

Séance d'information SwissDRG SA

SwissDRG – Version 16.0 / 2027

30 juin 2026

SwissDRG – Version 16.0 / 2027

1. Base de données
2. Développement du Grouper partie I

env. 14:20 h



Développement du Grouper partie II

3. Résultats
4. Discussion

Apéro environ 15:45 h

Base de données

Aperçu général

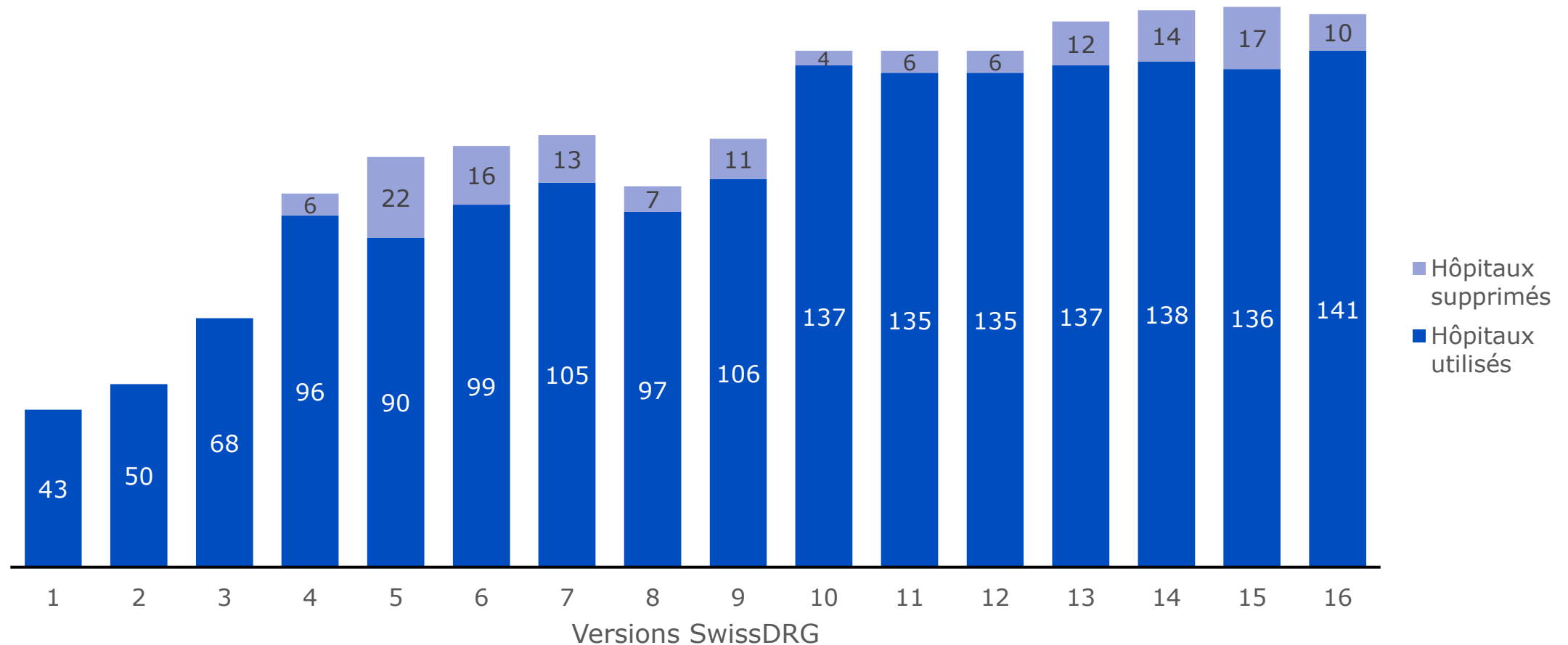
- Données des prestations et des coûts des hôpitaux 2024
- Codée avec CHOP 2024 et ICD-10 GM 2022
- Sans psychiatrie et réadaptation
- Paraplégie et réadaptation précoce incluses
- Formats de données
 - Statistique médicale
 - Jeu de données SpiGes
- Relevé détaillé

Nombre d'hôpitaux

Année de données	2024	2023	2022
Hôpitaux de réseau	151	153	152
Tous les hôpitaux	185	185	187

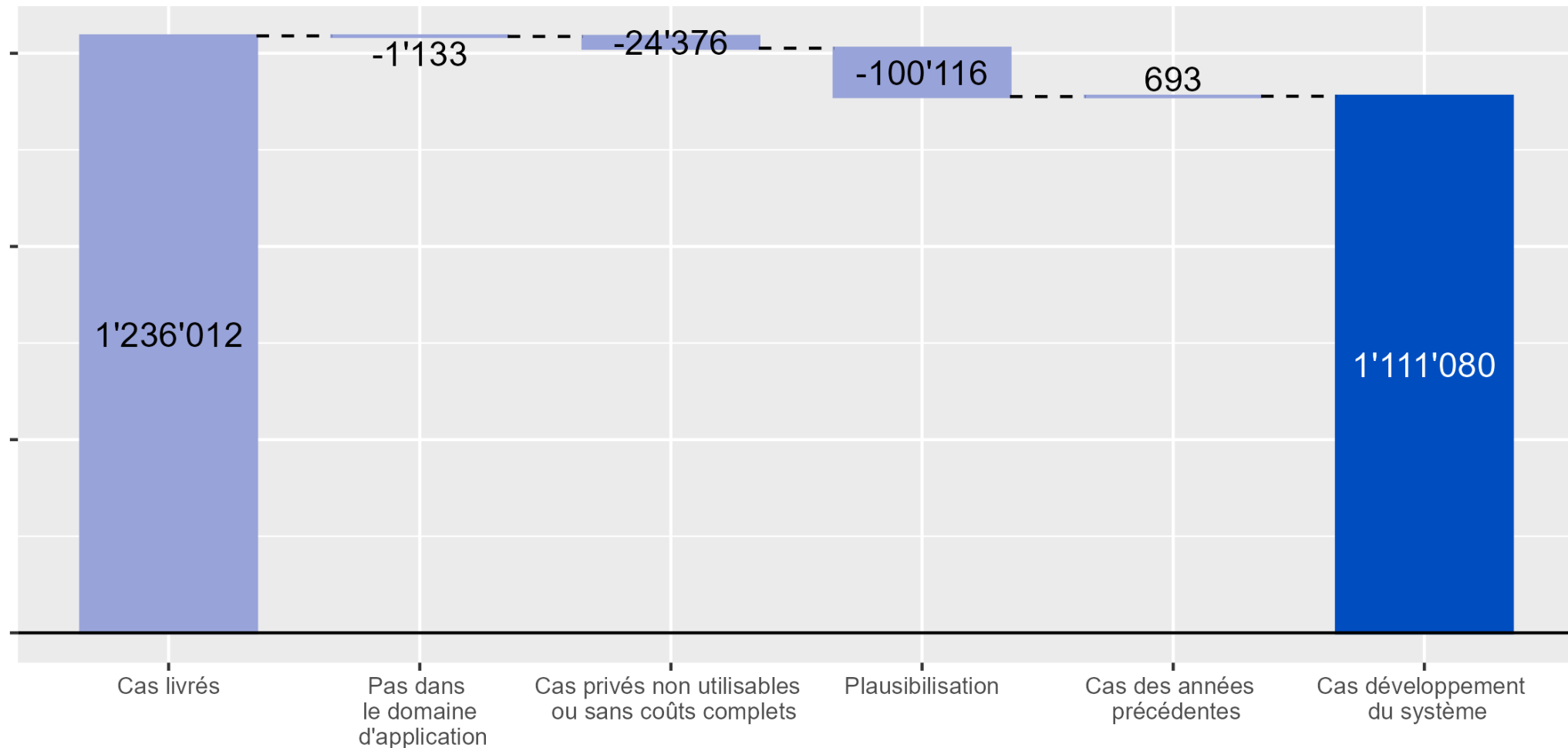
- Suppression totale de 10 hôpitaux
- Utilisation des données de 141 hôpitaux pour le développement du système (136 l'année précédente)

Le nombre d'hôpitaux utilisés a atteint un nouveau maximum de 141.

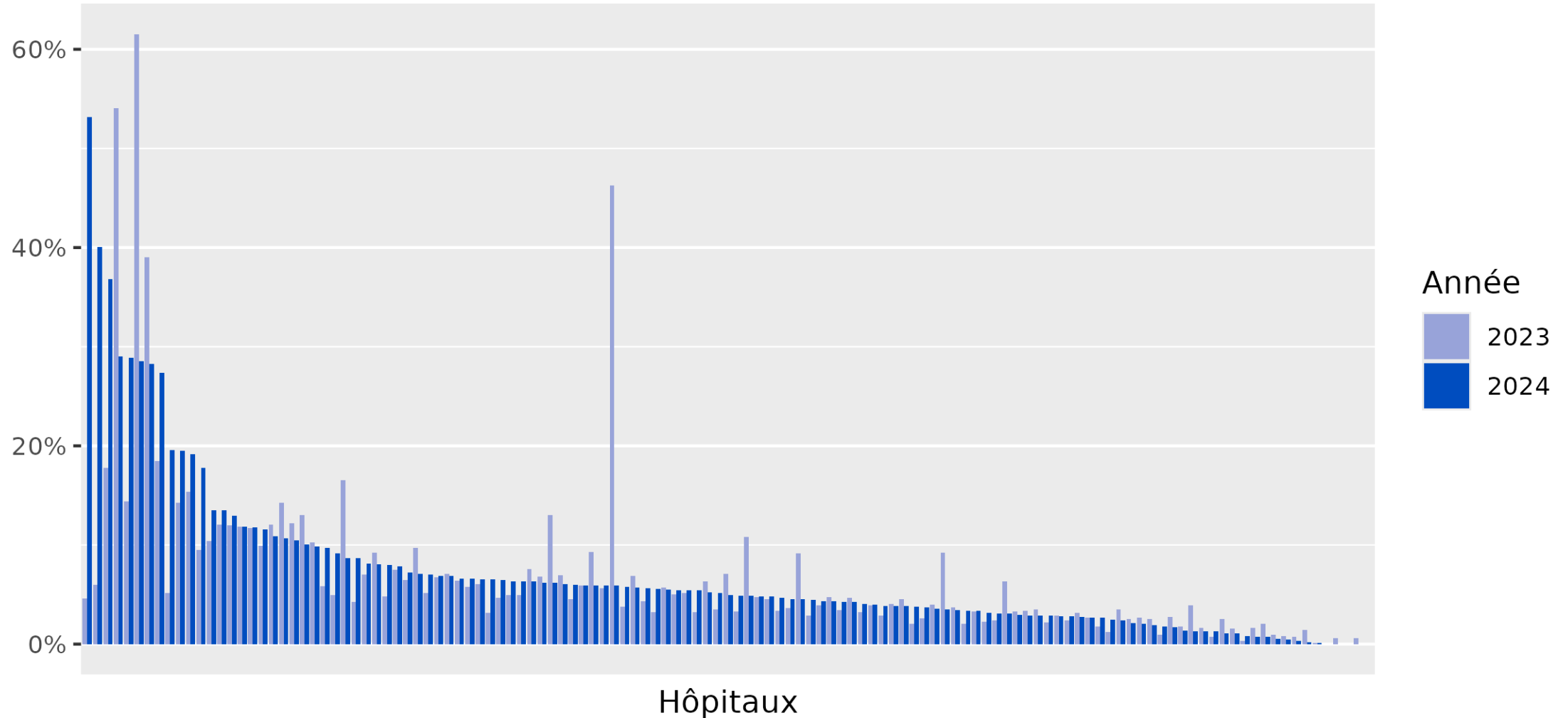


Aperçu de l'érosion des données

Environ 90 % des cas sont utilisés



Pourcentage de cas non plausibles par année

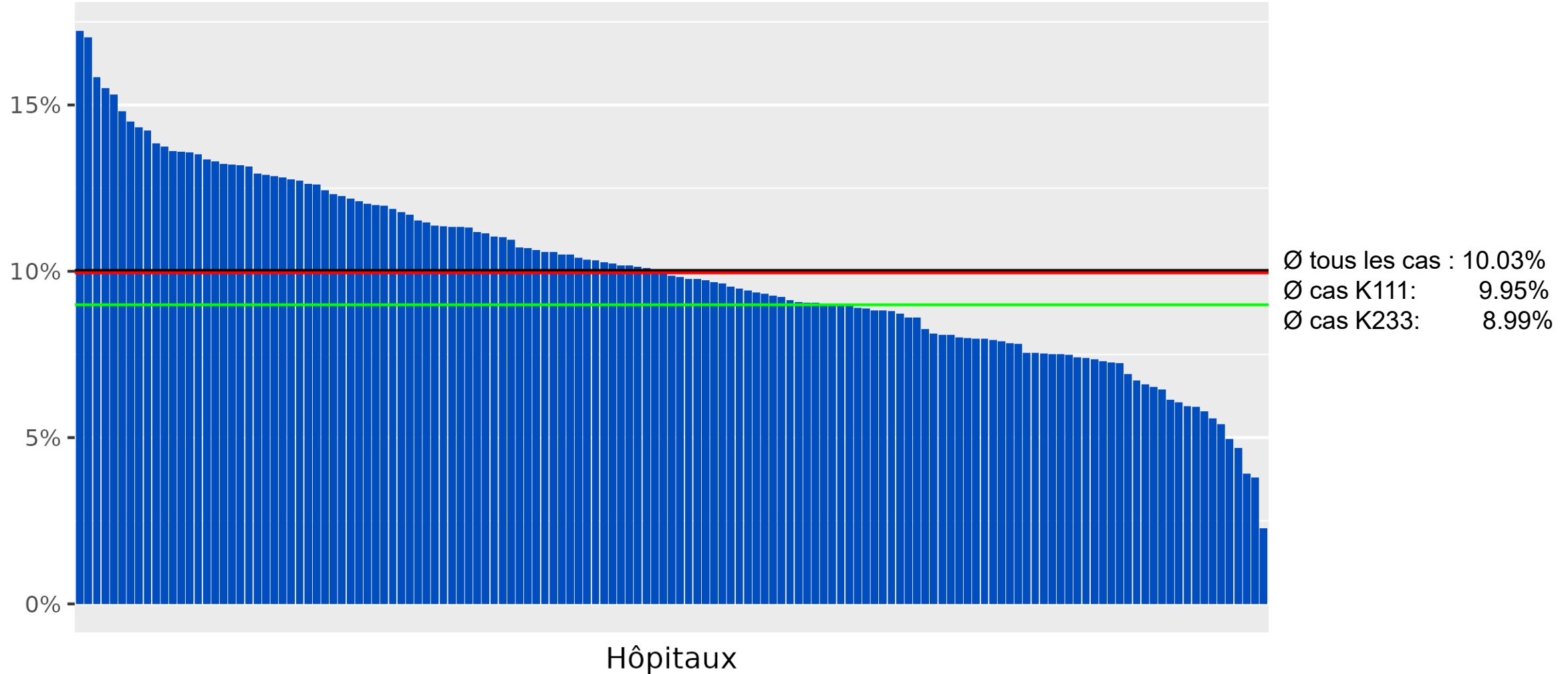


Base de données : 2023/2024, données du domaine d'application SwissDRG

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

	V16.0			V15.0	V14.0
Année de données	2024	2024 Hôpitaux universitaires	2024 Hôpitaux pour enfants	2023	2022
Médicaments onéreux dans la livraison régulière des données					
	115	5	3	118	117
Relevé détaillé, indications des coûts...					
... médicaments onéreux	67	5	2	64	58
... implants onéreux	29	5	2	33	27
- dont cœurs artificiels inclus	5	4	1	6	4
... procédés onéreux / produits sanguins	33	5	2	35	32

Pourcentage des coûts d'utilisation des immobilisations



Base de données : 2024, données de calcul

Exclusion d'un hôpital

- **Principe** : dans la mesure du possible, privilégier une exclusion partielle ; l'exclusion complète d'un hôpital ne doit être envisagée qu'en cas de problèmes systématiques
- Comparaisons avec l'année précédente :
 - Fortes variations du nombre de cas
 - Forte diminution ou augmentation des coûts par cas corrigés de l'ICM
- En l'absence de données de l'année précédente ou de l'avant-dernière année (première livraison des données), une exclusion est souvent appliquée.
- Critères :
 - Coûts d'utilisation des immobilisations élevés
 - Coûts par cas ajustés selon l'ICM très élevés ou très faibles
 - Plausibilisation (y compris codage)
 - Composantes des coûts

Exclusion d'un hôpital

Indicateurs clés de la livraison des données

Plausibilisation de la livraison des données : anomalies détectées dans les indicateurs clés

Chiffres clés		Avertissements		Erreur	
Nom	Description	Catégorie	Résultat		
All.1.10	Nombre de cas dont la date d'admission est antérieure à l'année de données :	Information de ...	0		
All.1.11	Nombre de cas splités à la suite de la période aigue :	Information de ...	0		
All.1.12	Durée de séjour moyenne des cas :	Information de ...	4,27		
All.1.13	Croissance de la durée de séjour moyenne par cas par relativement au relevé précédent [%] :	Information de ...	15,44		
All.1.14	Nombre de médicaments chers saisis dans la statistique médicale (Tabelle Medikamente) :	Information de ...	1		
All.1.15	Nombre de cas avec retransfert ou réadmission :	Information de ...	9		
All.1.16	Nombre de cas avec congé administratif :	Information de ...	0		
All.1.17	Croissance du coût moyen normé par cas par rapport au précédent relevé (y c. CUI) [%] :	Information de ...	7,99		
All.1.20	Part de cas dans un DRG 'Autre' ('901A','901B','901C','901D','902Z') [%] :	Information de ...	0		
All.1.21	Nombre de cas dans un DRG d'erreur non facturable (960Z ou 961Z) :	Information de ...	0		
All.1.22	Nombre de cas dans un DRG d'erreur évalué (963Z) :	Information de ...	0		
All.1.28	Nombre de cas dans un DRG non évalué (962Z) :	Information de ...	0		
All.1.29	Part de CUI aux coûts totaux :	Information de ...	16,52		
All.1.32	Croissance des cas dans le domaine d'application SwissDRG par rapport à l'enquête précédente [%] :	Information de ...	-22		

→ Veuillez commenter !

SwissDRG – Version 16.0 / 2027

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

Règles et définitions pour la facturation des cas

Nouveau :

- **Changement d'heure au chapitre 1.5.3 « Congé »**

« Lors du changement d'heure semestriel, l'heure supplémentaire ou l'heure supprimée n'est pas prise en compte dans le calcul du congé. »

- **Adaptation** au chapitre 1.6 « Clarification du terme hôpital » selon SpiGes

Hôpital : ID de l'hôpital (anciennement REE-GESV)

Sites d'un hôpital : Numéro REE

Règles et définitions pour la facturation des cas

3.9 «Facturation en cas d'obligation de prise en charge par plusieurs institutions d'assureurs sociaux»:

- Vérification en 3 étapes :
 1. S'agit-il d'une seule atteinte à la santé non délimitable ?
 2. Une autre atteinte à la santé délimitable, relevant d'une autre institution d'assureur sociale, entraîne-t-elle des coûts supplémentaires ?
 3. Un traitement séparé est-il possible ?

Axes de développement Version 16.0 / 2027



Traumatisme multiple



Remarque :

- Cas avec «*Traumatisme multiple*» sous-rémunérés

Analyses :

- Sous-rémunération dans différents DRG de base dans pré-MDC et dans la MDC 21A
- Surrémunération parfois considérable dans la MDC 21A
- Peu de cas complexes répondent à la définition du traumatisme multiple
- 139 simulations
 - Examen d'environ 1 000 codes ICD
 - Adaptation des tableaux avec «*Localisations*»



Traumatisme multiple

Fonction globale

Transformation :

- Révision de la fonction globale «*Traumatisme multiple*» est nécessaire
- Adaptation des tableaux avec diagnostics traumatiques dans la fonction «*Traumatisme multiple*»
 - Inclusion et dévalorisation de diagnostics
 - 813 codes ICD réévalués

Traumatisme multiple

Pré-MDC

Traumatisme
multiple

Transformation :

- Revalorisation de la fonction «*Traumatisme multiple*» dans la pré-MDC :

«*Traumatisme
multiple*»

- A07B
- DRG de base A11 avec «*Réadaptation précoce à partir de 7 jdt*»
et «*Procédures opératoires particulières*»
- DRG de base A11 avec «*Proc. op. complexes en quatre temps*»
OU «*Proc.op.particulières en six temps*»
- A46B, A46E

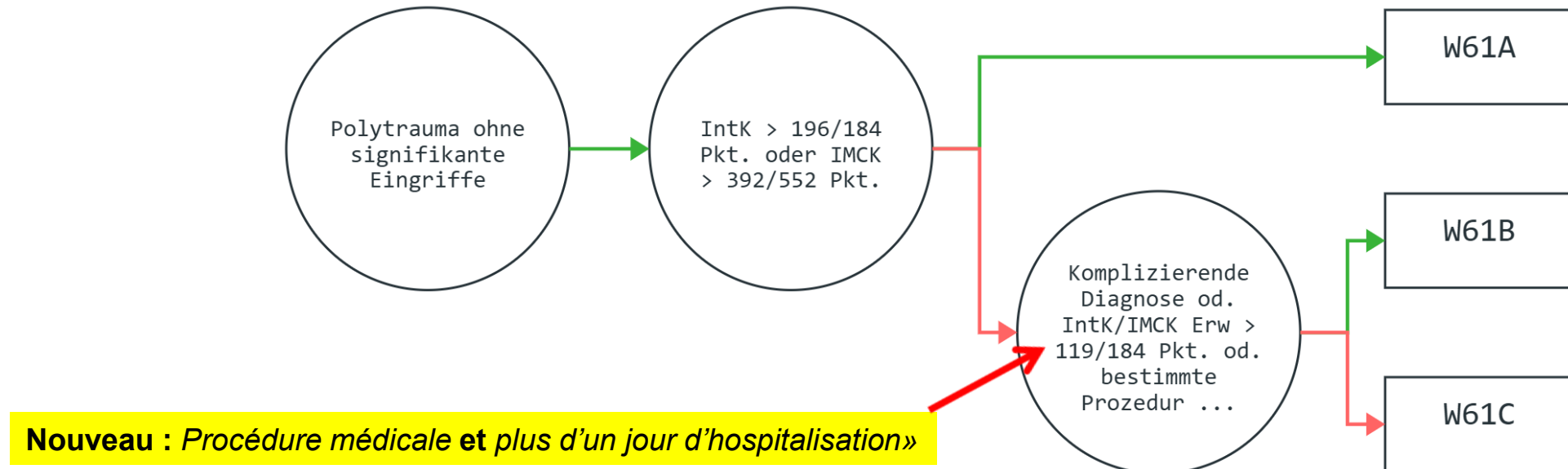


Traumatisme multiple

MDC 21A

Transformation :

- nouveau DRG W01E avec «*Procédures opératoires particulières en plusieurs temps*»
- nouvelle condition de split DRG W61B





Traumatisme multiple

Fonction globale

Analyses :

- Cas très complexes toujours pas représentés de manière adéquate

Transformation :

- nouvelle fonction globale «*Traumatisme multiple sévère*»
 - **plus de 3 diagnostics secondaires** dans différentes localisations

«*Traumatisme multiple sévère*»

- pré-MDC : A07A
- pré-MDC : DRG de base A11



Réadaptation précoce

Situation initiale :

- jusqu'en 2023 inclus, tarifications alternatives possibles
- Données 2024 avec rémunération selon la structure tarifaire SwissDRG
- Hôpitaux **et** cliniques de réadaptation avec mandat de prestations de réadaptation précoce **et** codes CHOP :
 - 93.86.- *«Réadaptation précoce interdisciplinaire, selon le nombre de jours de traitement..., moyenne de 30 séances... par semaine»*
 - 93.8C.1- *«Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce, selon le nombre de jours de traitement»*



Réadaptation précoce

Transformation :

- Réadaptation précoce dans la MDC 01 et dans la MDC 21A n'est plus pertinente pour le regroupement

→ Représentation dans la pré-MDC

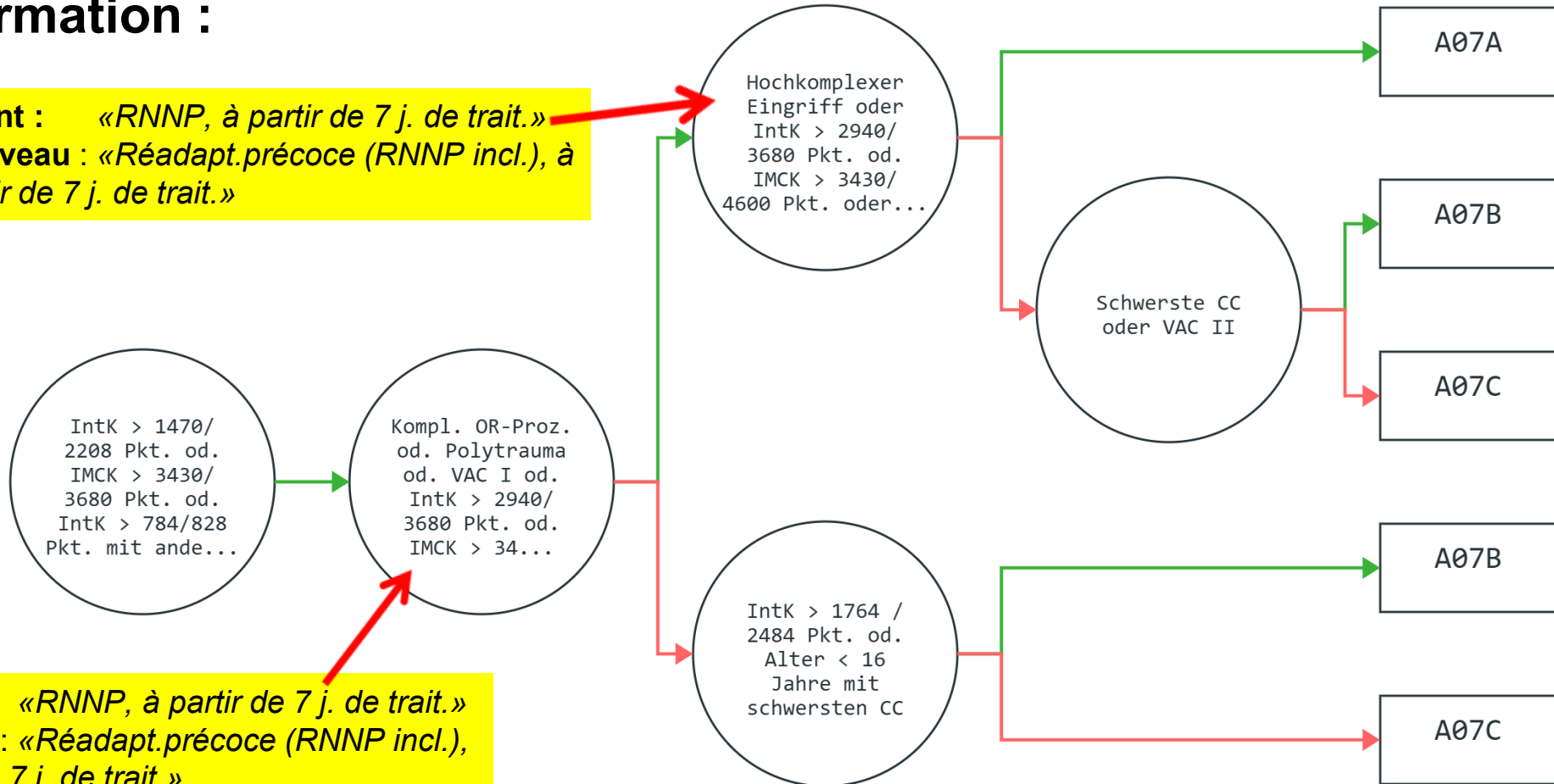
- Revalorisation des cas avec traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires ou procédure opératoire
- Mise au même niveau de la réadaptation précoce interdisciplinaire et de la réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce (RNNP)



Réadaptation précoce DRG de base A07

Transformation :

Avant : «RNNP, à partir de 7 j. de trait.»
Nouveau : «Réadapt.précoce (RNNP incl.), à partir de 7 j. de trait.»



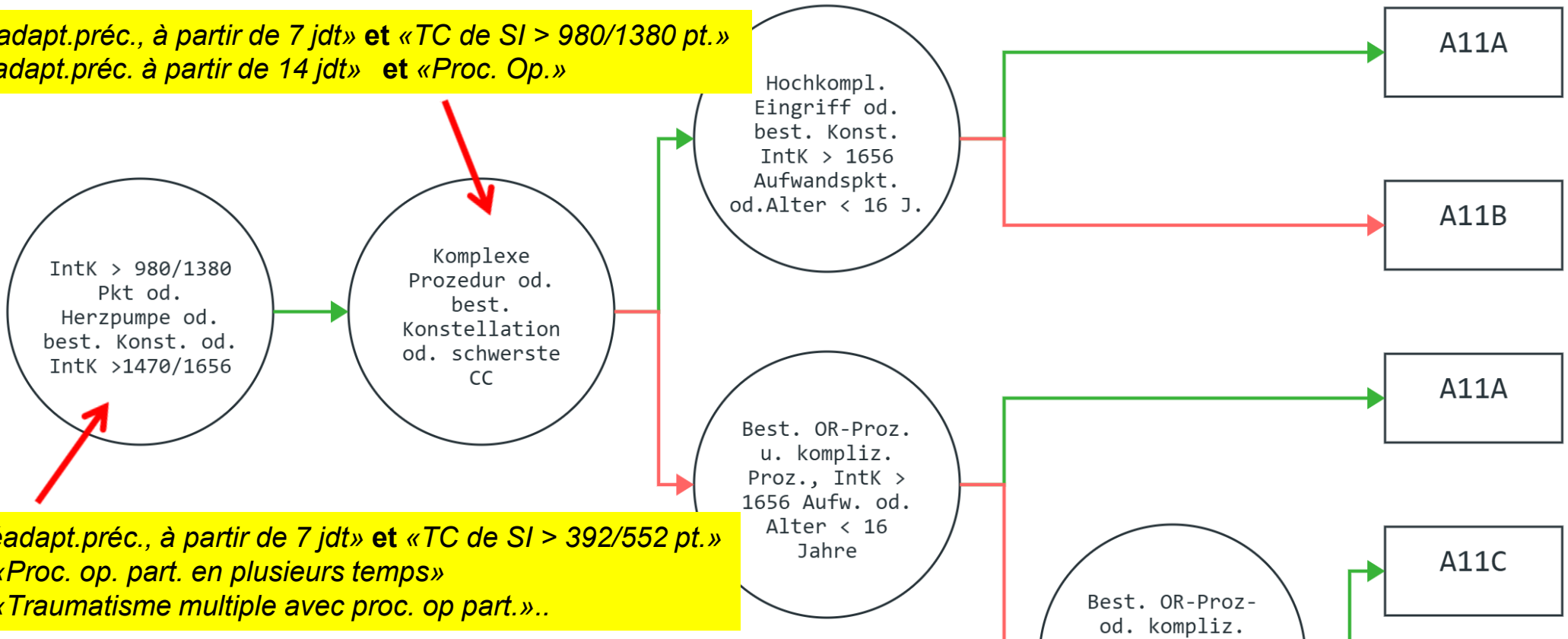
Avant : «RNNP, à partir de 7 j. de trait.»
Nouveau : «Réadapt.précoce (RNNP incl.), à partir de 7 j. de trait.»



Réadaptation précoce DRG de base A11

Transformation :

Nouveau : «Réadapt.prec., à partir de 7 jdt» et «TC de SI > 980/1380 pt.»
«Réadapt.prec. à partir de 14 jdt» et «Proc. Op.»



Nouveau : «Réadapt.prec., à partir de 7 jdt» et «TC de SI > 392/552 pt.»
ou «Proc. op. part. en plusieurs temps»
ou «Traumatisme multiple avec proc. op part.»..



Réadaptation précoce

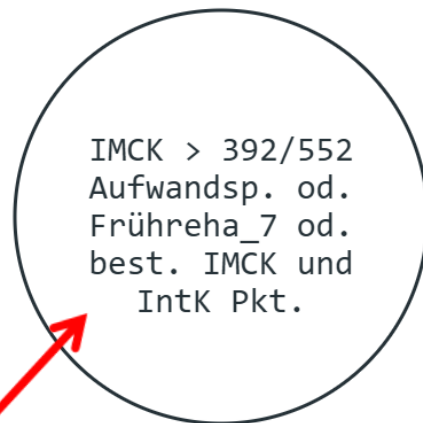
DRG de base A90

Transformation :

Nouveau : «Réadapt.préc., à partir de 7 jdt» et «TC en U-IMC > 1104 pt.»

Avant : «Réadapt.précoce, à partir de 7 jdt» et «non MDC 01»

Nouveau : «Réadapt.précoce, à partir de 14 j. de trait.» ou
«Réadapt.précoce, à partir de 7 j. de trait.»
et «Proc. op. particulières»



Avant : «Réadapt.précoce, à partir de 7 j. de trait.» et «non MDC 01»

Nouveau : «Réadapt.précoce, à partir de 7 j. de trait.»



Brûlures

Demandes :

- certains patients atteints de brûlures graves sont sous-rémunérés
- sont concernés les cas dans la pré-MDC et dans la MDC 22 «*Brûlures*»
- ces cas présentent souvent un germe multirésistant
- l'indication d'une transplantation n'est souvent donnée qu'après la sortie de l'hôpital
 - Regroupement de cas et, par conséquent, diminution de recettes

Proposition de solution :

- Réévaluation des DRG de base Y02 et A06
- Intégration d'une exception pour la réadmission dans la MDC 22, en particulier dans le DRG Y02B



Brûlures

Analyse des données 2024 :

- souvent, la saisie des coûts n'est pas plausible
- le codage des «*germes multirésistants*» n'est souvent pas disponible
- les codes CHOP pour débridements, couvertures des tissus mous, remplacement de la peau et différenciation ne sont pas clairs, et sont également difficiles pour les surfaces étendues et non étendues

Règle de codage ordre des codes :

- Degré de brûlure le plus élevé en première position comme diagnostic principal
 - Codes ICD «*Brûlure couvrant % de la surface du corps*» en tant que diagnostic secondaire
- Révision des fonctions globales «*Brûlures sévères / les plus sévères*»



Brûlures

Fonction globale

Transformation I :

Brûlures les plus sévères

DP brûlure 2b, 3ème degré
et DS 20 % de la surface du corps et plus; avec % part. 3ème
degré
et sepsis ou DS brûlure 2b, 3ème degré
et TC de SI chez l'adulte > 1932 points ou âge < 18 ans

→ DRG de base A06 «*Brûlures les plus sévères et LOS > 1*»

→ DRG A06B «*Brûlures couvrant le 40 % et plus de la surface du corps; avec % part. 3ème
degré AND LOS > 1*»



Brûlures

Fonction globale

Transformation II :

Brûlures sévères

DP brûlure 2a, 2b, 3ème degré
et DS 20 % de la surface du corps et plus; avec % part. 3ème
degré et TC de SI > 392/552 points ou transplantations de
peau / de tissu

- DRG de base A07 «*Brûlures sévères et PCCL > 5*»
- DRG A07A «*Brûlures degré 2a, 2b, 3ème degré et procédures opératoires particulières en plusieurs temps*»
- DRG A11A en lien avec «*TC de SI > 1176/1380 points et procédures opératoires particulières en plusieurs temps*»



Brûlures

MDC globale

Transformation III :

- Brûlures avec «*TC de SI > 784/828 points*» de la MDC 22 sont désormais regroupées dans le DRG de base A07
- DRG de base A36 «*TC de SI > 392/552 points et MDC 22*»
- Révision de divers tableaux avec
 - Débridements
 - Recouvrements de peau
 - Transplantations; autologue, allogène, xénogène, temporaire, permanente,...

Brûlures

MCD globale

Mise au même niveau des codes CHOP :

- 86.88.* «*Couverture temporaire de tissu mou par..., étendu,...*»
- 86.8A.* «*Couverture de tissu mou et remplacement de la peau par..., étendue,...*»
- 86.6C.* «*Remplacement permanent de la peau par...,étendu,...*»

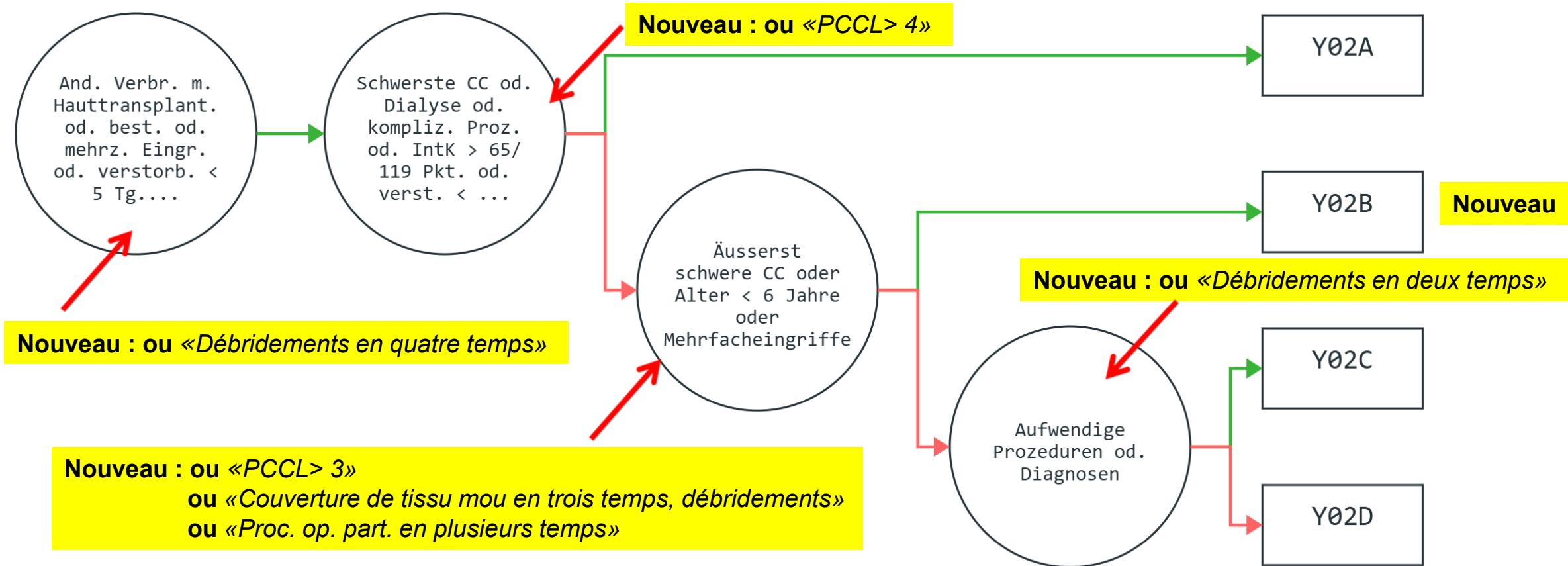
Réévaluation du code CHOP :

- 86.A1.12 «*Nécrosectomie épifasciale ou excision tangentielle après brûlure et lésion corrosive*»



Brûlures MDC 22

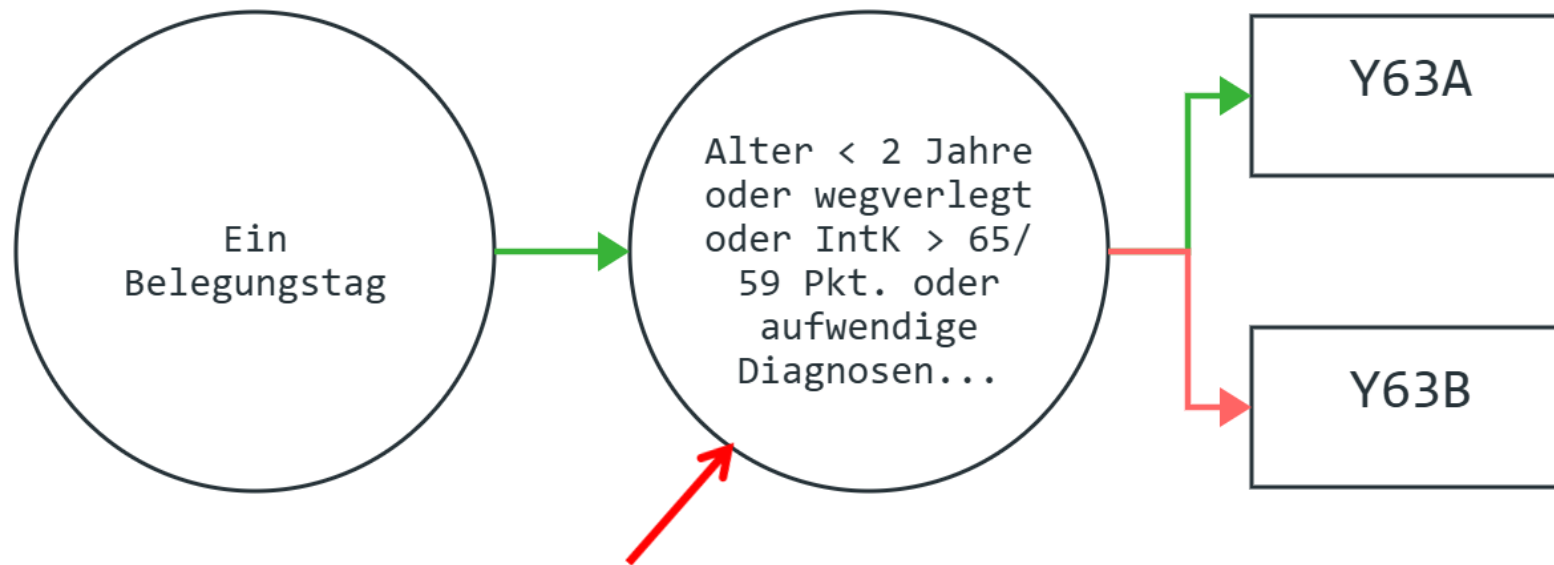
Transformation du DRG de base Y02 :





Brûlures MDC 22

Transformation du DRG de base Y63:



Nouveau : «transféré»
ou «Brûlures multiples»
ou «Couverture de tissu mou/Remplacement de la peau étendu»
ou «Âge < 2 ans»
ou «TC de SI > 65/59 points»

Brûlures

Formation de cicatrices

Problème :

- Cicatrices étendues → des traitements ultérieurs seront nécessaires
- Règle de codage : Une révision de cicatrice est codée, conformément à la règle SD1201, avec «Chirurgie plastique» et D06 «Séquelles» :
p. ex. : «Cicatrice chéloïde thoracique après brûlures» :
 - L91.0 «Cicatrice hypertrophique»
 - T95.1 «Séquelles de brûlure, corrosion et gelure du tronc»
- Représentation non adéquate dans la MDC 09 «Maladies et troubles de la peau, du tissu sous-cutané et de la glande mammaire»

Brûlures

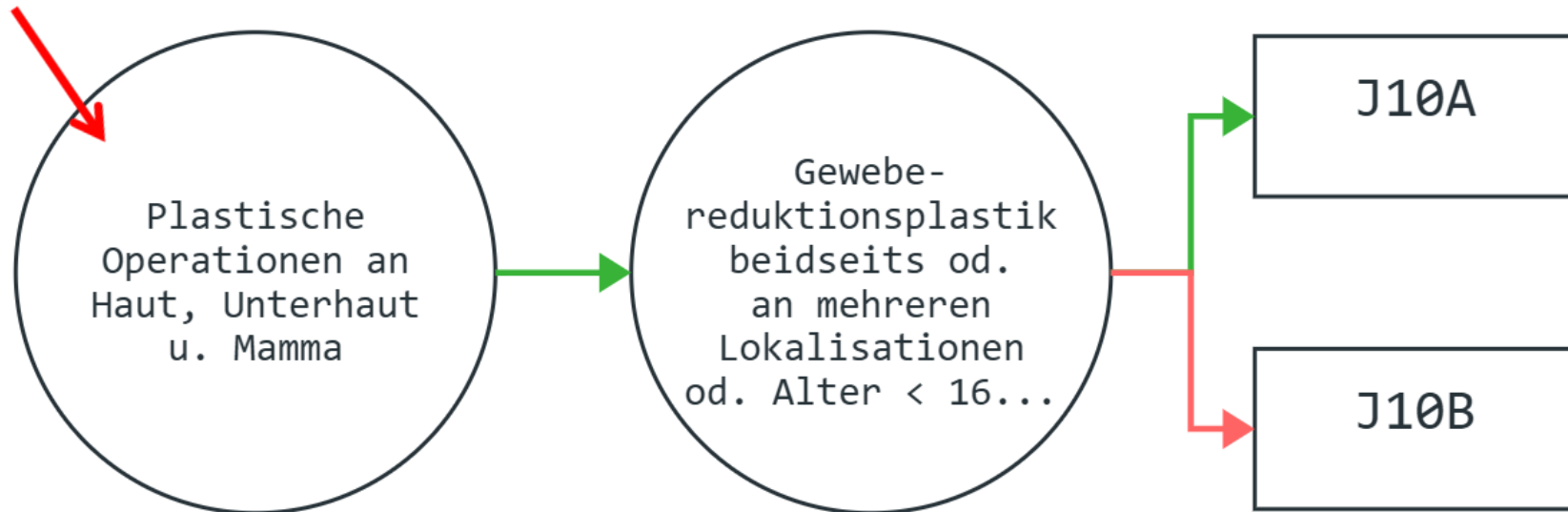
Formation de cicatrices

Brûlures

Transformation :

- Revalorisation du groupe de codes ICD T95.- «*Séquelles de brûlures, corrosions et gelures*»

Nouveau : «*Transplantations de peau*» et «*Séquelles de brûlures...*»



Médecine intensive – Adultes

01

DRG de base B36, B36C : TC de SI > 184 points
B36A : TC de SI > 828 points
B20B : TC de SI/TC en U-IMC > 119 points
B64A : TC de SI/TC en U-IMC > 59 points

02

C86A : TC de SI > 59 points

03

D24A : TC de SI > 119 points

04

E05A, E06A : TC de SI > 119 points

05

F24A : TC de SI > 119 points
F24B, F59B : TC de SI/TC en U-IMC > 119 points
F12B, F31C, F98D : TC de SI/TC en U-IMC > 119/184 points
F98C : TC de SI/TC en U-IMC > 184/360 points

Médecine intensive – Adultes

06

G35A : TC de SI > 360 points**G21A** : TC de SI/TC en U-IMC > 119/184 points

08

I06B, I08A, I10A, I23A, DRG de base I87 : TC de SI > 119 points**I05B, I32B** : TC de SI/TC en U-IMC > 119 points**I29A, I32A** : TC de SI/TC en U-IMC > 119/184 points**I03A, I27A, I15A** : TC de SI > 184 points**I05A** : TC de SI /TC en U-IMC > 184 points**I28A** : TC de SI /TC en U-IMC > 184/360 points**I66A** : TC en U-IMC > 119 points**I95A** : TC en U-IMC > 360 points

11

L20A : TC de SI > 119 points**L20B** : TC en U-IMC > 119 points

Médecine intensive – Adultes

17

R61C : TC de SI/TC en U-IMC > 119 points

19

U64A : TC de SI/TC en U-IMC > 59 points
U60A : TC en U-IMC > 59 points

21A

W61B : TC de SI/TC en U-IMC > 119/184 points

22

Y63A : TC de SI > 59 points

Médecine intensive – Enfants

01

B64A : TC de SI/TC en U-IMC > 65 points
B20B : TC de SI/TC en U-IMC > 130 points

02

C86A : TC de SI > 65 points

03

D24A : TC de SI > 65 points

05

F49E : TC de SI/TC en U-IMC > 65 points

06

G03A : TC de SI > 130 points
G38A : TC de SI/TC en U-IMC > 130 points

08

I08A : TC de SI > 65 points
I12A, I32A : TC de SI/TC en U-IMC > 65 points
I06B, I29A : TC de SI/TC en U-IMC > 65/130 points

Médecine intensive – Enfants

08

I03A, I27A : TC de SI > 130 points

DRG de base I95, I95A, DRG de base I87 : TC de SI/TC en U-IMC > 130 points

I28A : TC de SI/TC en U-IMC > 130/196 points

I08B : TC en U-IMC > 130 points

15

DRG de base P37 : TC de SI > 3920 points

19

U60A : TC de SI/TC en U-IMC > 65 points

22

DRG de base Y02, Y02A, Y63A : TC de SI > 65 points

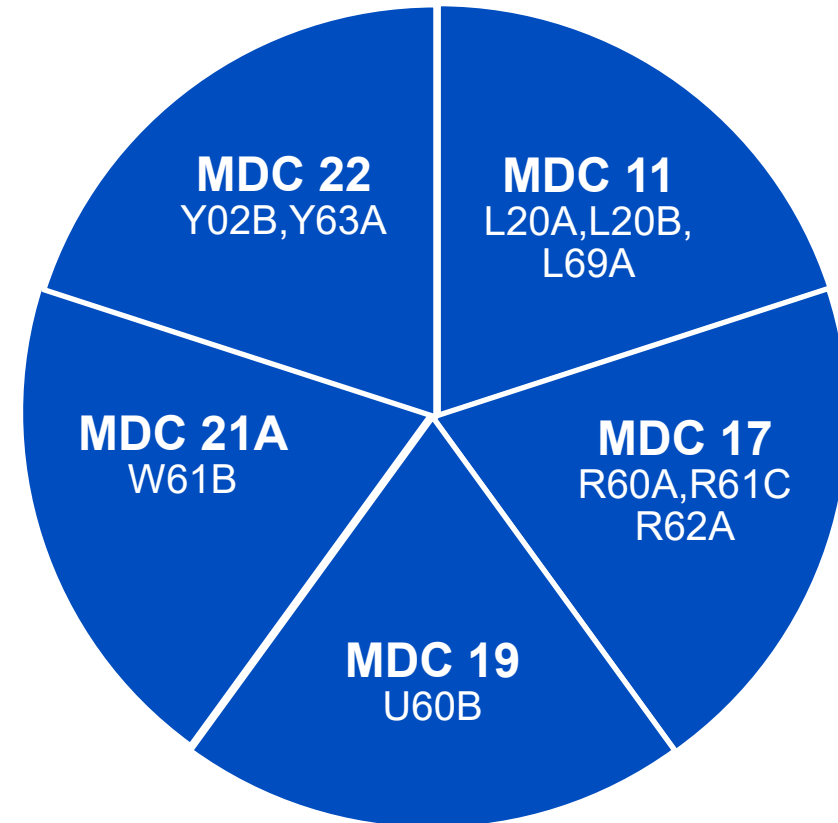
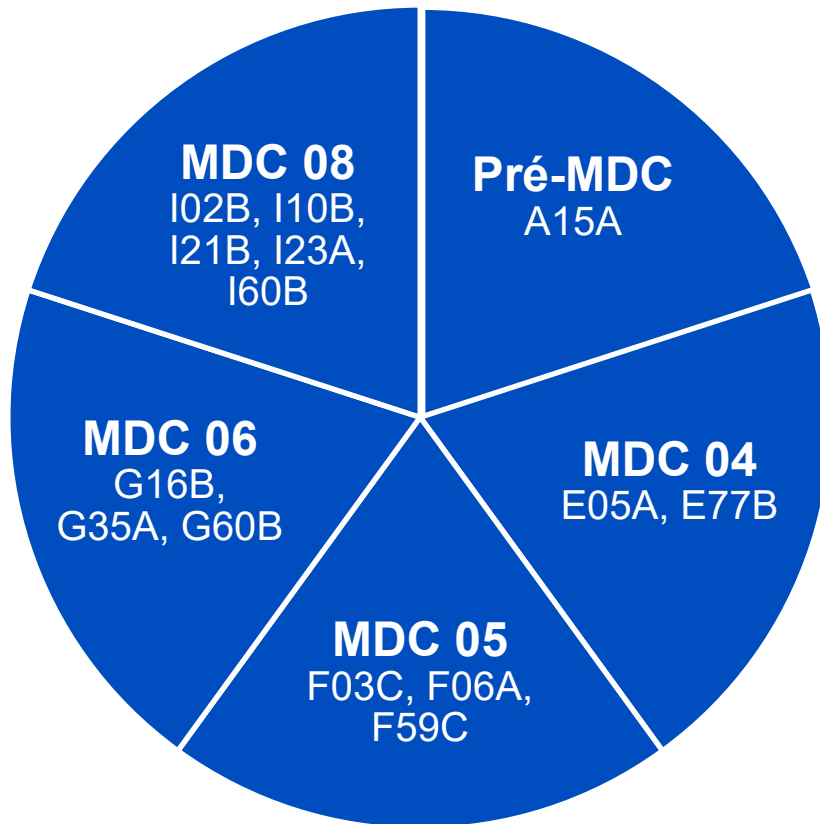
23

DRG de base Z02 : TC de SI/TC en U-IMC > 130 points

Pédiatrie

Pédiatrie

Split âge < 16 ans



Nouveau-nés MDC 15

Split PCCL

Situation initiale :

- Fonction «*Problème grave chez le nouveau-né*» :
 - au moins 1 diagnostic aggravant ou une assistance respiratoire particulière
 - Représentation dans 5 DRG de base
- Fonction «*Plusieurs problèmes graves chez le nouveau-né*» :
 - au moins 2 diagnostics aggravants ou 1 diagnostic aggravant avec assistance respiratoire particulière
 - Représentation dans 4 DRG de base

Nouveau-nés MDC 15

Split PCCL

Simulations :

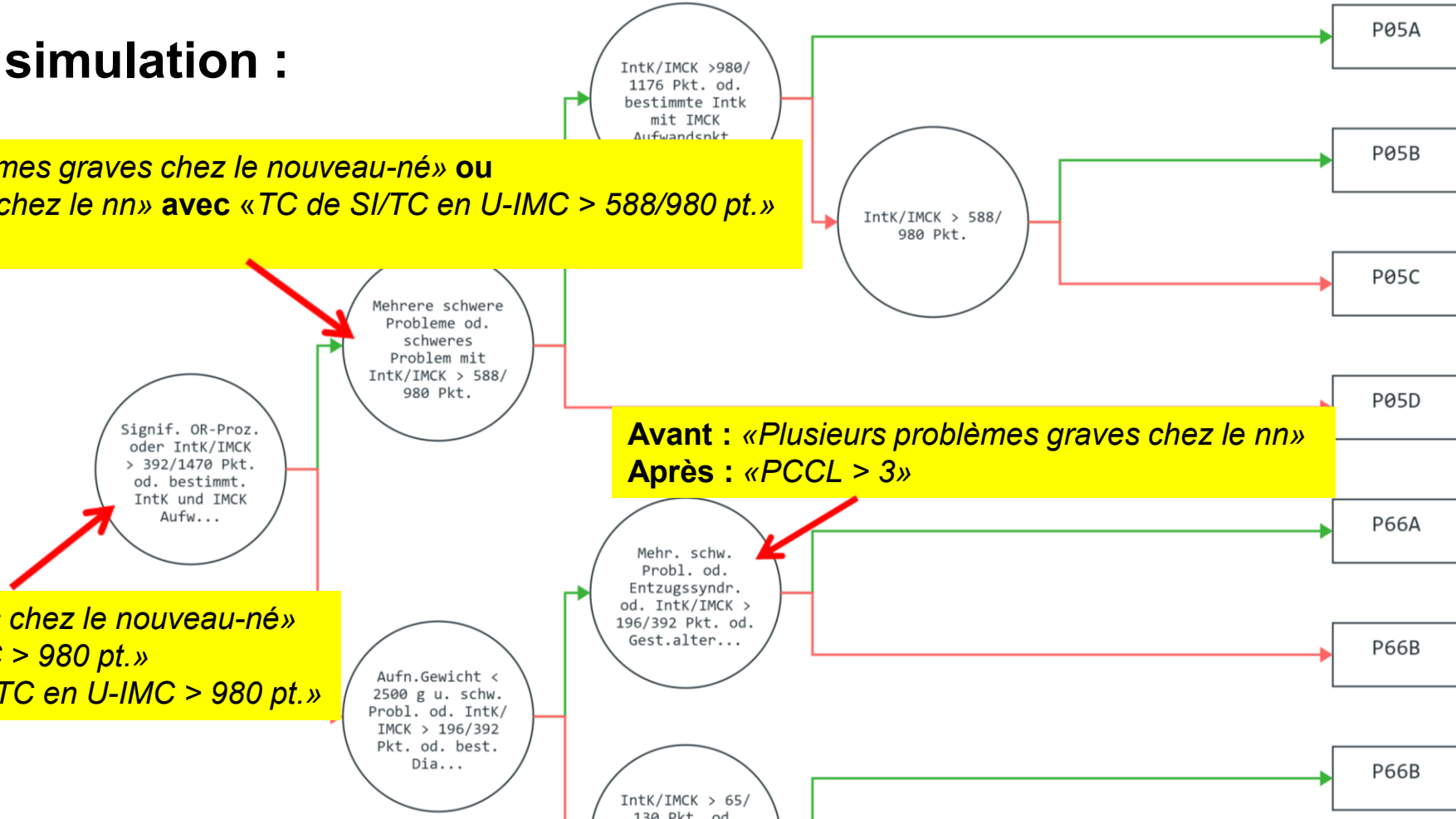
- Suppression des deux fonctions
- Inclusion des groupes de codes ICD du chapitre XVI «*Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale*» dans la matrice CC
- Analyse des DRG avec «*PCCL > 2*» à «*PCCL > 4*»



Nouveau-nés MDC 15 Split PCCL

Exemple de simulation :

Avant : «Plusieurs problèmes graves chez le nouveau-né» ou
 «Problème grave chez le nn» avec «TC de SI/TC en U-IMC > 588/980 pt.»
Après : «PCCL > 3»



Avant : «Plus. probl. graves chez le nouveau-né»
 avec «TC en U-IMC > 980 pt.»
Après : «PCCL > 3» avec «TC en U-IMC > 980 pt.»

Avant : «Plusieurs problèmes graves chez le nn»
Après : «PCCL > 3»

Nouveau-nés MDC 15

Split PCCL

Conclusion :

- Effet global minime
- des effets importants sur des groupes de cas spécifiques, dans les deux sens
- **Transformation n'a pas été mise en œuvre**

→ nouvel examen l'année prochaine

Situations coûteuses pour néoformation maligne

Tumor board

Demande :

- examiner la représentation de la fonction «*Situations coûteuses pour néoformation maligne*»
- Inclusion du code CHOP 89.93 «*Discussion interdisciplinaire de cas de tumeur (tumor board)*» dans d'autres fonctions

Analyses :

- Inclusion du code CHOP dans d'autres fonction n'est pas adéquate
- Code CHOP 89.93 seul ne constitue pas un séparateur de coûts
- Cas avec «*Situations coûteuses pour néoformation maligne*» sont très coûteux en ressources

Situations coûteuses pour néoformation maligne

Tumor board

Transformation :

- Inclusion de la fonction comme nouveau critère de split :

«Situations coûteuses pour néoformation maligne»

- Pré-MDC : A97C
- MDC 01 : B20A
- MDC 03 : D02A
- MDC 06 : G35A, G60A
- MDC 07 : H01B, H12A
- MDC 08 : I54A
- MDC 09 : J61A
- MDC 13 : N01C



Systeme nerveux MDC 01

Apoplexie

Demande :

- Groupes de cas non homogènes dans le DRG de base B70 «*Apoplexie*»
- Établissement d'un split PCCL avec 2 ou 3

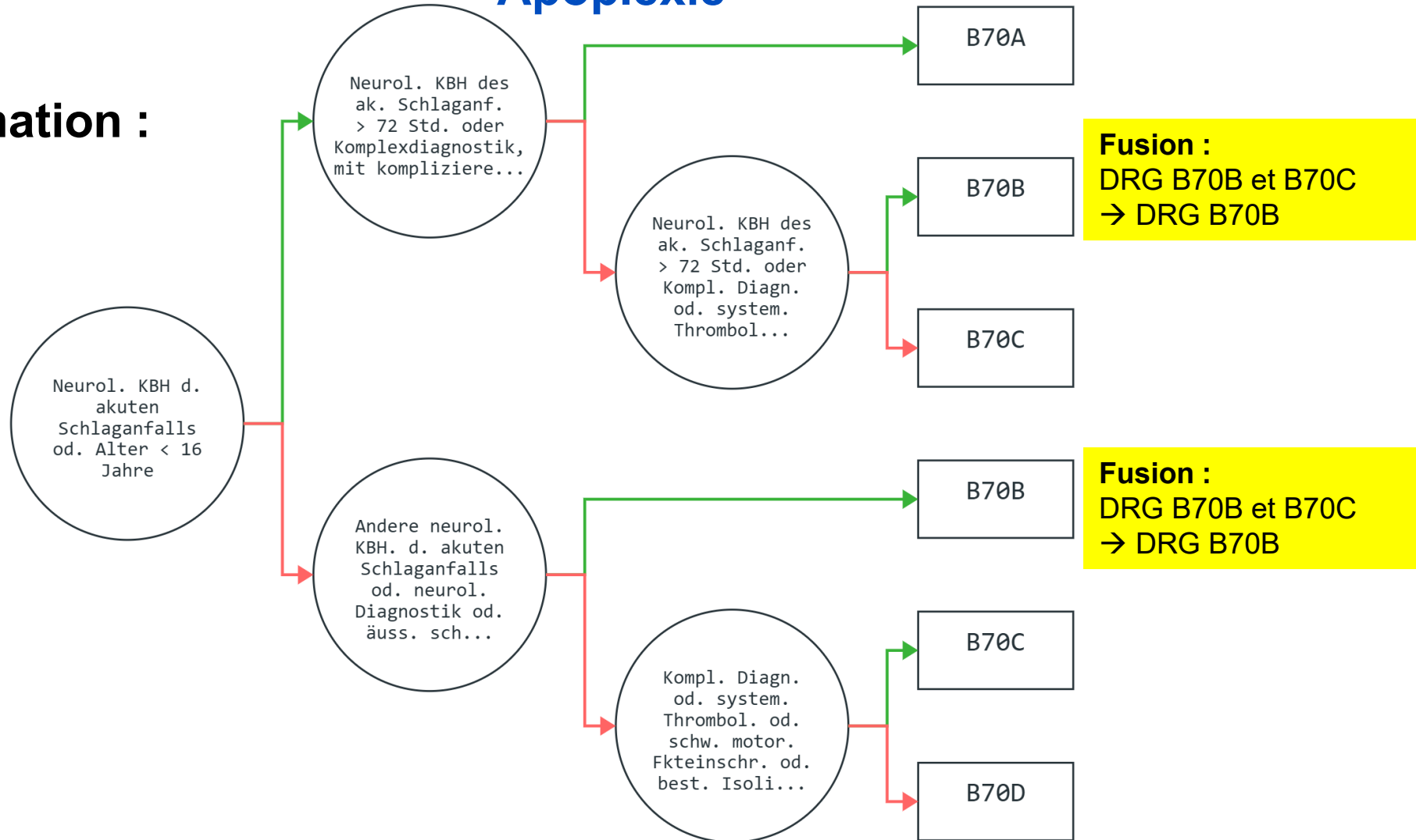
Analyses :

- le split PCCL n'est pas un un séparateur de coûts clair
- Coûts par cas similaires dans différents DRG du DRG de base B70
- les critères de split ne sont plus en partie des séparateurs de coûts

Systeme nerveux MDC 01

Apoplexie

Transformation :



Systeme nerveux MDC 01

Fusion

Problème :

- les conditions de split dans le DRG B20A «*Interventions intracrâniennes particulières ou complexes ou grande opération de la colonne vertébrale...*» ne sont plus des séparateurs de coûts

Transformation :

- Fusion des DRG B20A et B20B → DRG B20A «*Interventions intracrâniennes particulières ou complexes ou grande opération de la colonne vertébrale avec procédure complexe ou diagnostic complexe...*»

GNO MDC 03

Interventions combinées en cas de fente palatine

Demande :

- Traitement des fentes labio-alvéolo-palatine en une seule séance n'est pas représenté de manière adéquate
- Déséquilibre entre les coûts et les revenus actuels dans le DRG de base D03 «*Correction opératoire d'une fente labio-alvéolo-palatine*»

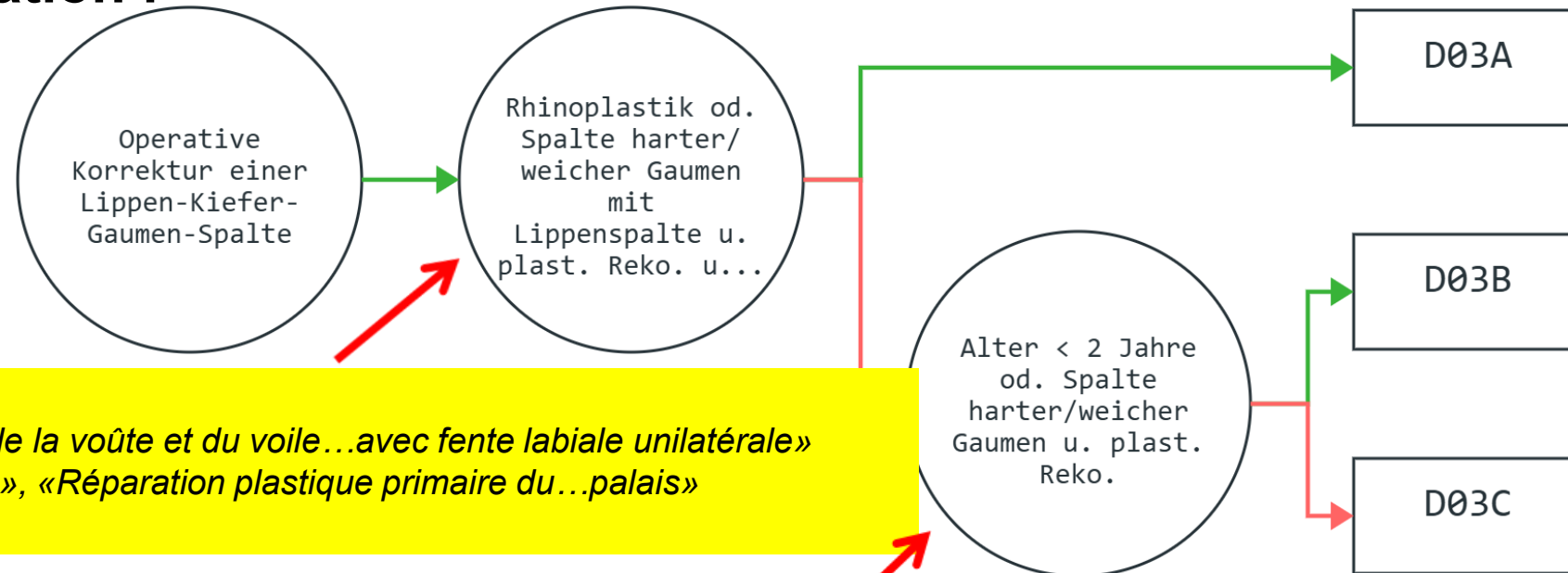
Proposition de solution :

- Revalorisation des codes ICD Q35.5 «*Fente de la voûte et du voile du palais*» et Q37.5 «*Fente de la voûte et du voile du palais avec fente labiale unilatérale*» en lien avec procédures particulières

GNO MDC 03

Interventions combinées en cas de fente palatine

Transformation :



Nouveau :

DP Q37.5 «*Fente de la voûte et du voile...avec fente labiale unilatérale*»
 et «*Chéiloplastie...*», «*Réparation plastique primaire du...palais*»
 et «*Âge < 2 ans*»

Nouveau :

DP Q35.5 «*Fente de la voûte et du voile du palais*»
 et «*Réparation plastique primaire du...palais*»

Organes respiratoires MDC 04

Tuberculose/Pneumothorax

Demande :

- Sous-rémunération des cas avec tuberculose (TBC)
- Inclusion dans la matrice CC

Analyses :

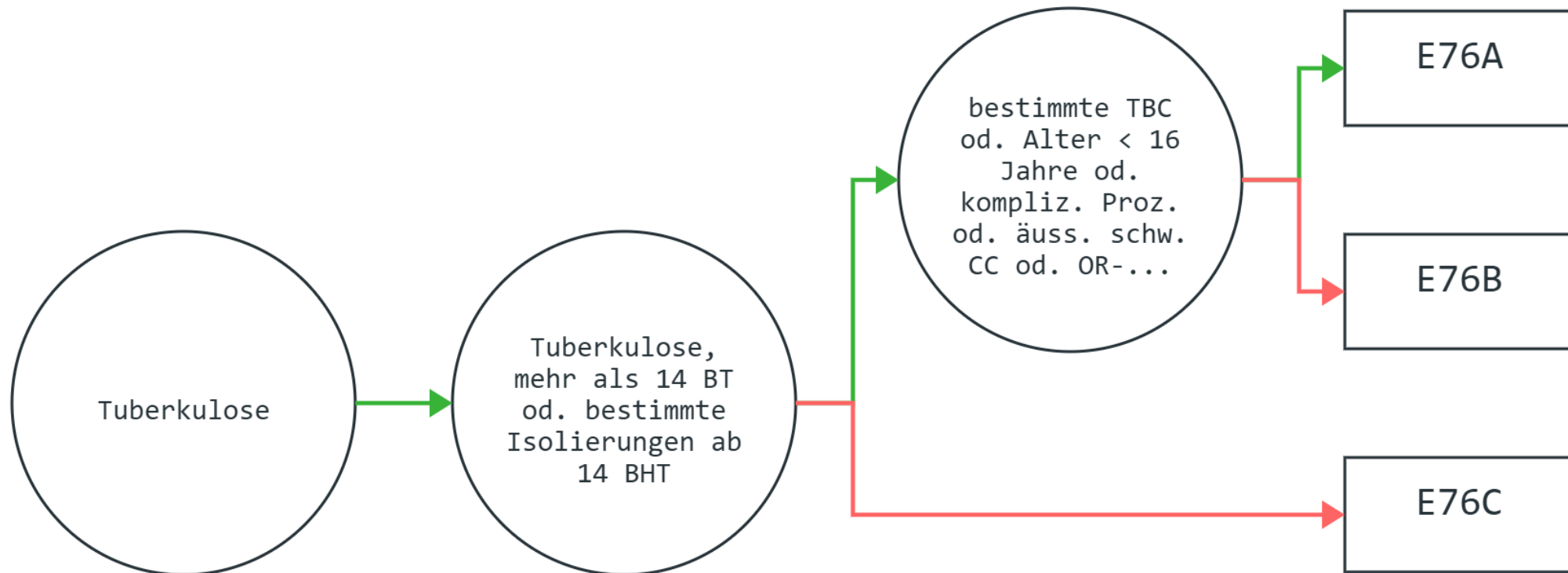
- tous les codes ICD sont indiqués dans la matrice CC
- faible nombre de cas dans certains DRG de base sous-rémunérés
- Hétérogénéités des coûts dans le DRG de base E76 «*Tuberculose ou pneumothorax...*»
- Séparation de l'affectation des diagnostics de TBC et de pneumothorax

Organes respiratoires MDC 04

Tuberculose/Pneumothorax

Transformation :

- Suppression des DRG E76E, E76D et E76C → E76C

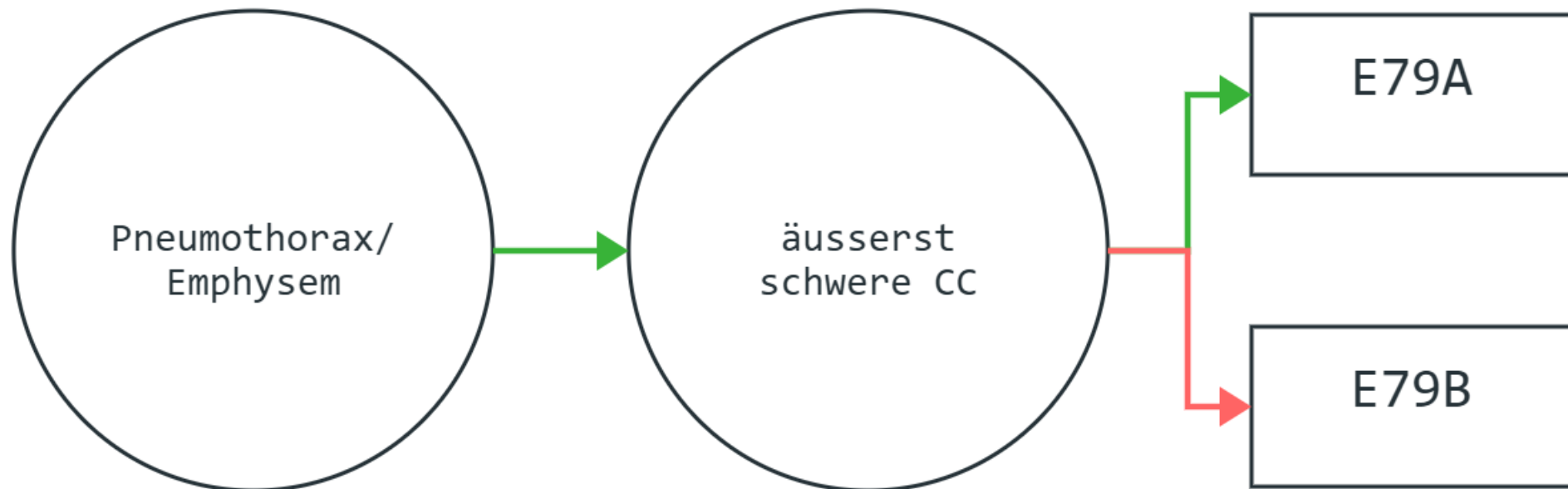


Organes respiratoires MDC 04

Tuberculose/Pneumothorax

Transformation :

- nouveau DRG de base E79 «*Pneumothorax*»



Appareil circulatoire MDC 05

Stimulateur cardiaque sans sonde

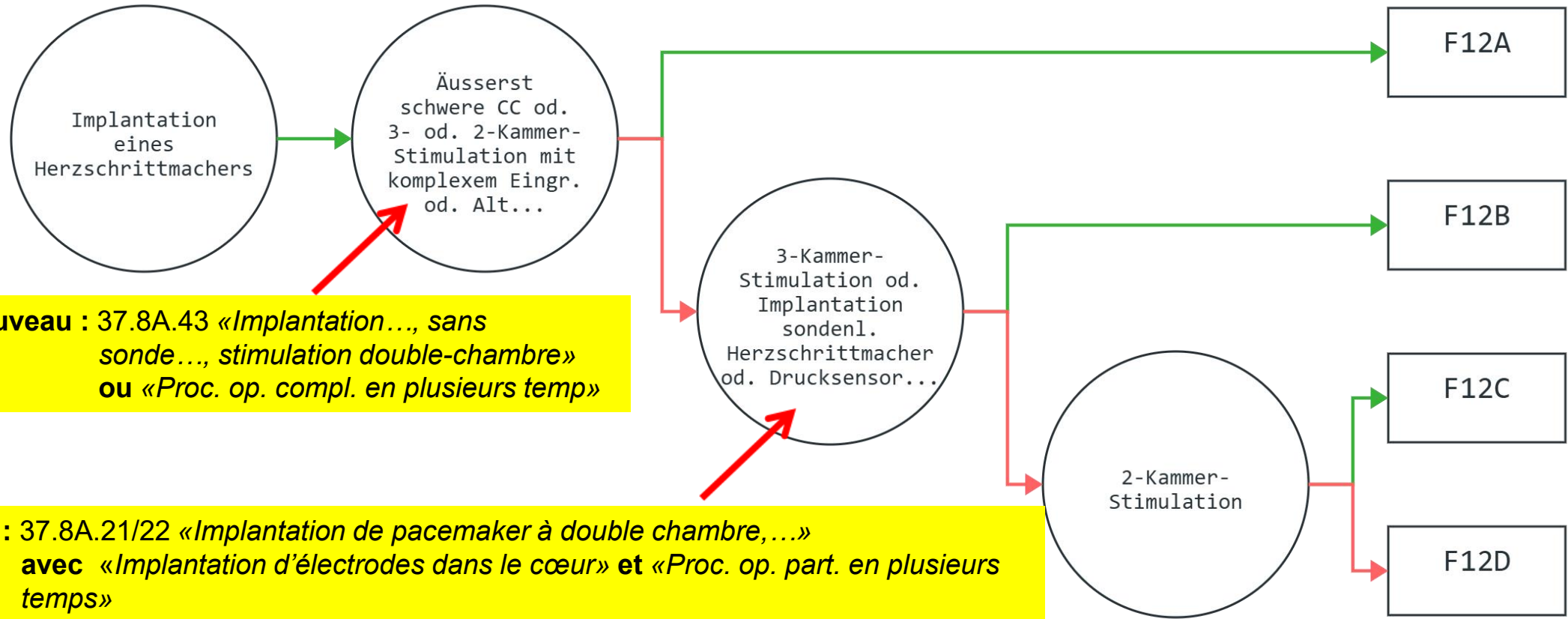
Demande :

- Codes CHOP 37.8A.42 «*Implantation de pacemaker transveineux sans sonde, stimulation simple-chambre*» et 37.8A.43 «*Implantation de pacemaker transveineux sans sonde, stimulation double-chambre* » dans le DRG F12B «*Implantation d'un stimulateur cardiaque...*» également évalué
- les stimulateurs cardiaques sans sonde double-chambre coûtent généralement deux fois plus cher qu'un système simple-chambre
- le codage ne sera possible qu'en 2024 – données de coûts 2022/2023 en raison d'une saisie erronée
- Réévaluation de la prestation

Appareil circulatoire MDC 05

Stimulateur cardiaque sans sonde

Transformation :



Organes digestifs MDC 06

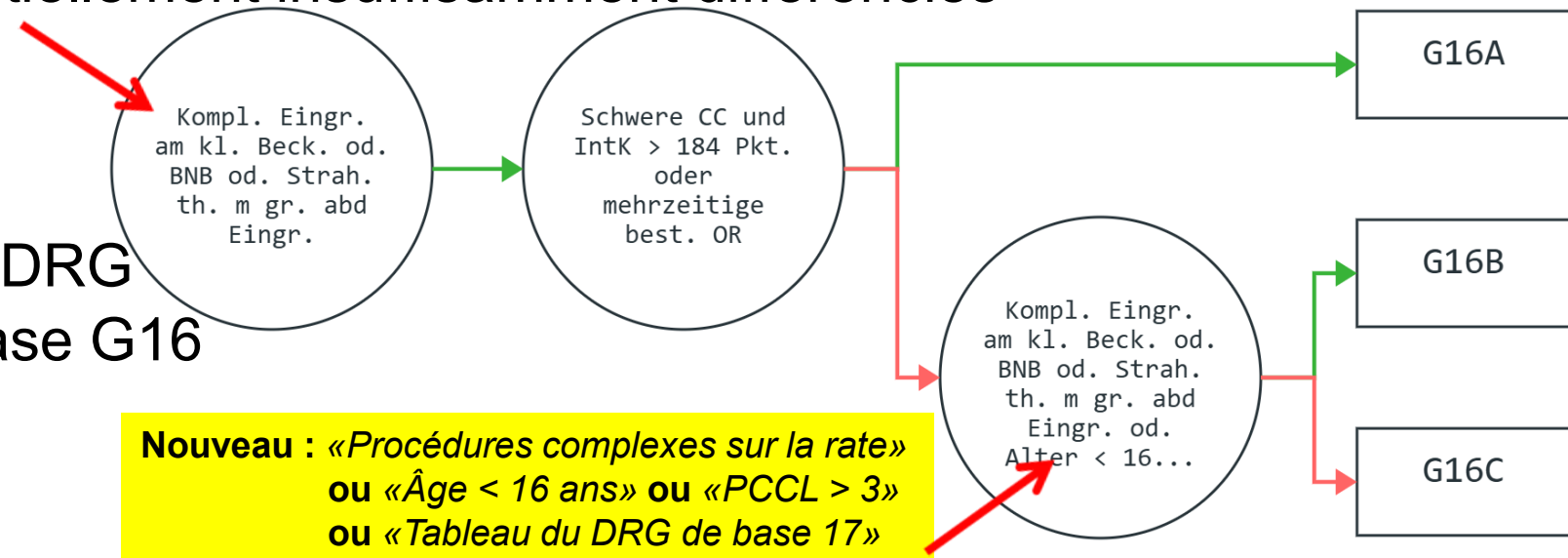
Résection du rectum

Problème:

- les résections du rectum sont représentées dans les DRG de base G16 «Résection rectale complexe ou...» et G17 «Autre résection rectale sans intervention particulière»
- les DRG sont partiellement insuffisamment différenciés

Transformation :

- Fusion des deux DRG en un DRG de base G16



Systeme hépatobiliaire MDC 07

Interventions sur le foie

Demande :

- Distinction des interventions sur le pancréas et le foie dans les DRG de base H01 et H09
- Revalorisation du code CHOP 52.52.11 «*Pancreatectomie caudale, par chirurgie ouverte*»

Transformation :

- Inclusion du code CHOP 52.52.11 dans le DRG de base H01 «*Interventions sur le pancréas avec traitement sous vide ou...*»
 - Split supplémentaire pour le DRG H01B «*Intervention multiviscérale*» pour «*Néof ormation maligne*»
- Représentation adéquate de ces cas
- les autres cas ne présentent pas de sous-rémunération

Systeme locomoteur MDC 08

Colonne vertebrale

Problème :

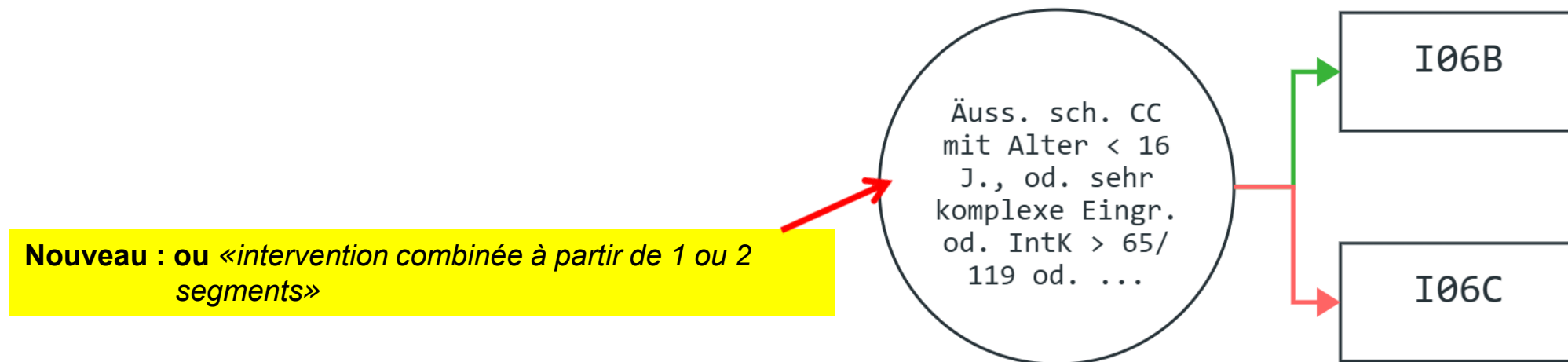
- différentes demandes pour une représentation plus différenciée des interventions au niveau des segments et les abords ventrales ou dorsales
- Incohérences/insatisfaction avec les codes CHOP, les définitions et les recommandations de codage
- Échanges intenses en cours d'année avec la société de discipline médicale, l'OFS et les assureurs
- Données très hétérogènes
- une révision urgente des codes CHOP est nécessaire

Systeme locomoteur MDC 08

Colonne vertebrale

Transformation du DRG de base I06 :

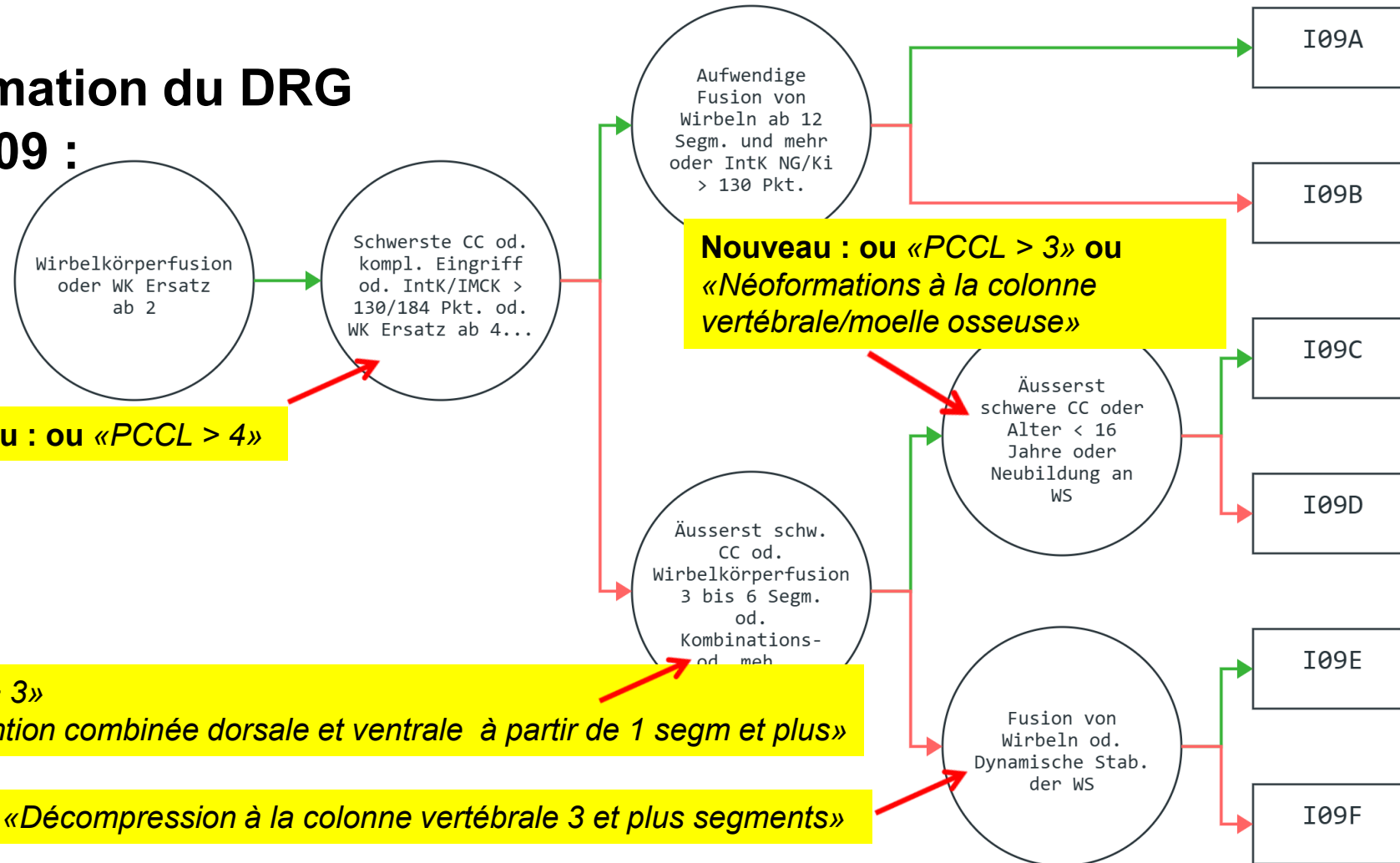
- Mise au même niveau des codes CHOP 7A.73.* «*Stabilisation non dynamique de la colonne vertebrale par ostéosynthèse sans fusion des vertèbres,...*» avec 7A.72.* «*Stabilisation dynamique de la colonne vertebrale,...*» dans tous les tableaux



Systeme locomoteur MDC 08

Colonne vertebrale

Transformation du DRG de base I09 :



Nouveau : ou «PCCL > 4»

Nouveau : ou «PCCL > 3» ou «Néoformations à la colonne vertébrale/moelle osseuse»

Nouveau : ou «PCCL > 3» ou «Intervention combinée dorsale et ventrale à partir de 1 segm et plus»

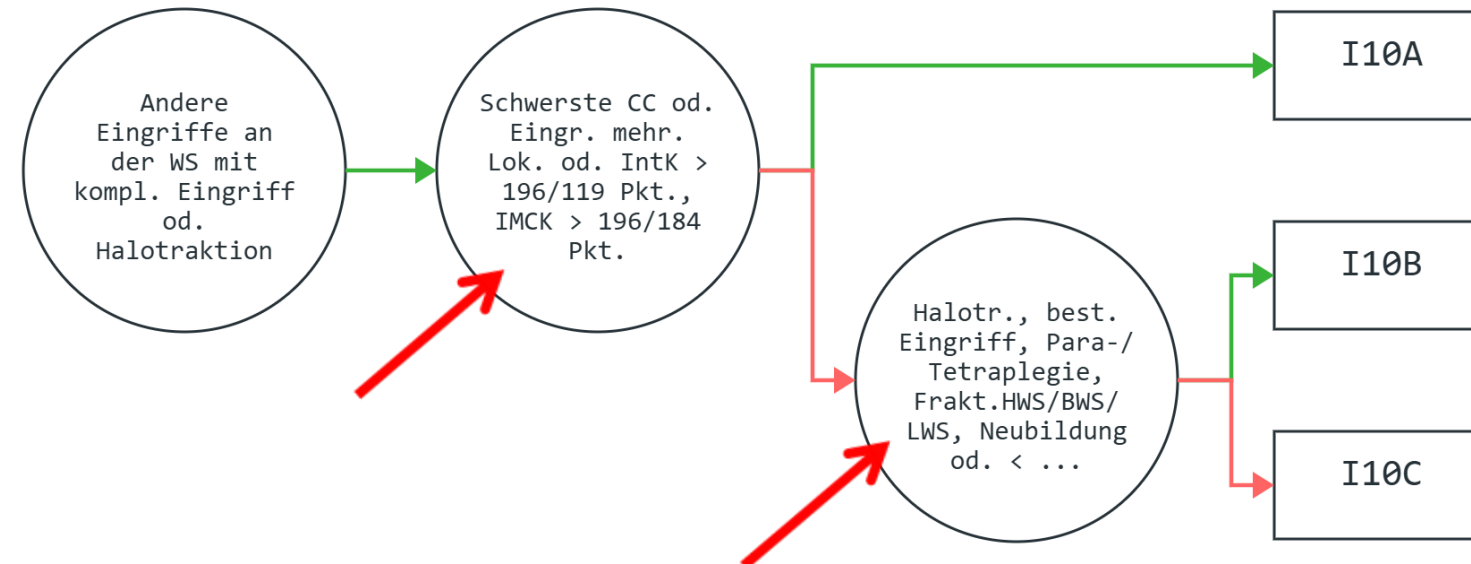
Nouveau : ou «Décompression à la colonne vertébrale 3 et plus segments»

Systeme locomoteur MDC 08

Colonne vertebrale

Transformation du DRG de base I10:

- Rémunération adéquate des cas coûteux par
 - Augmentation du «PCCL > 3» à «PCCL > 4» pour le DRG I10A
 - Suppression «TC de SI chez l'adulte >119 points» du DRG I10B



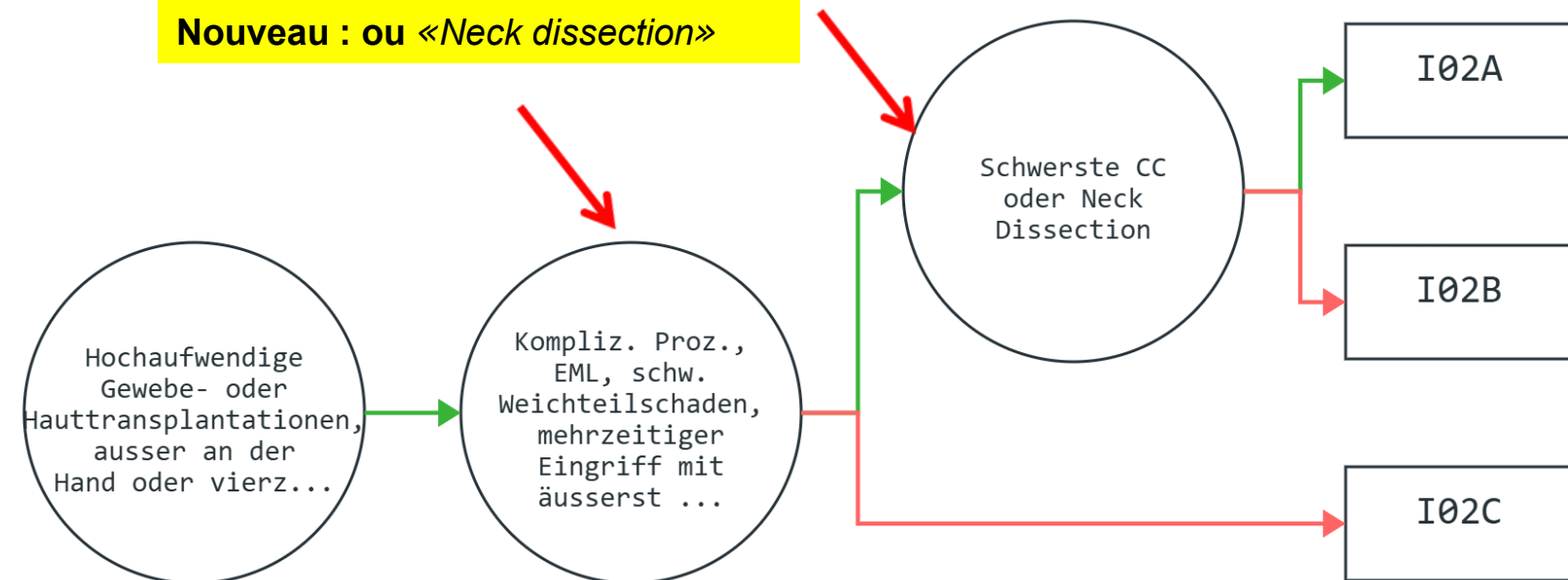
Systeme locomoteur MDC 08

Neck dissection

Annotation :

- Examiner la représentation de cas avec «*Neck dissection*» dans le DRG de base I02 «*Transplantation de tissu/de peau très coûteuse, sauf à la main, ou procédures opératoires particulières en quatre temps ou intervention microvasculaire*»

Transformation :



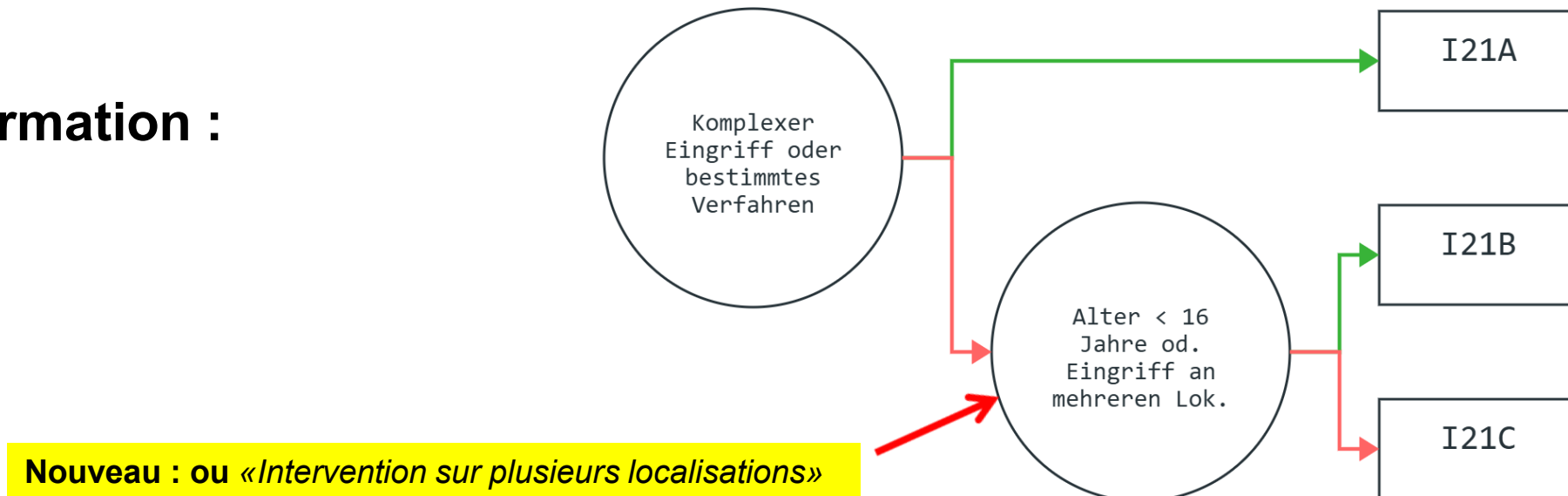
Systeme locomoteur MDC 08

Interventions sur plusieurs localisations

Problème :

- après transformation «*Traumatisme multiple*» cas coûteux dans le DRG de base I21 «*Interventions particulières sur l'articulation de la hanche et le fémur*»
- les cas y sont sous-rémunérés

Transformation :



Systeme locomoteur MDC 08

Prothese à tige longue

Annotation :

- Examen de la consommation de ressources des cas avec «*Prothese à tige longue*»

Transformation :

- Suppression des codes CHOP «*Prothese à tige longue*» et «*Prothese modulaire*» du DRG I04B «*Révision ou remplacement de l'articulation du genou...*»
- Suppression du code CHOP «*Prothese à tige longue*» des DRG I43B «*Implantation ou changement complet d'une endoprothese du genou...*» et I46B «*Implantation, remplacement ou révision d'une endoprothese de hanche...*»
- dans le DRG I46A revalorisation de la fonction «*Procédures opératoires en plusieurs temps*» avec le tableau «*Endoprothese de hanche totale lors d'un remplacement de prothese*»

Peau et glande mammaire MDC 09

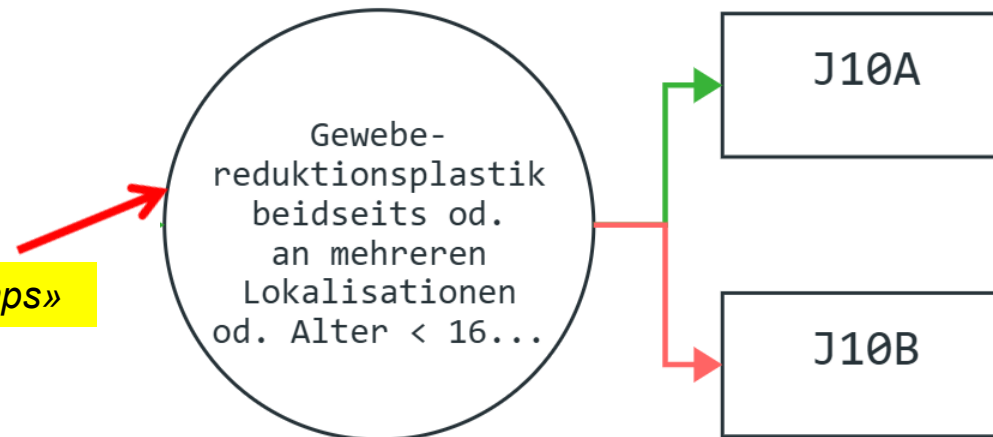
Interventions en plusieurs temps

Demande :

- Recouvrement plastique après excision d'un mélanome réalisé souvent en deux temps, donc regroupement de cas
- Cas dans le DRG de base J10 «*Opérations de chirurgie plastique au niveau de la peau, du tissu sous-cutané et de la glande mammaire*» sous-rémunérés

Transformation :

Nouveau : «*Proc. op. particulières en plusieurs temps*»



Organes génitaux féminins MDC 13

Endométriose

Demande :

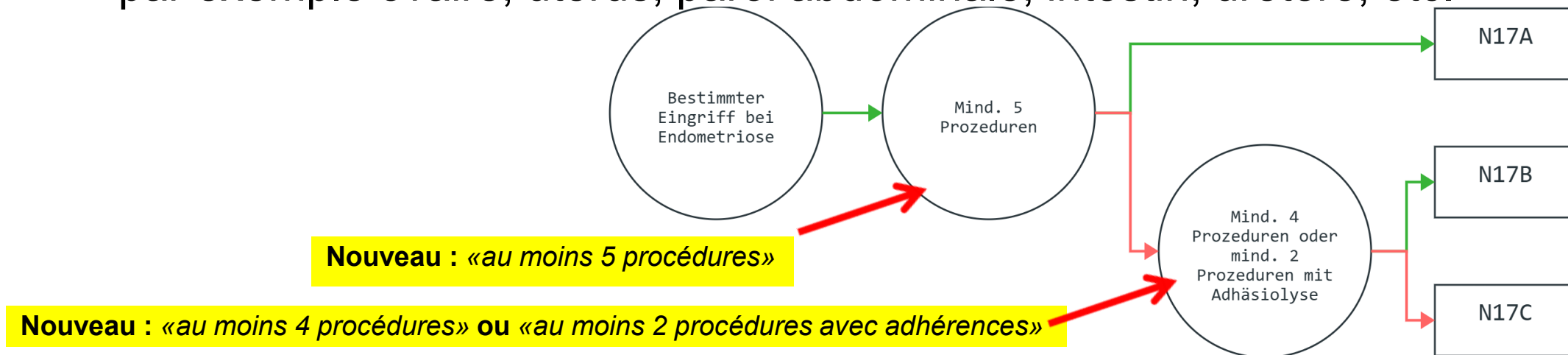
- Groupe de cas hétérogène et interventions coûteuses en cas d'endométriose (profonde)
- Interventions complexes sur différents organes avec une longue durée opératoire
- Demande pour un DRG de base propre «*Interventions pour endométriose*»
- Différenciation selon le nombre d'interventions sur différentes localisations

Organes génitaux féminins MDC 13

Endométriose

Transformation :

- Nouveau DRG de base N17 «*Intervention particulière pour endométriose*»
- Différenciation à l'aide de plusieurs procédures sur différentes localisations par exemple ovaire, utérus, paroi abdominale, intestin, uretère, etc.



- DRG N07A (DP endométriose avec situation coûteuse) supprimé

Autres facteurs influant sur l'état de santé MDC 23

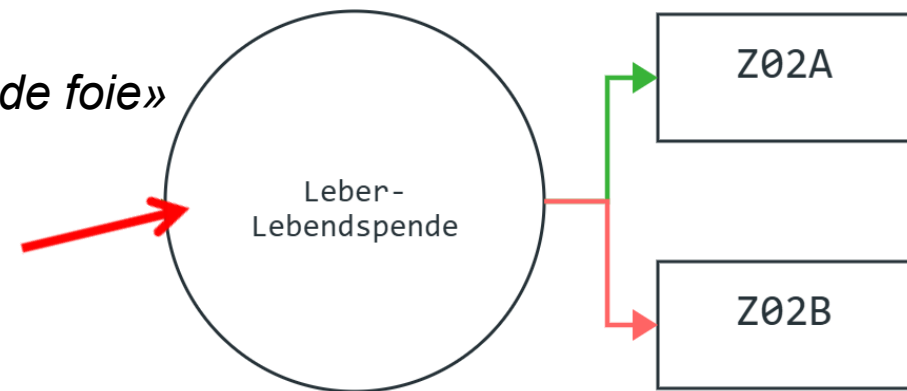
Don de foie – par une personne vivante

Demande :

- les coûts liés aux donneurs vivants de foie ou de rein sont très variables
- les donneurs vivants de foie ont des durées de séjour plus longues et un séjour en USI

Transformation :

- Split du DRG Z02Z selon le Z52.6 «*Donneur de foie*»
- le calcul se fait sur 4 années de données



Matrice CC

nouveaux splits PCCL ou adaptés

supprimés globalement de la matrice CC

Dévalorisation d'au moins 30 DRG de base

Dévalorisation dans 10-29 DRG de base

Simulations

Revalorisation dans 10-29 DRG de base

Revalorisation dans au moins 30 DRG de base

Revalorisation/dévalorisation de diagnostics selon le DRG de base

nouvelle admission de diagnostics



Version de tarification 16.0 2027

Révision de la classification des DRG

Procédure de demande

	2025	2024	2023	2022
Demandes	237*	267*	184*	176*
réalisées	127	140	114	119
Taux	54%	52%	62%	67%

* Chaque demande a été examinée par SwissDRG SA

SwissDRG – Version 16.0 / 2027

1. Base de données
2. Développements du Groupier
- 3. Méthode de calcul**
4. Résultats

DRG implicite d'un jour d'hospitalisation

Demandes :

- DRG implicites d'un jour d'hospitalisation avec Low Outlier sous-rémunérés

Définition :

- BIS pour le DRG concerné est de 2 jours
- au moins 25 cas avec une durée de séjour d'un jour (Low Outlier)

DRG implicite d'un jour d'hospitalisation

Calcul de la réduction jusqu'à présent

Jusqu'à présent :

- Calcul de la réduction journalière (TA_i^{CHF}) d'un DRG i implicite d'un jour d'hospitalisation DRG sur la base de la médiane des coûts des Low Outliers :

$$TA_i^{CHF} = Cost\ Weight_i^{CHF} - médiane(Coûts\ totaux_i^{Low\ Outlier})$$

→ Rémunération effective ($effKGW_i^{CHF}$) des Low Outliers correspond à la médiane de leurs coûts totaux

$$effKGW_i^{CHF} = Cost\ Weight_i^{CHF} - TA_i^{CHF} = médiane(Coûts\ totaux_i^{Low\ Outlier})$$

Adaptation méthodologique

Objectifs/directives :

- Médiane adaptée afin de tenir compte de l'asymétrie de la distribution
- mieux représenter les DRG implicite d'un jour d'hospitalisation avec Low Outliers **sous-rémunérés** ainsi que **surrémunérés**
- Robustesse face aux cas extrêmes individuels

Adaptation méthodologique

- Cost-weight effectif des Low Outliers d'un DRG implicite à un jour d'hospitalisation i nouveau :

$$effKGW_i^{CHF} = \text{Médiane ajustée}$$

- où

$$\text{Médiane ajustée} = \frac{Med + Q20 + Q80}{3}$$

- avec

Med = Médiane des coûts totaux des Low Outliers du DRG i

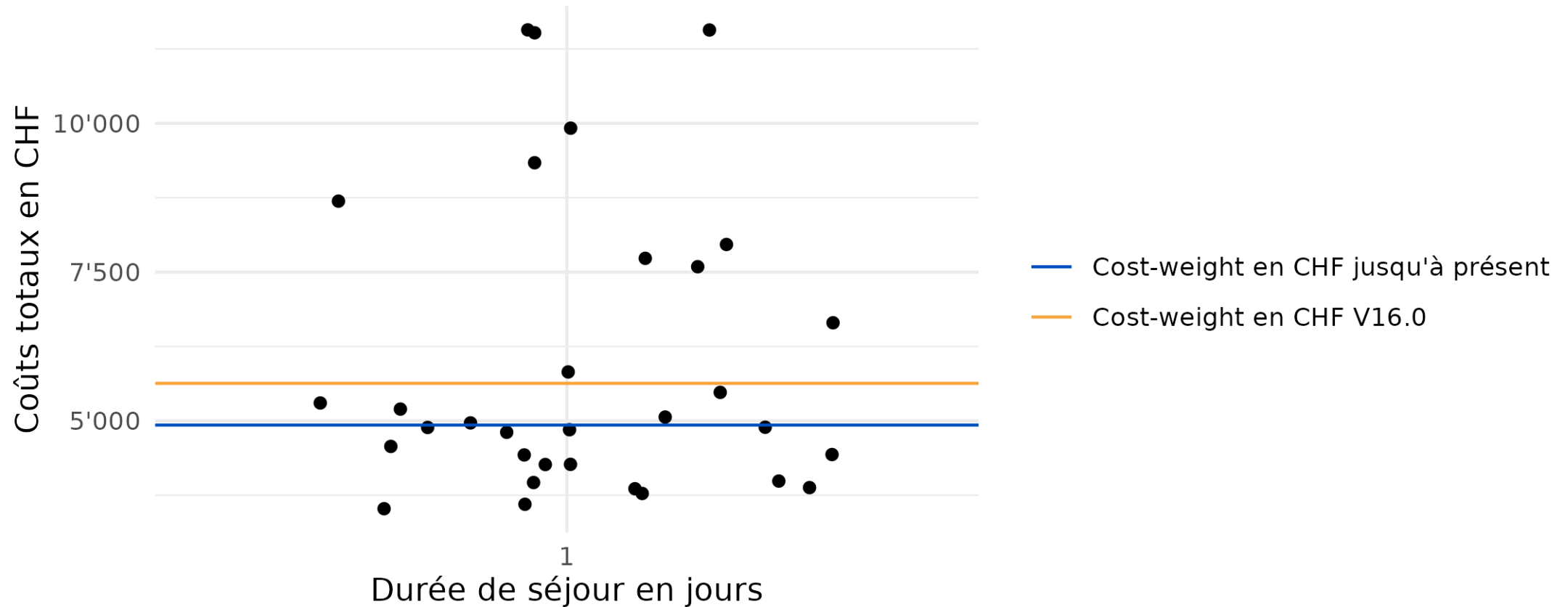
Q20 = 20% Quantile des coûts totaux des Low Outliers du DRG i

Q80 = 80% Quantile des coûts totaux des Low Outliers du DRG i

Effets de l'adaptation

DRG E07Z (DRG implicite d'un jour)

Tous les cas concernés (durée de séjour = 1) sont signalés



Base de données: 2024, données de calcul provisoire, avant normalisation

Conclusion et perspectives

Conclusion :

- une nette amélioration a été obtenue pour les DRG implicite d'un jour d'hospitalisation
- la robustesse face aux valeurs aberrantes extrêmes est maintenue
- le calcul rend mieux justice aux DRG implicites d'un jour avec des distributions asymétriques

Perspectives :

- Problèmes potentiels liés à la répartition des coûts

SwissDRG – Version 16.0 / 2027

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

Homogénéité des coûts R²

Version V16.0 en comparaison avec les versions précédentes

Version du Groupeur	Année de données	Tous les cas	Inlier (selon V16.0)
V16.0	2024	0.788	0.871
V15.0		0.786	0.862
V14.0		0.783	0.858

Base de données : 2024, données de calcul

Calcul de la valeur de référence pour V16.0

La valeur de référence est calculée de manière à ce que pour une base de données identique 2024

Somme des cost-weights effectifs groupés avec V16.0

=

Somme des cost-weights effectifs groupés avec V15.0

SwissDRG V16.0	SwissDRG V15.0	SwissDRG V14.0
11'104 CHF	11'097 CHF	10'715 CHF

Base de données : 2024, données du domaine d'application SwissDRG, évaluées avec V14.0, V15.0 et V16.0

Indice casemix selon la typologie

Niveau de prestation	Nombre de cas	CMI V16.0	CMI V15.0	Delta V15.0/V16.0
K111 Prise en charge centralisée - niveau 1	227'413	1.481	1.477	+0.3%
K112 Prise en charge centralisée - niveau 2	669'061	1.048	1.050	-0.2%
K121 Soins de base - niveau 3	130'473	0.927	0.927	0.0%
K122 Soins de base - niveau 4	84'984	0.890	0.892	-0.2%
K123 Soins de base - niveau 5	22'874	0.942	0.947	-0.5%
K221 Cliniques de réadaptation	2'198	6.219	6.162	+0.9%
K231 Chirurgie	58'014	1.103	1.108	-0.4%
K232 Gyn. / Néonatalogie	6'277	0.372	0.373	-0.2%
K233 Pédiatrie	19'561	1.315	1.285	+2.3%
K234 Gériatrie	5'853	1.497	1.512	-1.0%
K235 Cliniques spécialisées	7'955	2.097	2.102	-0.2%
Tous	1'234'663	1.124	1.124	0.0%

Base de données : 2024, données du domaine d'application SwissDRG, évaluées avec V15.0 et V16.0

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

	Nombre de cas	Part du total des cas	Taux de couverture V16.0	Taux de couverture V15.0	Changement V15.0/V16.0
Hôpitaux universitaires K111	215'244	19.39%	91.69%	91.37%	+0.4%
Hôpitaux indépendants pour enfants	18'692	1.68%	93.65%	91.79%	+2.0%
Hôpitaux non universitaires	895'047	80.61%	103.17%	103.29%	-0.1%
Inliers	957'858	86.27%	103.22%	103.75%	-0.5%
Low outliers	71'461	6.44%	104.39%	101.48%	+2.9%
High outliers	80'972	7.29%	84.15%	82.37%	+2.2%
Patients transférés (d'admission)	46'913	4.23%	100.83%	100.49%	+0.3%
Patients transférés (d'admission) inliers	39'807	3.59%	103.56%	104.46%	-0.9%
Enfants < 16 ans sans DRG P66D, P67D	71'153	6.41%	101.86%	99.94%	+1.9%

Baserate hypothétique pour bénéfices nuls incl. CUI V16.0: CHF 11'407

Baserate hypothétique pour bénéfices nuls incl. CUI V15.0: CHF 11'398

Base de données : 2024, données de calcul, évaluées avec V15.0 et V16.0

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

	Nombre de cas	Part du total des cas	Taux de couverture V16.0	Taux de couverture V15.0	Changement V15.0/V16.0
Low outliers	71'461	100%	104.39%	101.48%	+2.9%
Low outliers du DRG implicite d'un jour	66'580	93.17%	99.61%	97.35%	+2.3%

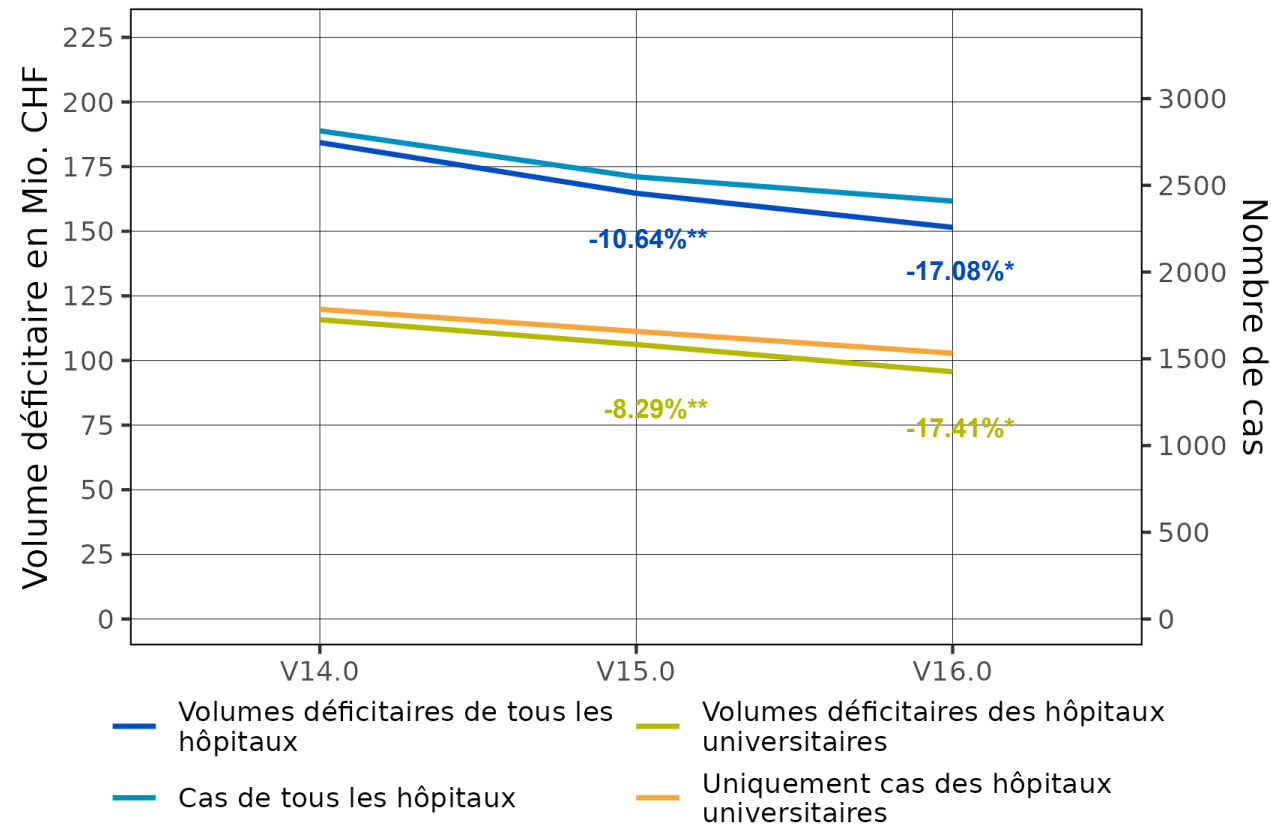
Baserate hypothétique pour bénéfices nuls incl. CUI V16.0: CHF 11'407

Baserate hypothétique pour bénéfices nuls incl. CUI V15.0: CHF 11'398

Base de données : 2024, données de calcul, évaluées avec V15.0 et V16.0

Cas avec déficit

Cas avec déficit > CHF 40'000.-



*: Changement de V14.0 à V15.0 (en %)
 **: Changement de V14.0 à V16.0 (en %)

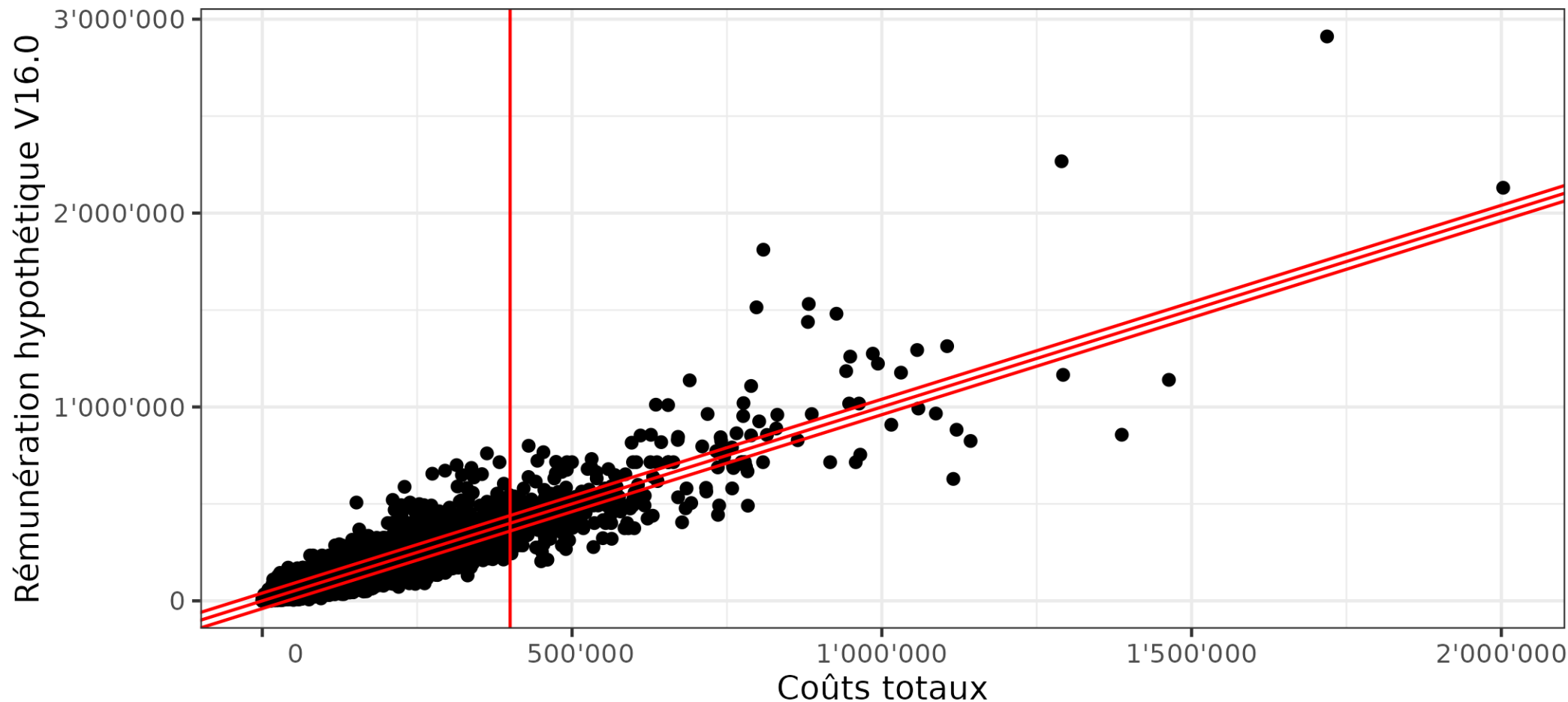
Définition CA :

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

- 139 cas
- 19 hôpitaux concernés
- Volume déficitaire CHF 17.4 Mio.

Base de données : 2024, données de calcul, évaluées avec V14.0, V15.0 et V16.0

Cas à coûts élevés



Cas à coûts élevés (coûts > 400'000 CHF) : 303
Nombre de cas déficitaires avec coûts élevés : 139
Nombre de cas bénéficiaires avec coûts élevés : 97

Volumes déficitaires : 17.4 Mio. CHF
Volumes bénéficiaires : 18.4 Mio. CHF

Perspective

Représentation de procédures en plusieurs temps planifiées au cours d'une même journée

- Avec Spiges, nouvelle saisie des temps d'opération disponible

Variablenname Nom de variable Nome della variabile	Désignation	Description
behandlung_beginn	Début du traitement	<p>Date et heure. L'heure n'a pas besoin d'être précisée pour chaque détail de la procédure.</p> <p>Au contraire, la même heure doit être indiquée pour tous les codes d'une opération.</p> <p>L'heure ne doit être indiquée obligatoirement que pour les codes des opérations, à savoir ceux en lien avec l'utilisation de la salle d'opération ou du laboratoire de cathétérisme cardiaque. L'indication de la date, sans heure, suffit pour les procédures hors de ce contexte.</p>

Perspective

Problème :


- Indications de temps manquantes ou erronées pour les codes CHOP d'une même intervention

behandlur	behandlung_beginn	code	text_de
012434	10.01.2025 00:01	01.24.34	Zugang zur Schädelbasis, transsphenoidal
8896	10.01.2025 00:01	88.96	Sonstige intraoperative Kernspintomographie
041910	10.01.2025 00:01	04.19.10	Anwendung eines Endoskopiesystems bei Eingriffen am Nervensystem
009960	10.01.2025 00:01	00.99.60	Anwendung eines Navigationssystems
009920	10.01.2025 00:01	00.99.20	Mikrochirurgische Technik
0762	10.01.2025 13:30	07.62	Partielle Exzision an der Hypophyse, transsphenoidaler Zugang
883850	11.01.2025 00:01	88.38.50	{CT}-Angiographie aller Gefässe
870499	11.01.2025 00:01	87.04.99	Sonstige Tomographie des Kopfes, sonstige
870411	11.01.2025 00:01	87.04.11	Computertomographie des Halses
874109	11.01.2025 00:01	87.41.09	Computertomographie des Thorax, sonstige
99C211	14.01.2025 00:01	99.C2.11	Pflege-Komplexbehandlung bei Erwachsenen, 2 bis 5 Aufwandspunkte

Un grand merci pour votre attention !

SwissDRG SA

Länggassstrasse 31
3012 Berne

 +41 (0)31 310 05 50

e-mail: info@swissdrg.org