
6. Chiffres-clés
7. Perspectives

Analyses des données



Thèmes

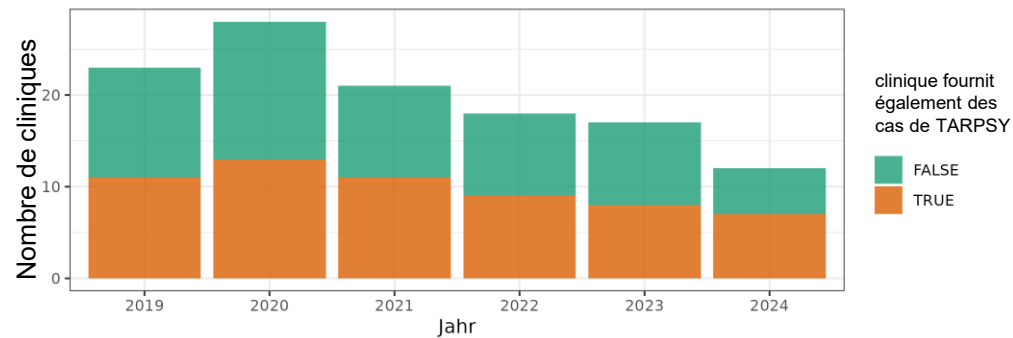
- Situation tarifaire globale
- Utilisation des données de coûts selon l'OCP à partir de l'année 2027

Analyses des données

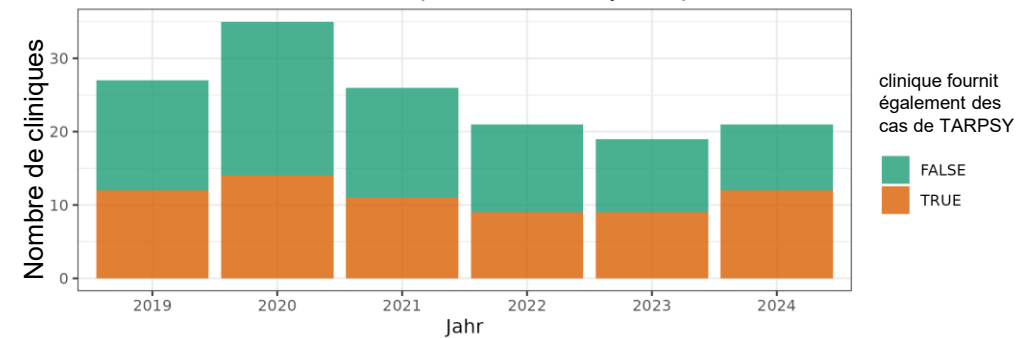
Situation tarifaire globale

- Examiner les interfaces avec la structure tarifaire TARPSY
 - Transfert des cas psychosomatiques vers TARPSY ?

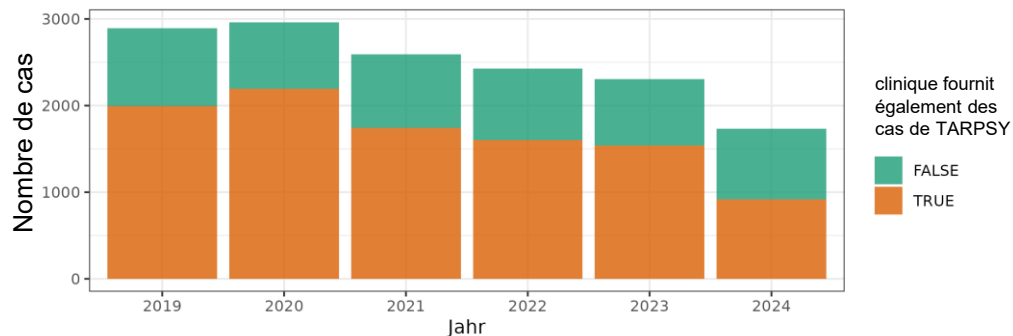
Évolution du nombre de cliniques en TR18Z



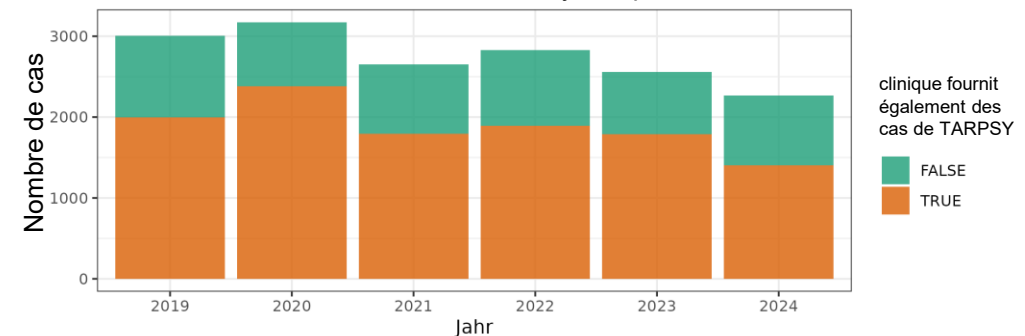
Évolution du nombre de cliniques en TR18Z, y compris les cas TR80 estimés



Évolution du nombre de cas en TR18Z



Évolution du nombre de cas en TR18Z, y compris les cas TR80 estimés



Utilisation des données de coûts selon l'OCP à partir de l'année 2027

- Demande de l'OFSP d'évaluer à l'avenir les CUI selon l'OCP
- Analyse comparative réalisée en 2023 en collaboration avec H+
 - Double relevé : CUI selon REKOLE et selon OCP
 - Résultat : aucun impact négatif sur les structures tarifaires n'est mesurable

Conclusion

En accord avec le groupe spécialisé REKOLE et le Conseil d'administration de SwissDRG SA, le relevé des CUI selon l'OCP a été approuvé à partir de l'année de données 2027.

Contenu

1. Base de données
2. Degré de sévérité: Patient Severity Level (PSL)
3. Grouper
 - Thèmes généraux
 - Fonctions
 - Perfectionnement
4. Calcul des cost-weights
 - Méthode
 - Perfectionnement
5. Analyses des données
6. **Chiffres-clés**
7. Perspectives

Chiffres-clés



Base de données: données plausibles

	2019	2021	2022	2023	2024
Version	R1.0	R2.0	R3.0	-	R4.0
Coûts journaliers moyens	759	799	784	823	828
Durée moyenne de séjour	23.9	23.6	24.3	24.7	24.7
Valeur de référence	759	786	766	-	809
Baserate hypothétique (BRH)	759	787	766	-	820

$$VR = \frac{\sum EVG_{R4.0, \text{domaine.d'application}}}{\sum ECW_{R3.0, \text{domaine.d'application}}}$$

$$BRH = \frac{\sum \text{coûts totaux données calcul}}{\sum ECW_{R4.0, \text{données calcul}}}$$

Chiffres-clés



Taux de couverture (TDC) et Day Mix Index (DMI) par typologie des hôpitaux selon OFS

Pour des raisons de protection des données, toutes les typologies ne sont pas affichées

Typologie des hôpitaux selon OFS	Nombre de cas	Pourcentage	Ø DS ² (jours)	TDC R3.0	TDC R4.0	DMI ³ R3.0	DMI ³ R4.0
Hôpitaux universitaires ¹	8 529	11%	25.1	78%	81%	1.107	1.113
K1* Hôpitaux de soins généraux (excl. K111)	11 899	16%	21.6	99%	100%	1.005	0.993
K221 Cliniques de réadaptation	52 876	69%	25.1	106%	105%	0.994	0.96
K23* Autres cliniques spécialisées (excl. K233)	2 692	4%	28.4	94%	95%	1.121	1.108

¹ K111 et K233

² Ø DS = durée moyenne de séjour

³ DMI = $\sum CWE / \sum DS$

Chiffres-clés



Taux de couverture (TDC) et Day Mix Index (DMI) par catégorie d'âge

Catégorie d'âge	Nombre de cas	Pourcentage	Ø DS ¹ (jours)	TDC R3.0	TDC R4.0	DMI ² R3.0	DMI ² R4.0
Moins de 19 ans	662	1%	44.3	94%	100%	1.772	1.779
19 à 64 ans	18 843	25%	27.4	101%	100%	1.001	0.961
65 ans et plus	56 874	74%	23.5	100%	100%	1.00	0.98

¹ Ø DS = durée moyenne de séjour

² DMI = $\sum CWE / \sum DS$

Base de données: ST Reha, base de données pour le calcul 2024, baserate hypothétique pour bénéficiaires nuls: CHF 820

Chiffres-clés



Le R^2 provient d'une régression simple avec les coûts totaux comprenant les CUI comme variable dépendante et le coût relatif effectif comme variable explicative:

$$\text{Coûts totaux}_i = \beta_1 + \beta_2 \text{cwe}_i + \varepsilon_i$$

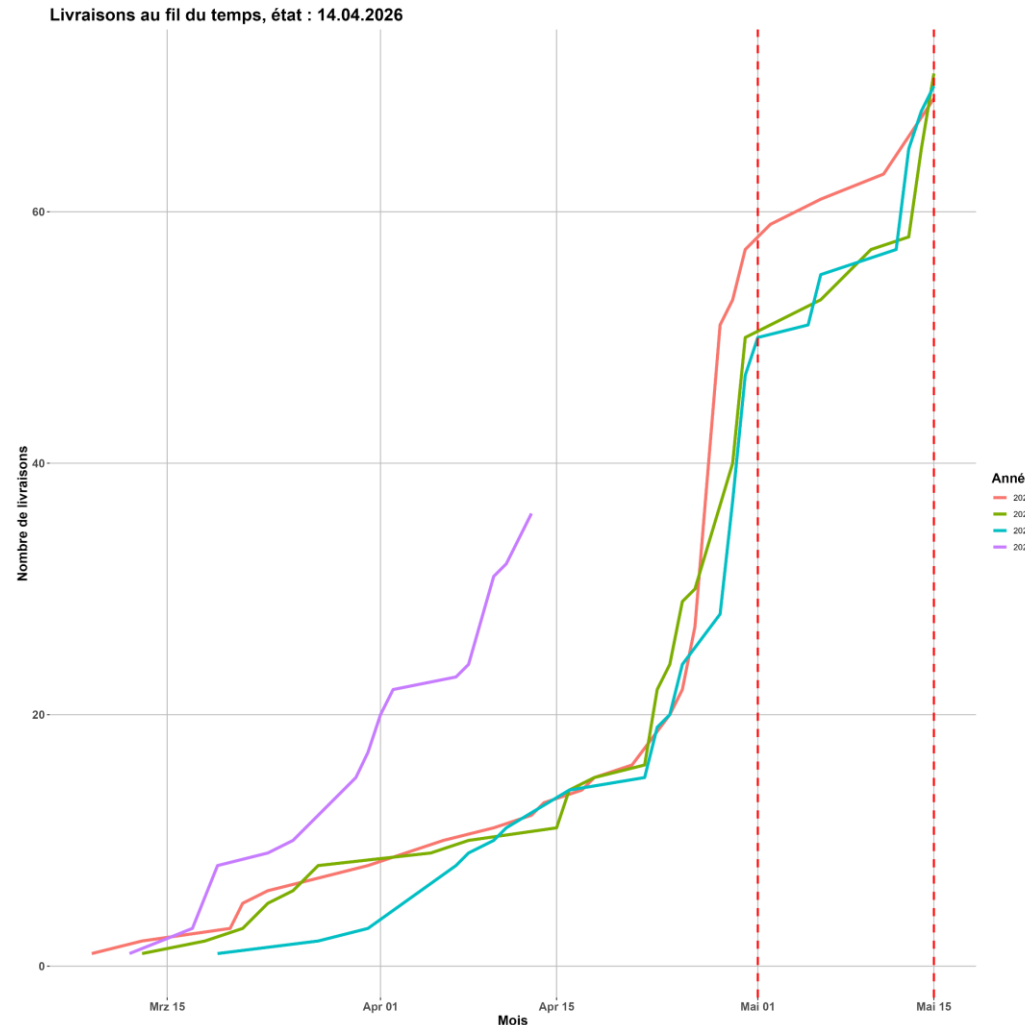
Version	Année des données	R^2
ST Reha 4.0	2024	0.867
ST Reha 3.0	2024	0.851
ST Reha 3.0	2022	0.855

Contenu

1. Base de données
2. Degré de sévérité: Patient Severity Level (PSL)
3. Grouper
 - Thèmes généraux
 - Fonctions
 - Perfectionnement
4. Calcul des cost-weights
 - Méthode
 - Perfectionnement
5. Analyses des données
6. Chiffres-Clés
7. **Perspectives**

Livraison des données actuelle

Données 2025



- Les livraisons sont encore possibles jusqu'au **30 avril**
- Les commentaires peuvent encore être saisis jusqu'au **15 mai**
- Jusqu'à présent, nous avons reçu **1** questionnaire détaillé

- La procédure de demande est ouverte jusqu'au **16 mai**
- **Jusqu'à présent, aucune demande n'a été reçue!**

Prochains rendez-vous



- Publication R4.0 VP1 (2025/2027): **23.04.2026***
- Publication R4.0 VP2 (2026/2027): **21.05.2026***
- Publication R4.0 VT (2027/2027): probablement **30.11.2026**

- La présentation du système et la séance d'information seront regroupées
 - Présentation du système R5.0: **01 décembre 2026**

* Jusqu'à l'approbation de la version 16.0 SwissDRG, le catalogue des ZE de la version 15.0 est toujours utilisé. Certains ZE (remdesivir, fidaxomicine) ne figurent donc pas encore dans les simulations.

Un grand merci pour votre attention

SwissDRG SA

Länggassstrasse 31

CH-3012 Berne

Tél : +41 (0) 31 310 05 50

e-mail: reha@swissdrg.org