

Présentation du système Conseil d'administration de SwissDRG SA

SwissDRG – Version 16.0 / 2027

05 mai 2026

Chronologie de développement de la structure tarifaire



SwissDRG – Version 16.0 / 2027

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

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)

Aperçu de l'érosion des données

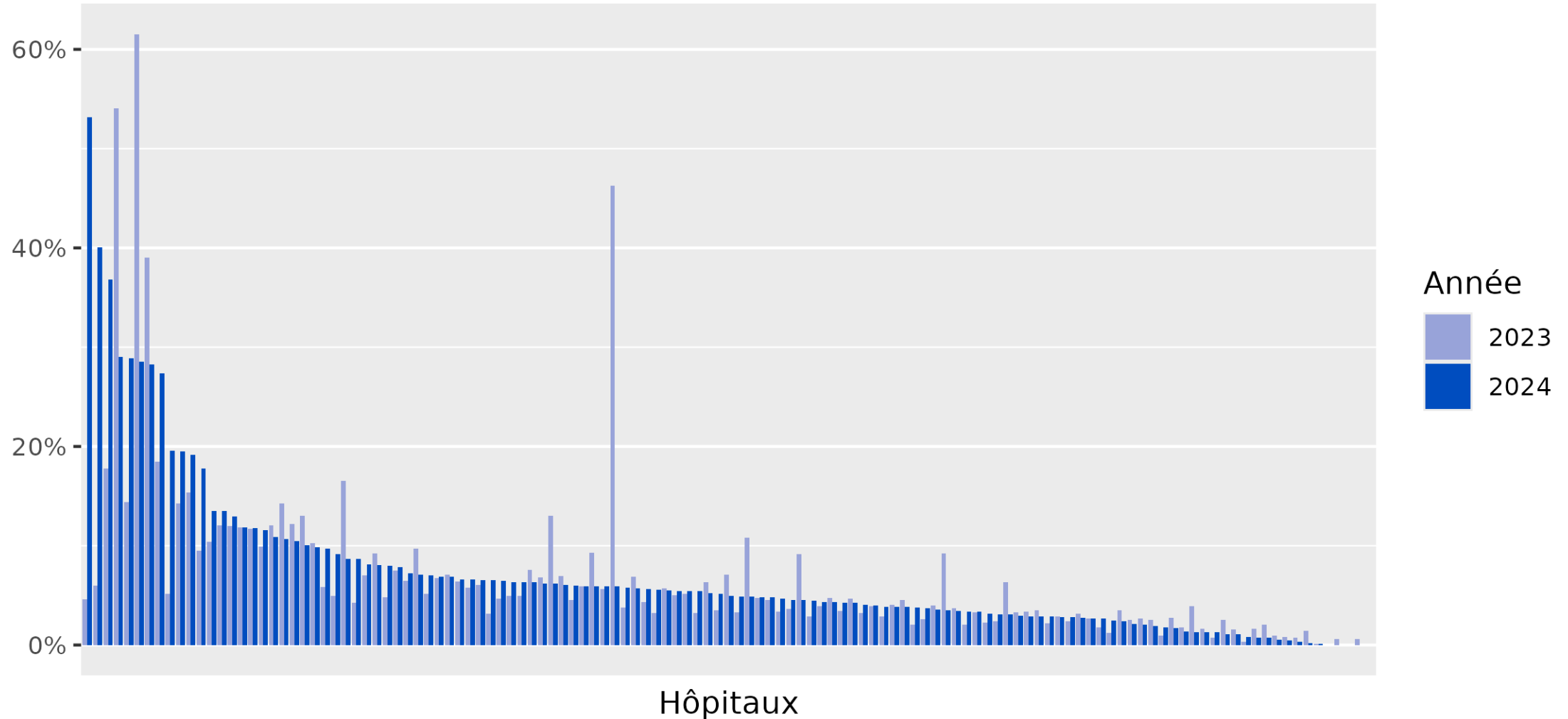
Relevé SwissDRG

1'236'012	Cas livrés
↓	- Psychiatrie / Réadaptation - Cas ambulatoires - Sortie en dehors de la période du relevé
1'234'879	Cas dans le domaine d'application (y compris maisons de naissance)
↓	- Cas privés non utilisables - Cas sans coûts complets
1'210'503	Base de données avant plausibilisation
↓	- Plausibilisation des cas (incl. suppression totale de 10 hôpitaux)
1'110'387	Cas plausibles 2024 (données de calcul)
	+ 584 Cas 2023 + 107 Cas 2022 + 2 Cas 2021



Développement du système

Pourcentage de cas non plausibles par année

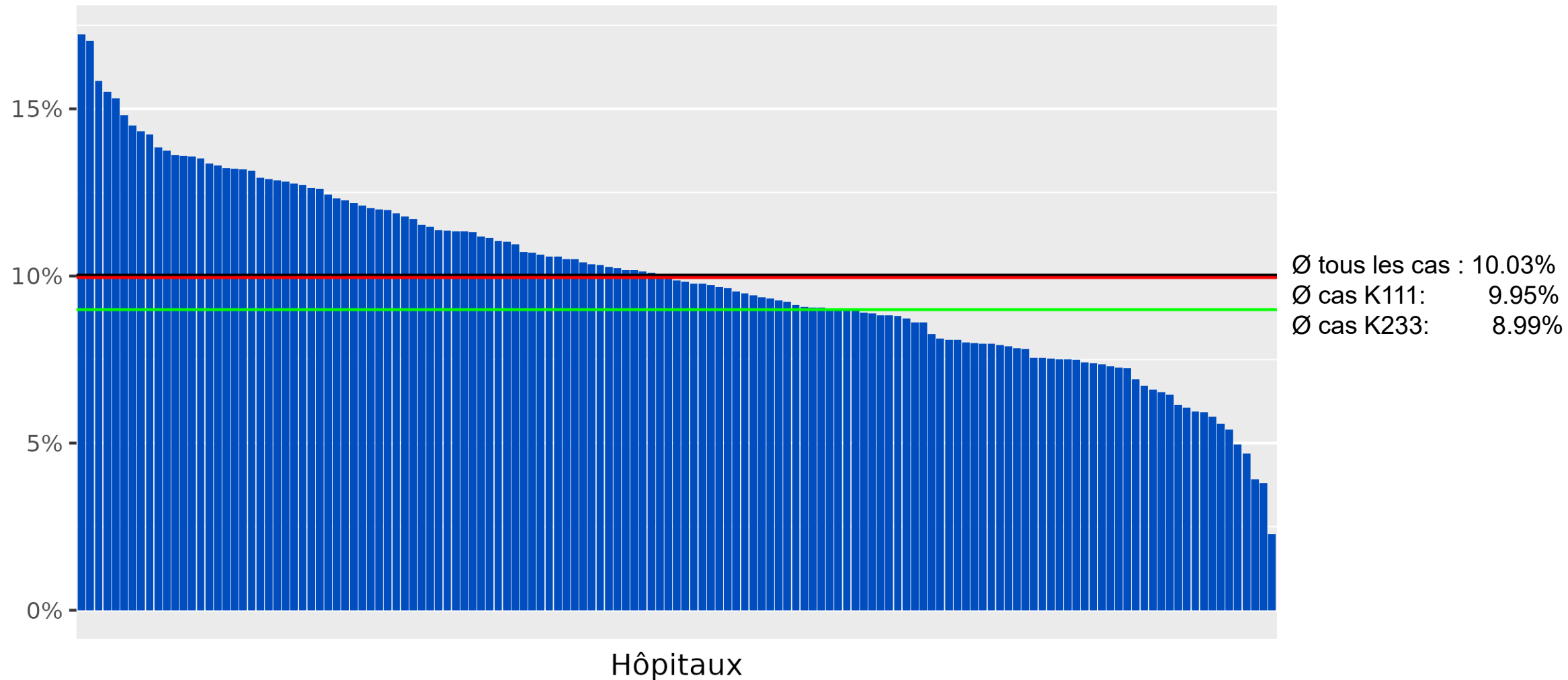


Base de données : 2023/2024, données du domaine d'application SwissDRG

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

SwissDRG – Version 16.0 / 2027

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

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

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

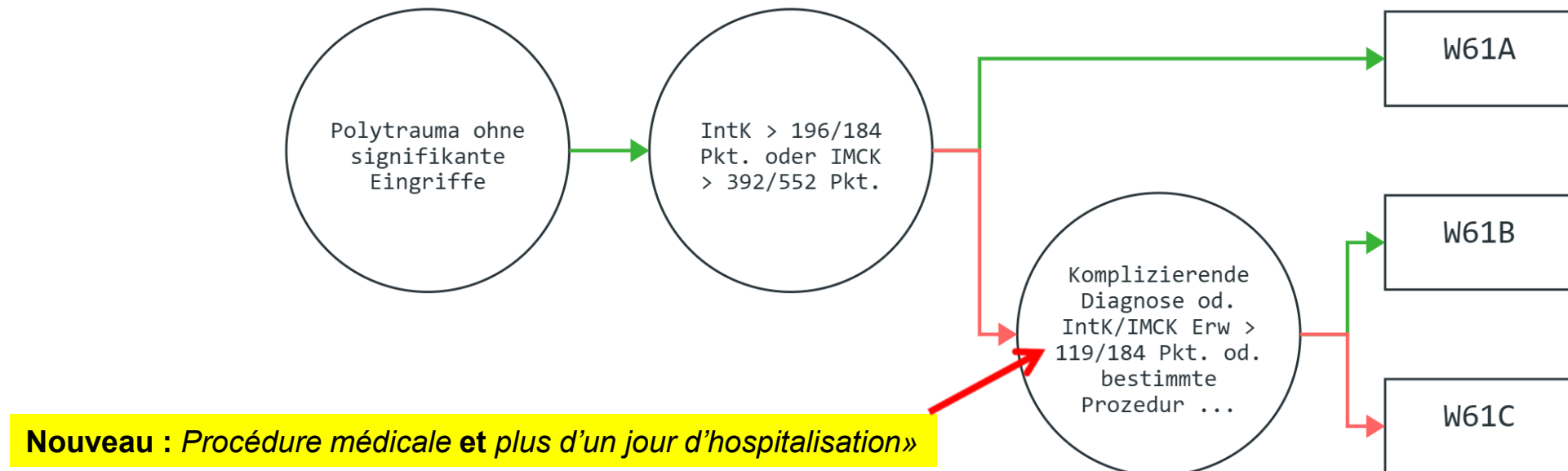


Traumatisme multiple

MDC 21A

Transformation :

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



Analyses :

- ## Transformation :

- ## «Traumatisme multiple sévère»

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



Réadaptation précoce

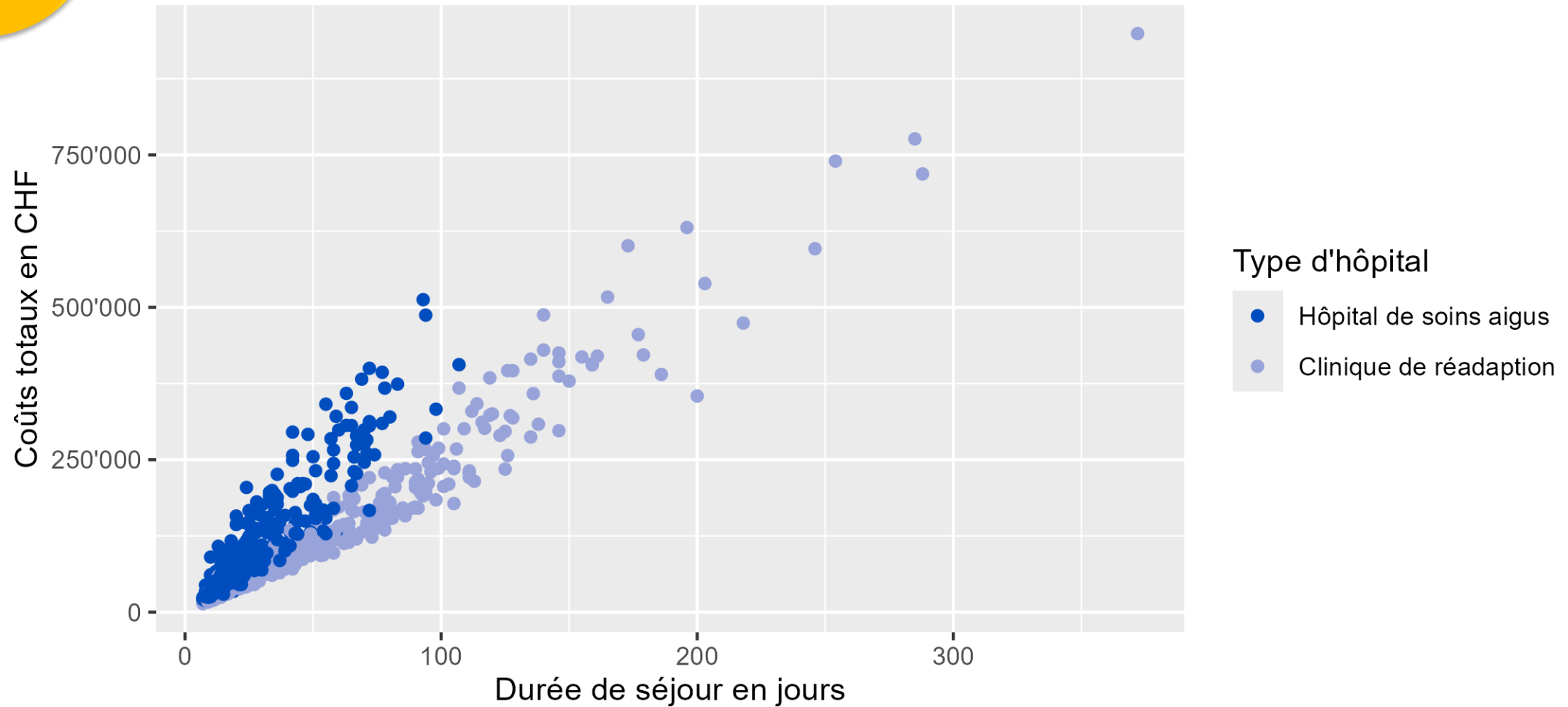
Situation initiale :

- 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

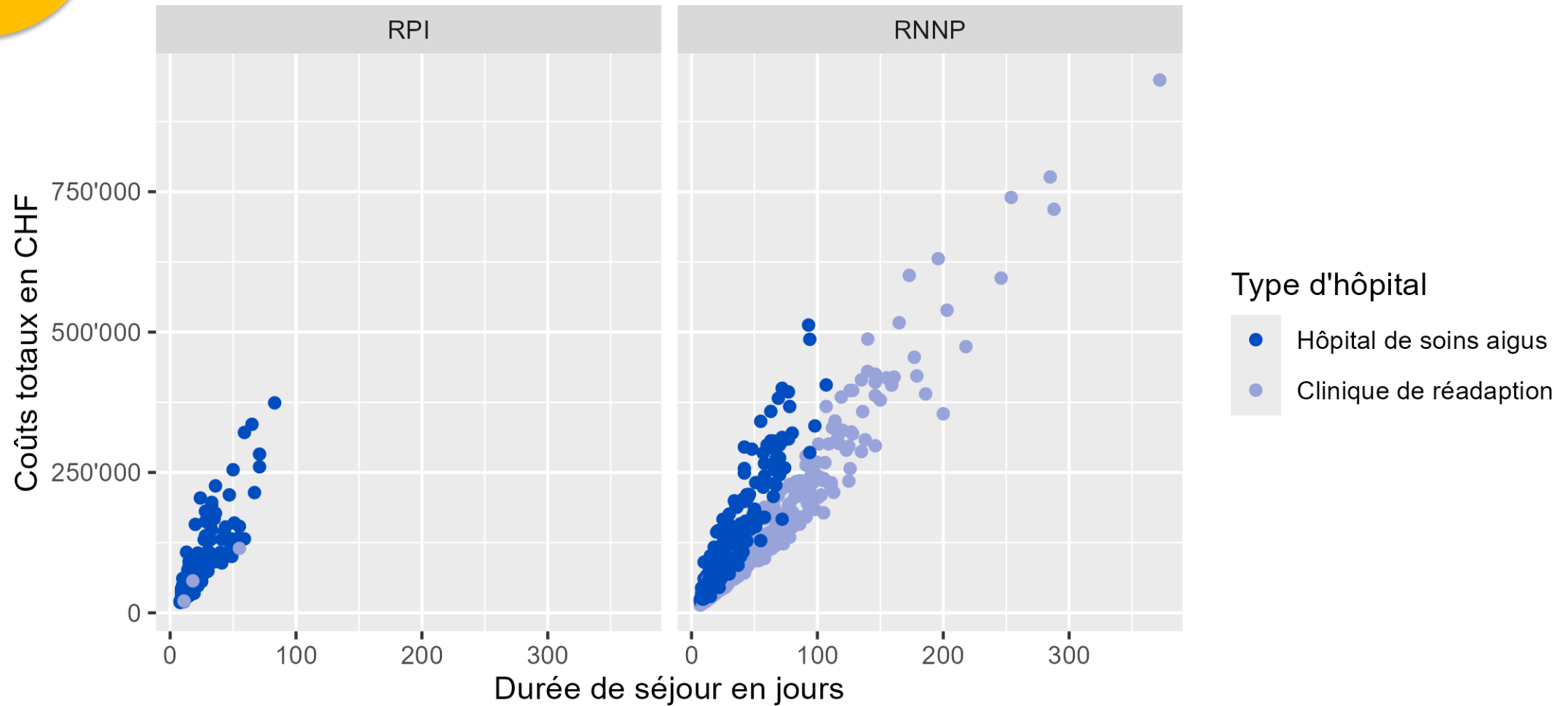
Hôpital de soins aigus vs. clinique de réadaptation



Base de données: 2024 données de calcul



Réadaptation précoce différenciation



Base de données: 2024 données de calcul



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)

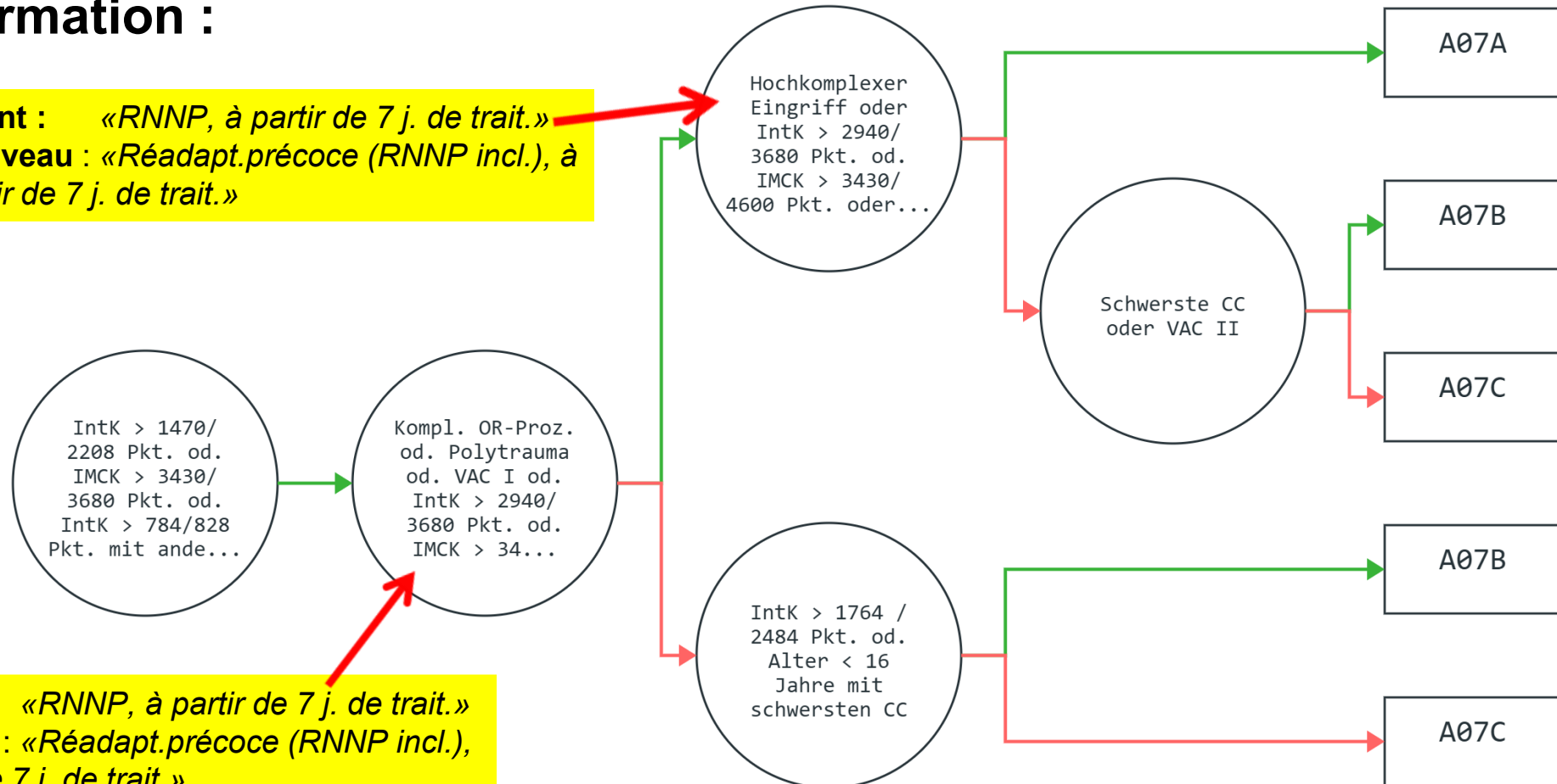


Réadaptation précoce

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.»

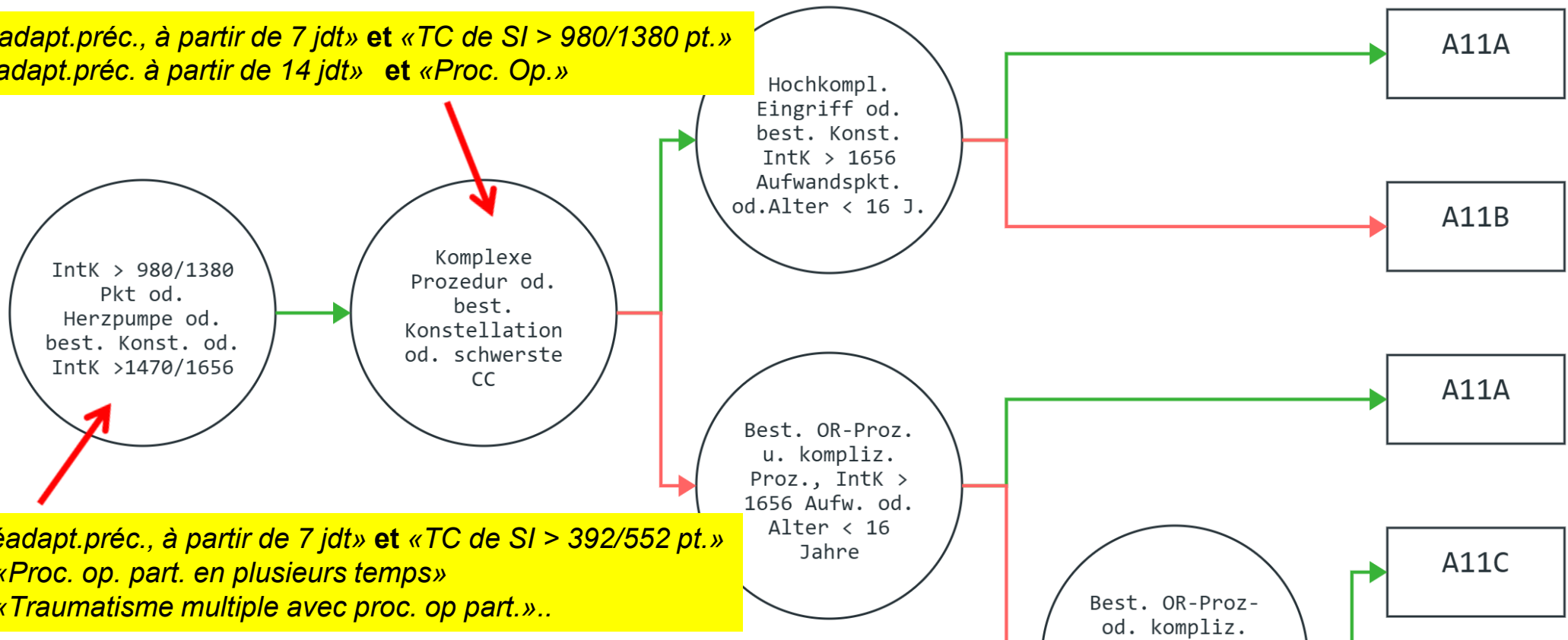


Réadaptation précoce

DRG de base A11

Transformation :

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



Nouveau : «Réadapt.préc., 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

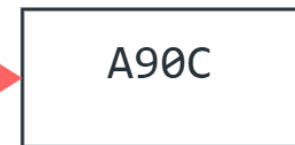
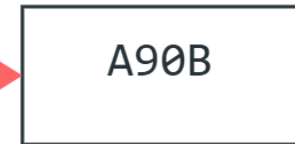
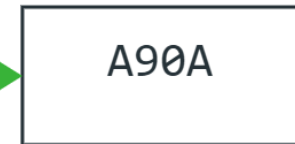
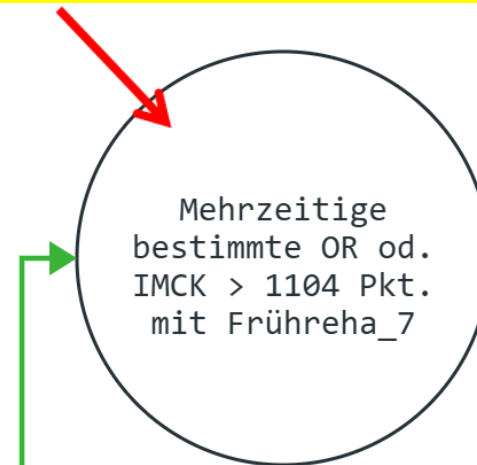
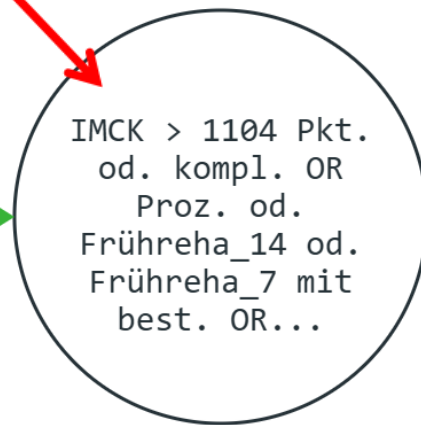
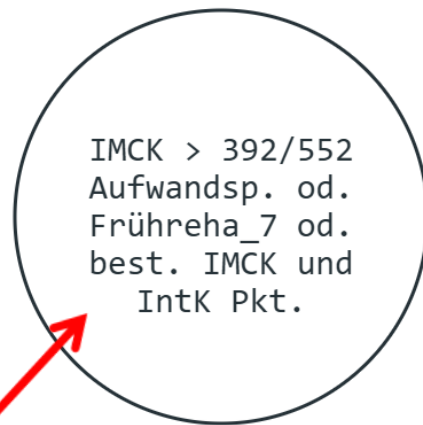
DRG de base A90

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 :

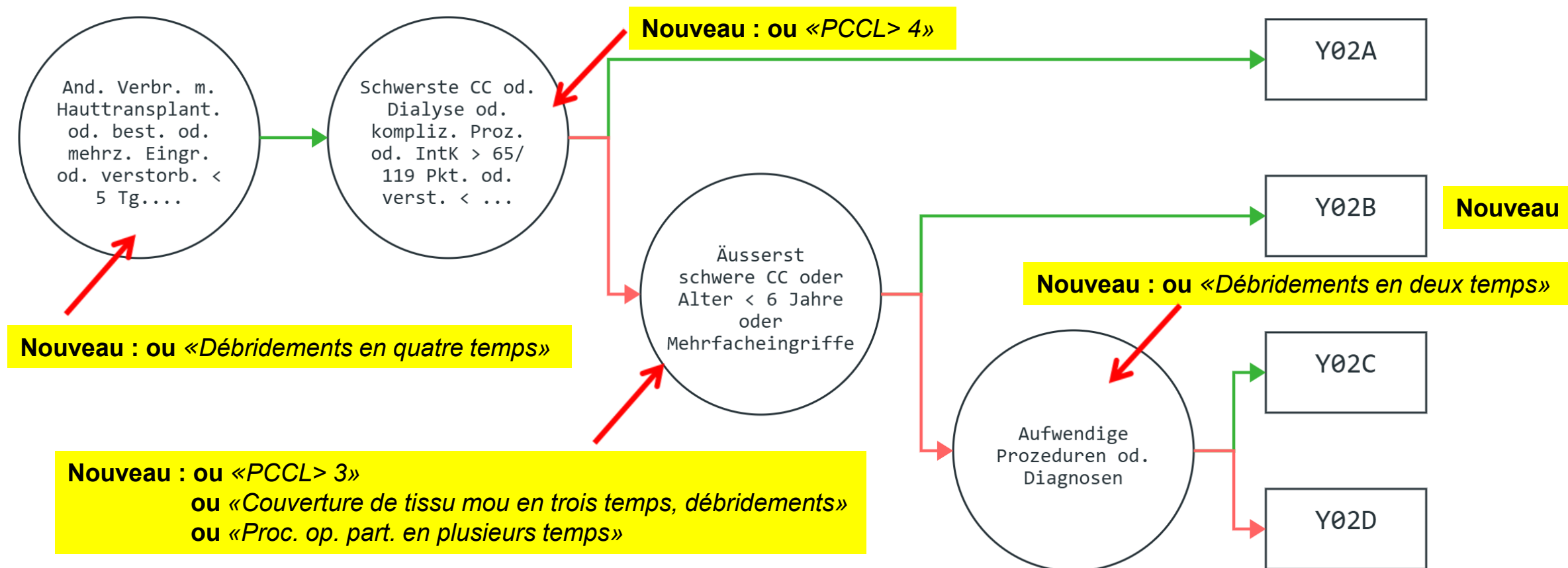
- 86.88.* *«Couverture temporaire de tissu mou par..., étendu,...»*
- 86.8A.* *«Couverture de tissu mou et remplacement de la peau par..., étendue,...»*
- 86.6C.* *«Remplacement permanent de la peau par...,étendu,...»*

Réévaluation du code CHOP :

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

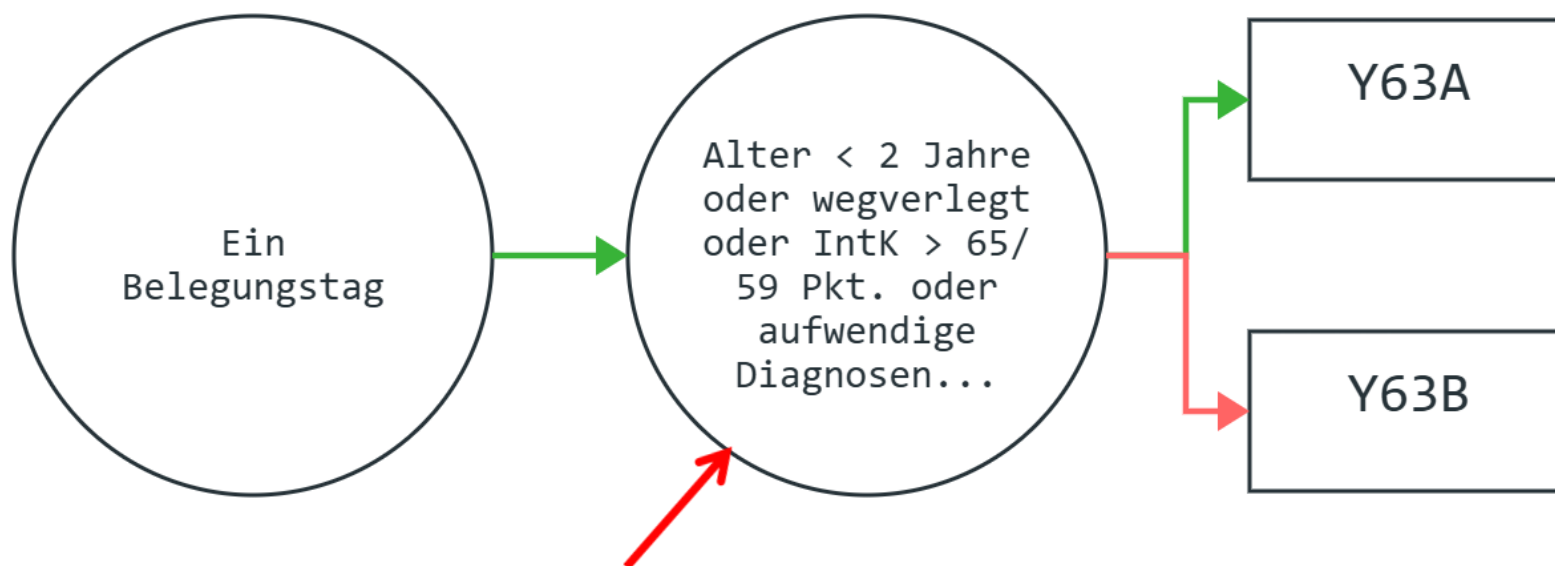
Brûlures MDC 22

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»

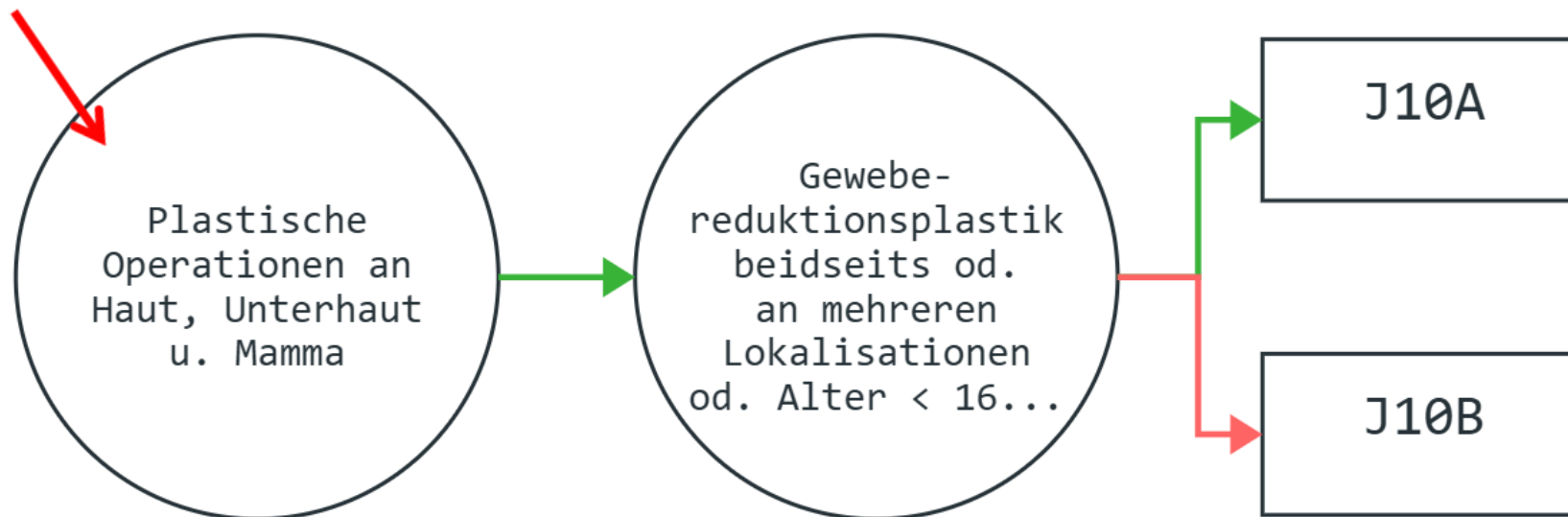
Brûlures

Formation de cicatrices

Transformation :

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

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



Rémunérations supplémentaires non planifiées pour la rémunération des cas avec brûlures

- développé en collaboration avec les centres des grands brûlés
- 5 produits pour la couverture cutanée étendue/traitement
 - Cultured Epidermal Autograft, CHUV
 - Couverture cutanée alloplastique : Novosorb Biodégradable Matrix
 - Couverture cutanée allogène : peau de donneur AlloSource et ETB BISLIFE
 - Couverture cutanée xénogène : peau de poisson, Kerecis
 - Bromélaïnes
- valable du 01.01.2026 au 31.12.2026
- facturable pour les centres de grands brûlés
- Document sur la page d'accueil

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

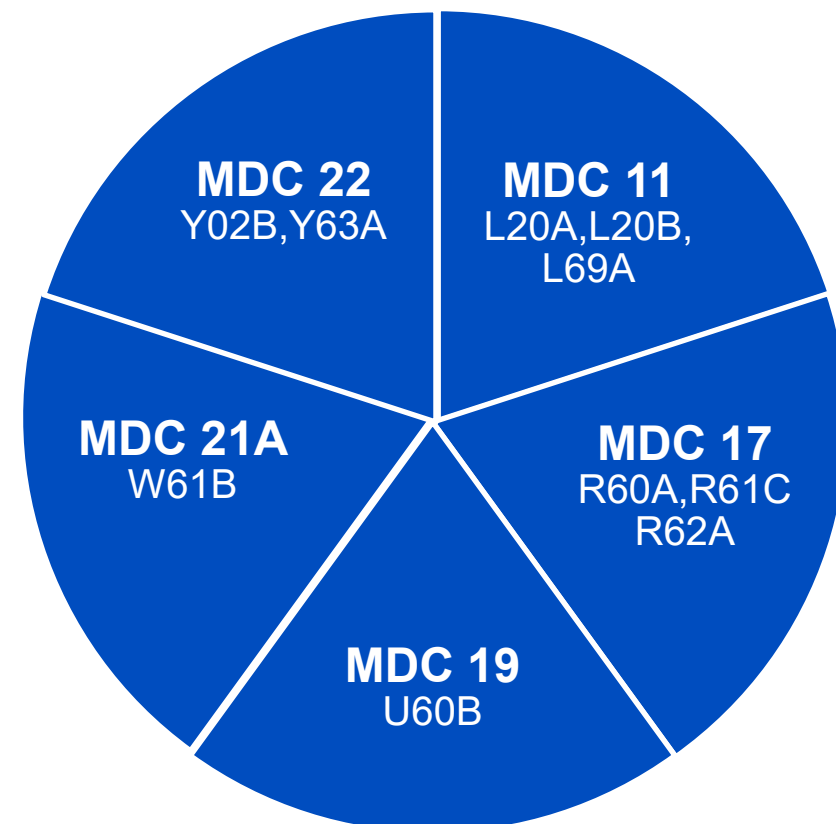
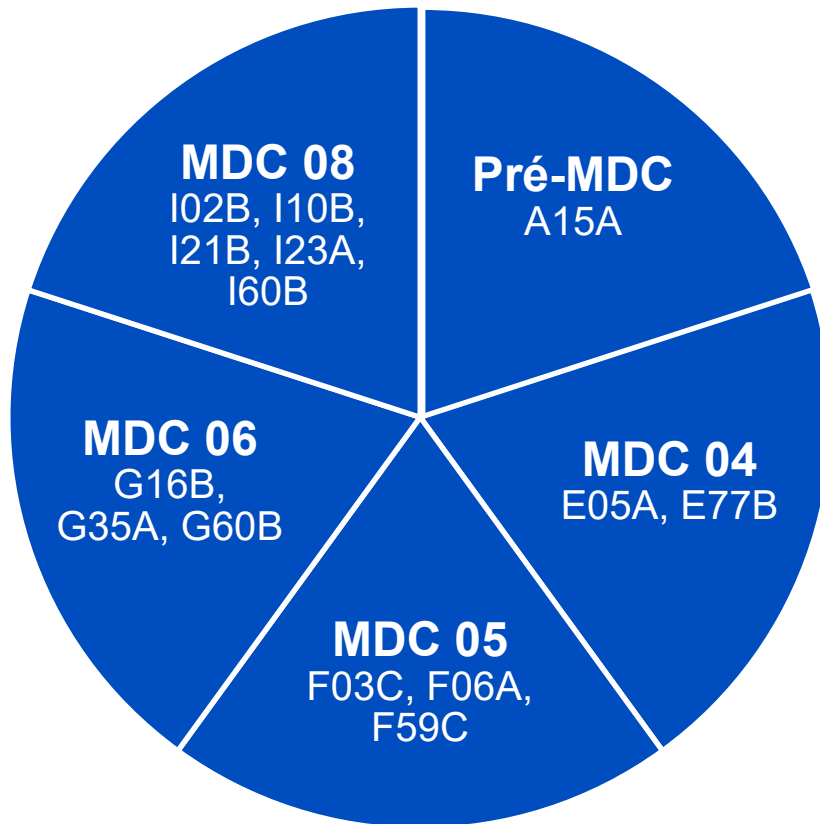
DRG de base Z02 : TC de SI/TC en U-IMC > 130 points



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*»

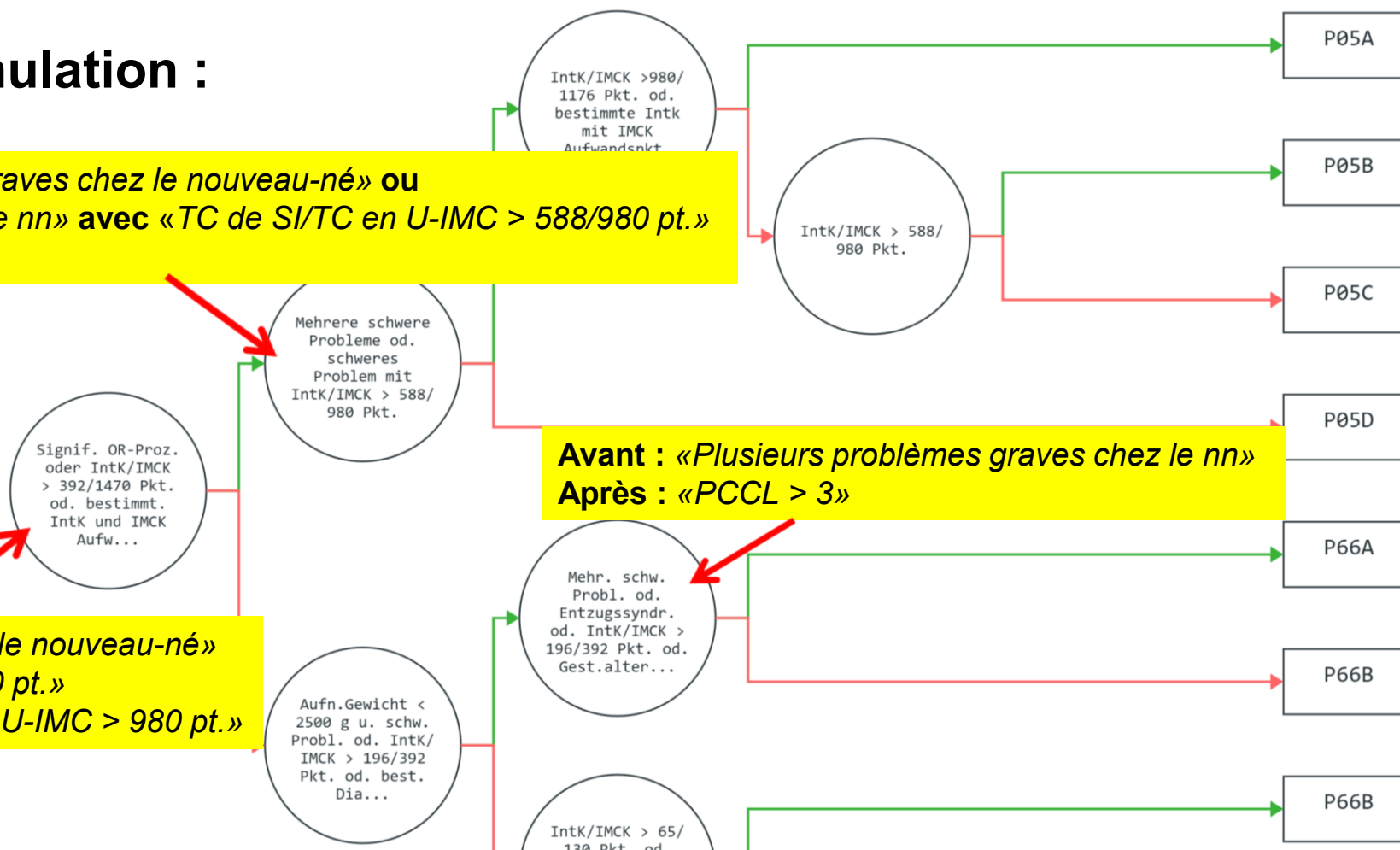
Nouveau-nés MDC 15

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.»



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

Nouveau-nés MDC 15

Assistance respiratoire

Problème :

- Marge d'interprétation dans le codage des codes CHOP 93.9F.11 «*Ventilation mécanique et assistance respiratoire par pression positive continue [CPAP] chez le nouveau-né et le nourrisson*» et 99.65 «*Traitement aigu d'un trouble adaptatif chez le nourrisson (réanimation primaire)*»

Transformation :

- Mise au même niveau des codes CHOP 93.9F.11 et 99.65 dans la version 16.0

Médecine palliative

Rémunération supplémentaire simulation (ZE)

Comparaison sur la base des données de 2024 entre :

- Situation actuelle selon la version 15.0 et
- Environnement de simulation sans A97, mais avec calcul d'une ZE pour les soins palliatifs à partir de 4 jours

Admission sur la base des analyses préliminaires présentées :

- ZE pour les soins palliatifs spécialisés sont supérieurs de 12,04 % aux ZE pour les soins palliatifs normaux

Démarche :

- Comparaison entre le status quo et une ZE de 200 francs par jour
- Augmentation progressive de la ZE de 200 francs par jour pour la simulation suivante

Médecine palliative

Exemple concret d'une rémunération supplémentaire

- Focus sur les coûts médicaux, les coûts de soins et les prestations non médicales
- Augmentation moyenne des coûts moyens dans ces domaines lorsque la durée du séjour est prolongée d'un jour
- Comparaison de deux groupes de cas :
 - Cas avec un **seul code CHOP** qui peut être attribué au groupe 93.8A.2 (**groupe de cas palliatif**).
 - Cas **sans codes CHOP codés** (**groupe de comparaison**)

Résultat :

- **Rémunération supplémentaire de l'ordre de 300 CHF par jour**
- une situation de rémunération moins favorable qu'avec le status quo

Médecine palliative

Conclusion

- un financement intégral des cas de soins palliatifs dans les hôpitaux universitaires n'est pas non plus réaliste, même en développant une rémunération supplémentaire
- la rémunération supplémentaire requise devrait être suffisamment élevée pour que la plupart des cas des soins palliatifs bénéficient d'un surfinancement significatif
- cela créerait des incitations inopportunes considérables
- une rémunération supplémentaire réaliste ne ferait qu'aggraver la situation actuelle en matière de rémunération

Médecine palliative

Code CHOP 2024

Situation initiale :

- CHOP 2024 différenciation supplémentaire avec moins de 7 jours de traitement
- Codes 93.8A.2- «*Traitement complexe de médecine palliative...*»
- Codes 93.8B.2- «*Soins palliatifs spécialisés avec prestation supplémentaire de traitement...*»
 - jusqu'à 3 jours de traitement
 - au moins 4 à 6 jours de traitement

Médecine palliative

Code CHOP 2024

Transformation :

- Codes 93.8B.1- Prestation de base «*Soins palliatifs spécialisés*»
Note : ... si nécessaire, les...domaines thérapeutiques mentionnés sont utilisés
- Prestation de base «*Soins palliatifs spécialisés*» code 93.8B.1- supprimés de tous les DRG
- en contrepartie, inclusion de 93.8B.27 «*Soins palliatifs spécialisés avec prestation supplémentaire de traitements, au moins 4 à 7 jours de traitement*» dans les DRG B66A, D60A, E71B, G60B, H61A, J62A
- une représentation nettement plus différenciée des cas coûteux

Médecine palliative

MDC 17

Problème :

- Représentation de certains cas de la MDC 17 avec traitement complexe de médecine palliative dans la pré-MDC sous-rémunérés

Transformation :

- Exclusion des DRG R60A, R01A dans le DRG de base A97 «*Traitement complexe de médecine palliative, à partir de 7 jours de traitement*»
- Inclusion du DRG R60B pour le DRG A97A et du DRG R01B pour le DRG A97B
- DRG R01C inclus pour le DRG A97D

Transplantation de tissu

Anastomose microvasculaire

Problème :

- Cas sous-rémunérés au sein de la structure tarifaire

Analyses :

- Analyses pour l'ensemble des MDC
- Consommation de ressources plus élevée dans différentes MDC

Transplantation de tissu

Anastomose microvasculaire

Transformation :

- Inclusion du tableau global «*Transplantation de tissu avec anastomose microvasculaire*»

«*Transplantation de tissu avec
anastomose microvasculaire*»

- MDC 01 : B09, B01A
- MDC 06 : G38A
- MDC 08 : I02B avec «*Traitement sous vide complexe*»
- MDC 13 : N11
- MDC 17 : R01B avec «*Curage des ganglions lymphatiques
cervicaux*»
- MDC 21B : X01

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

Transformations globales des MDC

Implants adaptés au patient

Demande :

- les implants adaptés au patient sont forfaitairement insuffisamment rémunérés
- Sous-rémunération de cas dans le DRG de base D02 «*Résections complexes avec reconstructions au niveau de la tête et de la gorge...*»

Proposition de solution :

- Rémunération supplémentaire pour les implants adaptés au patient

Problème :

- Demande non spécifique – sans mention concrète de l'implant
- la gamme et les coûts des implants sont très hétérogènes

Transformations globales des MDC

Implants adaptés au patient

Transformation :

- nouveau DRG D02A avec la logique :
 - Codes 00.9A.61-64 «*Utilisation d'implants spécifiques au patient, fabriqués en préopératoire par imagerie 3D ou par imprimante 3D ou adaptés*»
 - Codes 02.05.10-30, 76.43.12 ou 76.92.20-31 «*Insertion d'implant CAD...*»
 - Fonctions «*Procédures opératoires complexes en plusieurs temps*» OU «*Situations coûteuses pour néoformation maligne*»
 - Tableau «*Transplantation de tissu avec anastomose microvasculaire*» en combinaison avec le DRG de base DRG D01 «*Implant cochléaire ou...*»
- Inclusion du code 00.9A.61 «*Utilisation d'implants, spécifiques au patient, fabriqués en préopératoire par imagerie tridimensionnelle*» dans le DRG B20B «*Interventions intracrâniennes particulières ou complexes...*»

Transformations globales des MDC

Monitoring neurophysiologique peropératoire

Demande :

- dans le DRG D24C *«Plasties de la peau complexes et grandes interventions au niveau de la tête et de la gorge»* cas avec codes CHOP 00.94.31-33 *«Monitoring neurophysiologique peropératoire, de plus de 4 heures jusqu'à plus de 12 heures»* SOUS-rémunérés

Proposition de solution :

- Inclusion 00.94.31-33 comme critère de split dans le DRG D24B *«Plasties de la peau complexes et grandes interventions au niveau de la tête et de la gorge avec intervention combinée...»*

Transformations globales des MDC

Monitoring neurophysiologique peropératoire

Transformation :

- Examen des codes 00.94.31-33 avec indication d'un déficit dans différents DRG
- Inclusion comme critère de split dans:
 - DRG D24B «*Plasties de la peau complexes...*»
 - DRG B01A «*Procédures opératoires complexes en plusieurs temps...*»
 - DRG B20A «*Interventions intracrâniennes particulières ou complexes...*»
 - DRG de base B36 «*...avec traitement complexe de soins intensifs...*»
 - DRG B36C: en combinaison avec «*TC de SI chez l'adulte 185-360 points*» et DRG B02A «*Craniotomie complexe...*»

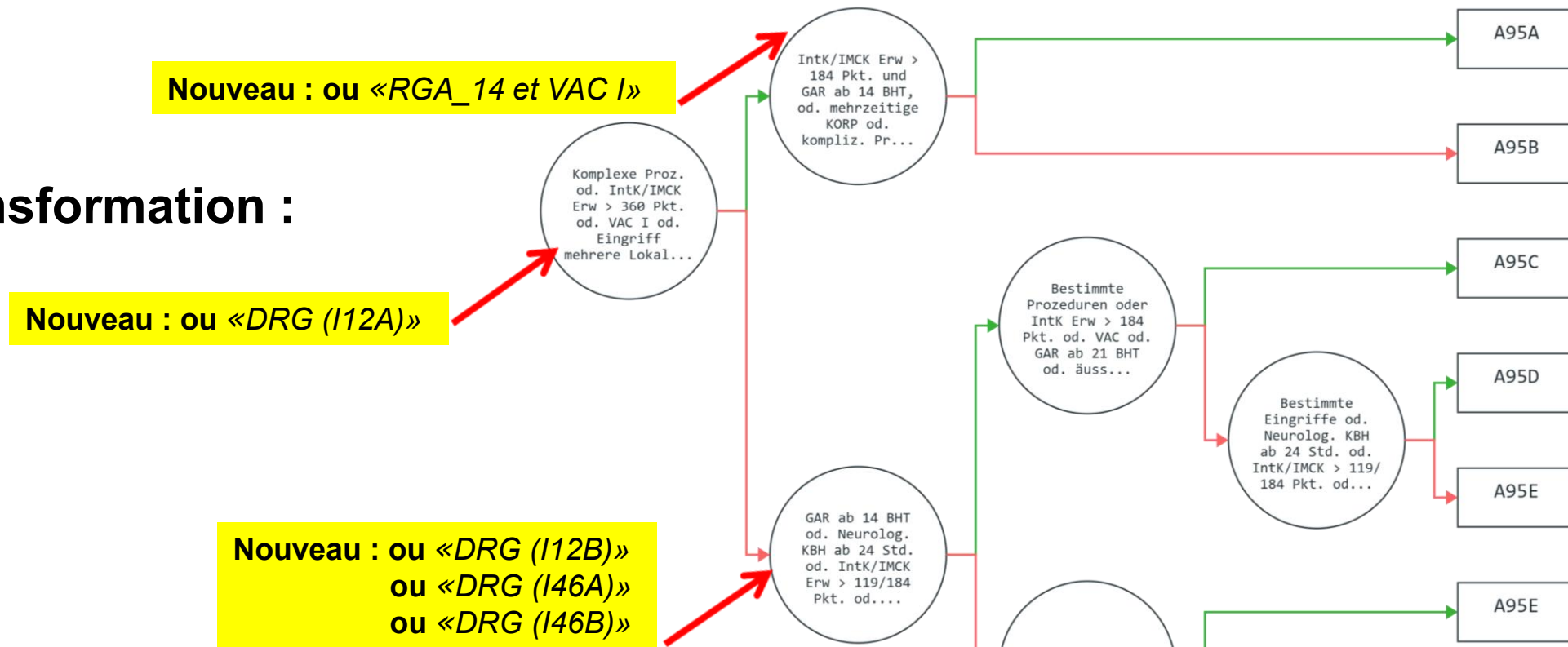
Transformations globales des MDC

Réadaptation gériatrique aiguë (RGA)

Demande :

- Cas de la MDC 08 avec RGA dans le DRG de base A95 sous-rémunérés

Transformation :



Transformations globales des MDC

Paraplégie

Problème :

- Cas coûteux avec une durée de séjour longue dans le DRG de base A46
«Traitement complexe du patient paraplégique» sous-rémunérés

Transformation :

- Inclusion des fonctions
 - *«Procédures opératoires particulières en quatre temps»* dans le DRG A46B
 - *«Traumatisme multiple»* dans le DRG A46B et situations particulières
- Inclusion du diagnostic T83.5 *«Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse, un implant et une greffe de l'appareil urinaire»* dans le DRG A46D et procédures opératoires particulières

Transformations globales des MDC

Isolements

Demandes :

- Revalorisation ou rémunération supplémentaire pour différents types d'isolement

Analyses :

- à nouveau, aucune rémunération supplémentaire n'est pertinente
- nouvel examen global des MDC
- les ressources nécessaires pour l'isolement contre l'infection par aérosol sont similaires à celles requises pour l'isolement de contact
- une utilisation supplémentaire de ressources liée à l'isolement contre l'infection par gouttelettes n'est pas identifiable

Transformations globales des MDC

Isolements

Transformation :

- Mise au même niveau de l'isolement de contact et contre l'infection par aérosol et de l'isolement protecteur dans une chambre spéciale

«Isolement de contact/contre l'infection par aérosol, à partir de 7 jours de traitement»

- MDC 04 : E02A
- MDC 06 : G67A, G70A
- MDC 09 : J11A, J61B, J64A
- MDC 16 : Q60A
- MDC 17 : R60D, R61C

«Isolement de contact/contre l'infection par aérosol, à partir de 14 jours de traitement»

- MDC 04 : E76B, E77A
- MDC 17 : R61B

Transformations globales des MDC

Isolements

Transformation :

«Isolement protecteur dans une chambre spéciale, à partir de 7 jours de traitement»

- MDC 04 : E02A
- MDC 06 : G67A, G70A
- MDC 09 : J11A, J61B, J64A
- MDC 17 : R60D

«Isolement protecteur dans une chambre spéciale, à partir de 14 jours de traitement»

- MDC 04 : E76B, E77A
- MDC 17 : Basis DRG R01, R61B

«Isolement protecteur dans une chambre spéciale, à partir de 21 jours de traitement»

- Pré-MDC : A15B

Système nerveux MDC 01

Procédures opératoires complexes

Problème :

- Cas sous-rémunérés dans les DRG de base B02 «*Craniotomie complexe ou opération de la colonne vertébrale*» et B01 «*Procédures opératoires complexes en plusieurs temps pour maladies et troubles du système nerveux ou chirurgie épileptique...*»

Transformation :

- Cas avec une consommation élevée de ressources
- dans le DRG de base B02 sous-rémunérés
- Inclusion de la fonction «*Procédures opératoires complexes*» pour le DRG B36C «*Maladies et troubles du système nerveux avec traitement complexe de soins intensifs > 196/360 points... ou procédure opératoire complexe*»

Systeme nerveux MDC 01

Biopsie stéréotaxique

Problème :

- Groupe de cas sous-rémunérés dans le DRG B09D «*Autres interventions sur le crâne*»
- les conditions de split pour le DRG B09B ne sont pas des séparateurs de coûts par rapport au DRG B09C

Transformation :

- Fusion des DRG B09B et B09C → DRG B09B
- Revalorisation des codes CHOP «*Biopsie stéréotaxique du cerveau, des méninges, des vaisseaux sanguins intracrâniens*» dans le nouveau DRG B09B «*Autres interventions sur le crâne pour néoformations malignes du système nerveux ou...*»

Système nerveux MDC 01

Neurostimulateur

Demande :

- Implantation de neurostimulateurs pour la stimulation hypoglosse lors d'apnée du sommeil dans le DRG de base B21 *«Implantation d'un neurostimulateur ou d'électrodes»* sous-rémunérée

Transformation :

- Revalorisation du groupe de codes ICD G47.3- *«Apnée du sommeil»* avec *«Implantation / remplacement d'un neurostimulateur, épidural ou périphérique, système à plusieurs électrodes, rechargeable / non rechargeable»* dans le DRG B21C

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

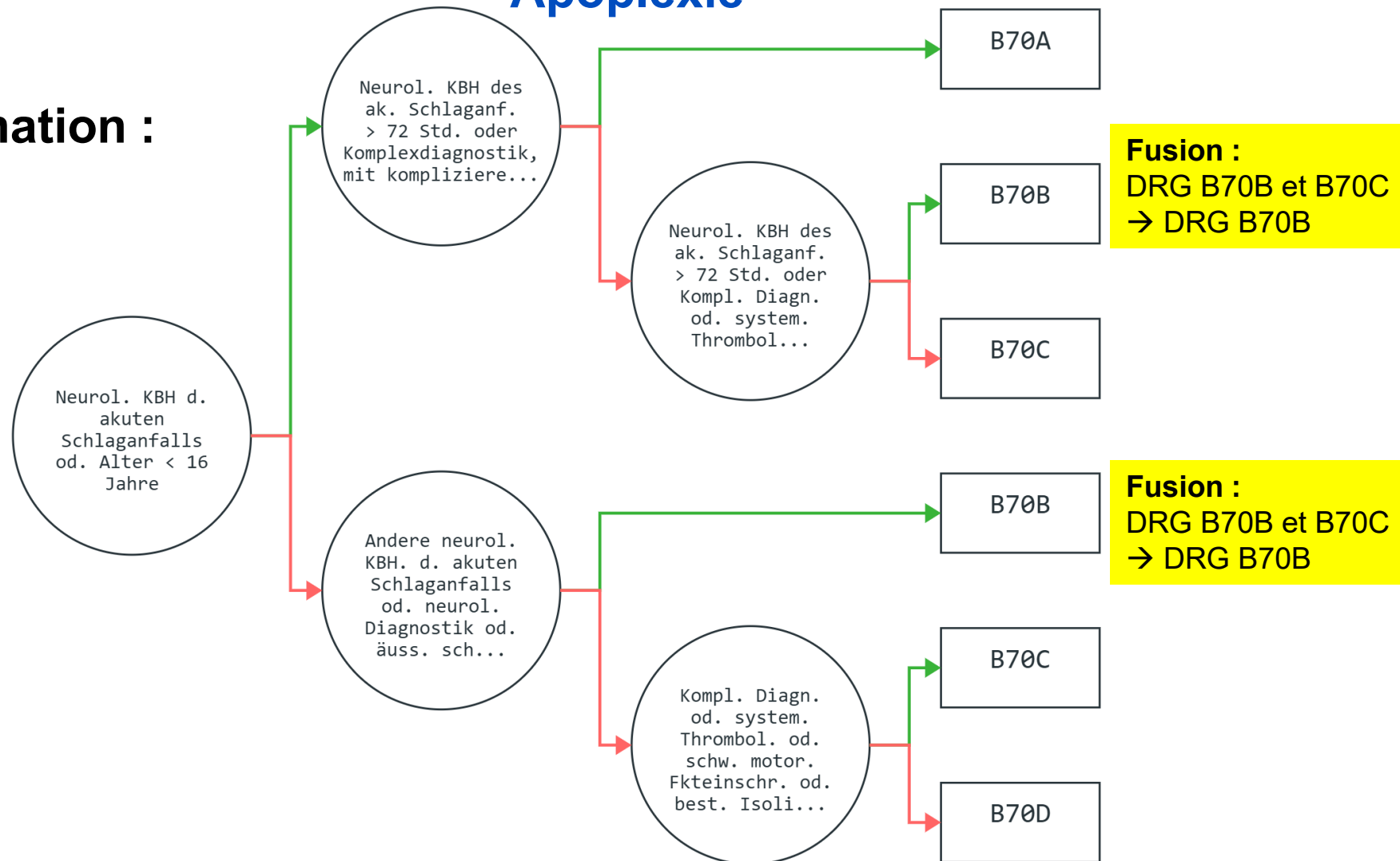
Analyses :

- 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 :



Système nerveux MDC 01

Split PCCL

Problème :

- Split PCCL > 2 n'est plus un séparateur de coûts approprié dans le DRG de bae B72 *«Infection du système nerveux sauf méningite virale»*

Transformation :

- Suppression du split PCCL du DRG B72A *«Infection du système nerveux sauf méningite virale, âge < 16 ans ou acte diagnostique neurologique complexe ou autre immunothérapie»*

Systeme nerveux MDC 01

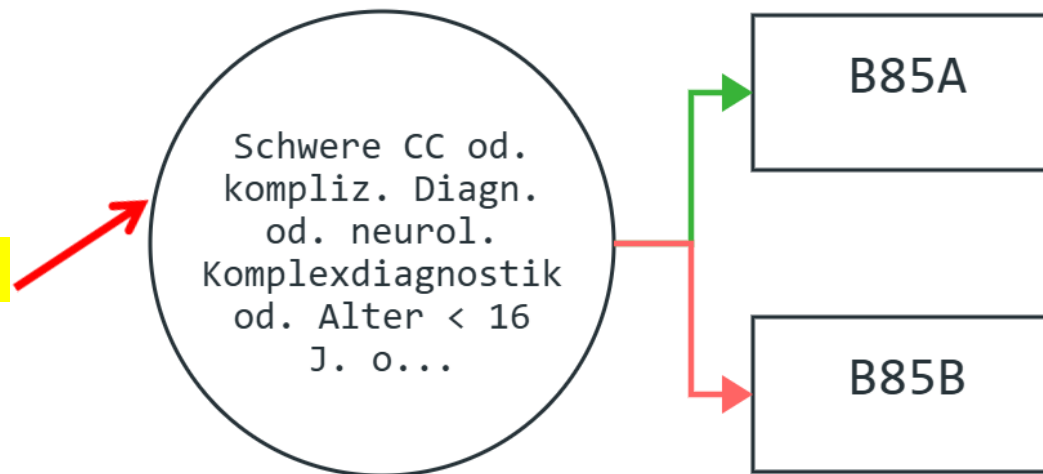
Split PCCL

Problème :

- Cas coûteux dans le DRG B85B «*Maladies dégénératives du système nerveux, âge > 15 ans*» avec comorbidités

Transformation :

Nouveau : «*PCCL > 2*» (jusqu'à présent > 3)



Système nerveux MDC 01

Diagnostic complexe

Demande :

- dans le DRG de base B86 «*Maladies et troubles du système nerveux, un jour d'hospitalisation*» cas avec code CHOP 99.A7 «*Diagnostic complexe de l'AVC aigu en stroke unit ou stroke center, jusqu'à 24 heures maximum*» sous-rémunérés

Transformation :

- Revalorisation dans le DRG B86A:
 - Code 99.A7 «*Diagnostic complexe de l'AVC aigu en..., jusqu'à 24 heures maximum*»
 - Code 99.A6.1- «*Diagnostic neurologique complexe, avec...*»

Système nerveux MDC 01

Fusion

Problème :

- les conditions de split dans le DRG B04B «*Interventions sur les vaisseaux extracrâniens,...*» ne sont plus des séparateurs de coûts

Transformation :

- Fusion des DRG B04B et B04C → DRG B04B «*Interventions sur les vaisseaux extracrâniens ou fermeture de communication interauriculaire ou stimulateur cardiaque*»

Système 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...*»

Système nerveux MDC 01

Fusion

Problème :

- les conditions de split dans le DRG B63A «*Démence et autres troubles chroniques de la fonction cérébrale avec CC extrêmement sévères ou acte diagnostique neurologique complexe*» ne sont plus des séparateurs de coûts

Transformation :

- Fusion des DRG B63A et B63B → DRG B63Z «*Démence et autres troubles chroniques de la fonction cérébrale*»

Systeme nerveux MDC 01

Fusion

Problème :

- les conditions de split dans le DRG B69A «*Accident ischémique transitoire (AIT) et occlusion de vaisseaux extracrâniens, avec traitement neurologique complexe d'accident vasculaire cérébral aigu > 72 heures...*» ne sont plus des séparateurs de coûts

Transformation :

- Fusion des DRG B69A et B69B → DRG B69A «*Accident ischémique transitoire (AIT) et occlusion de vaisseaux extracrâniens avec autre traitement neurologique complexe d'accident vasculaire cérébral aigu ou...*»

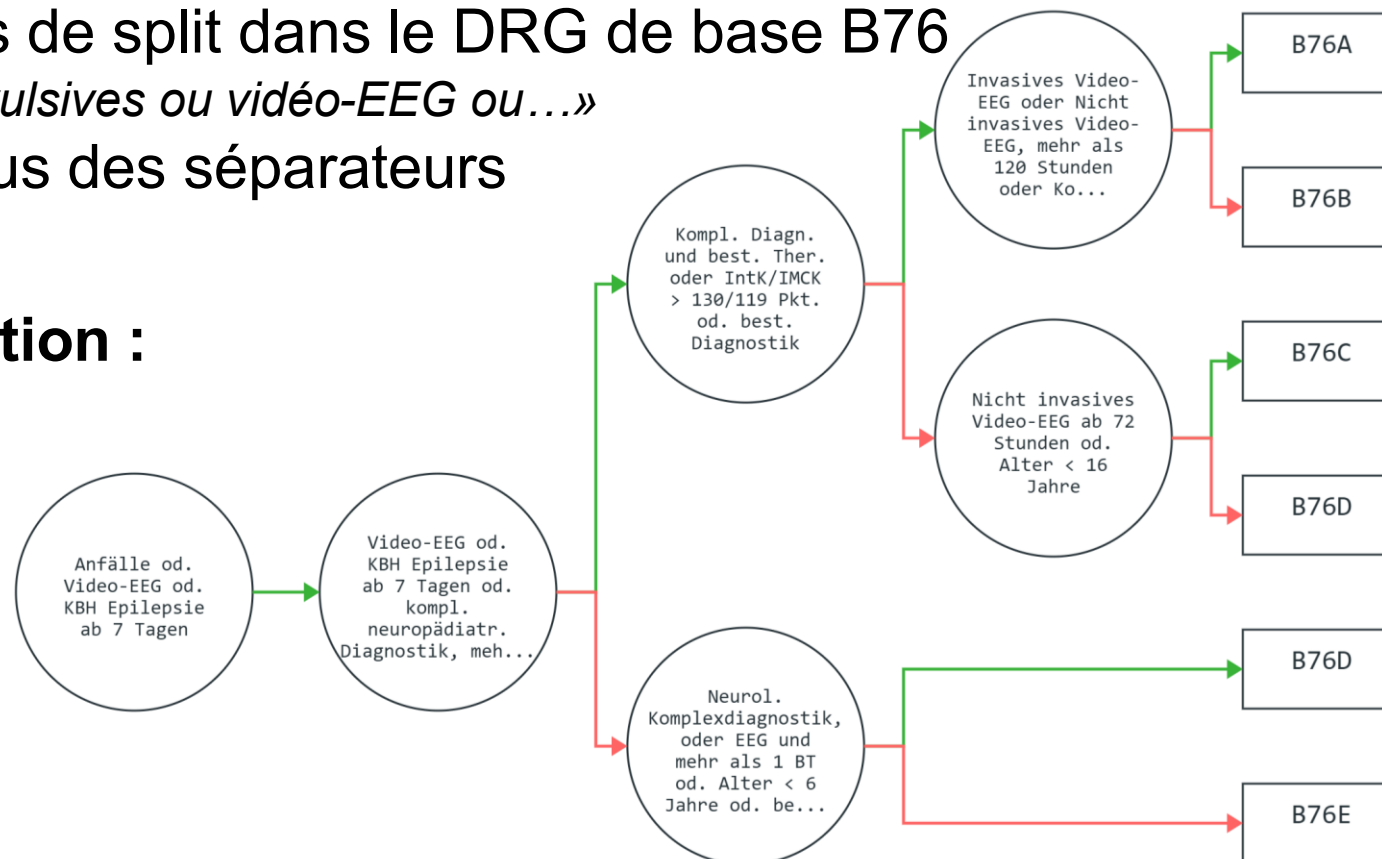
Systeme nerveux MDC 01

Fusion

Problème :

- Conditions de split dans le DRG de base B76
«Crises convulsives ou vidéo-EEG ou...»
ne sont plus des séparateurs
de coûts

Transformation :



Fusion :
DRGs B76A et B76B
→ DRG B76A

Fusion :
DRGs B76F et B76G
→ B76D

Fusion :
DRGs B76G et B76H
→ B76E

Maladies de l'œil MDC 02

Diagnostic complexe

Demande :

- dans le DRG C86Z «*Maladies et troubles de l'oeil, un jour d'hospitalisation*» code CHOP 99.A7 «*Diagnostic complexe de l'AVC aigu en stroke unit ou stroke center, jusqu'à 24 heures maximum*» sous-rémunéré

Analyses :

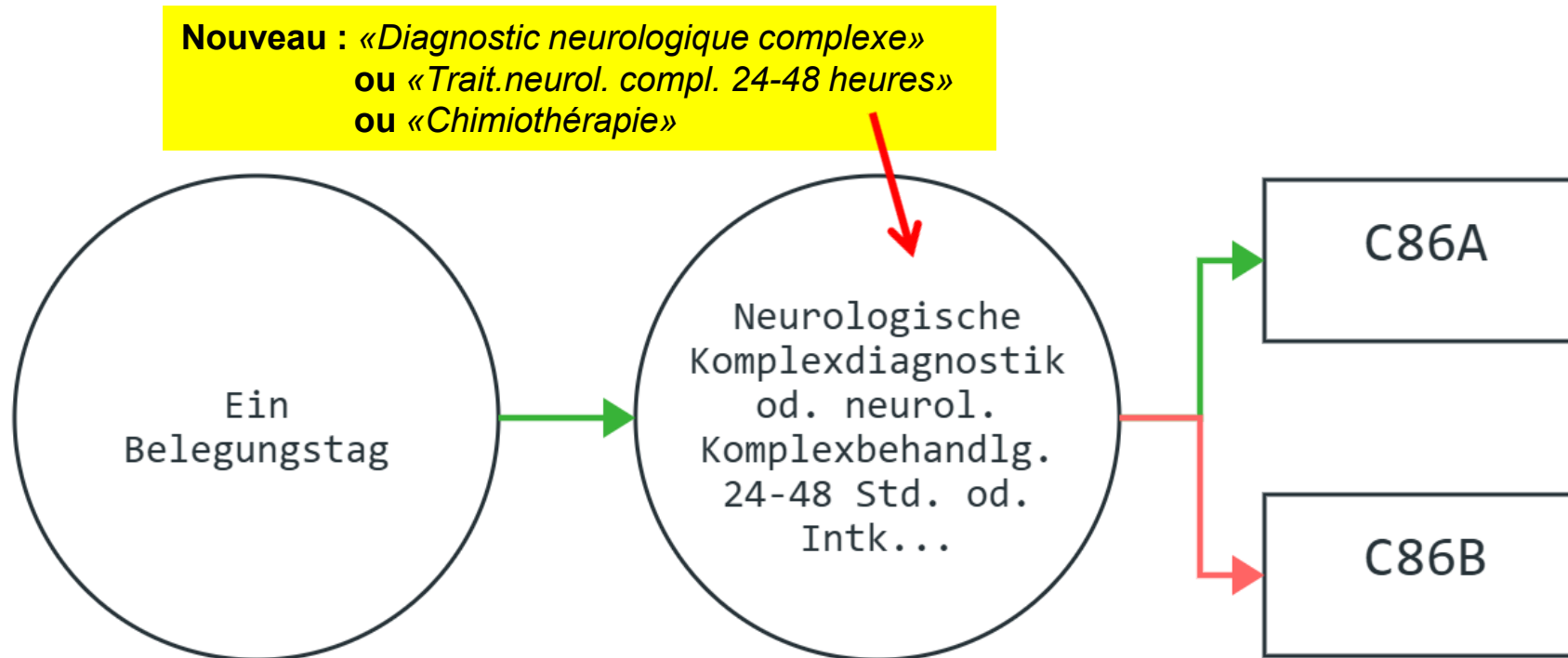
- un groupe de cas très restreint mais nécessitant de ressources importantes
- d'autres cas complexes nécessitant des ressources similaires

Maladies de l'œil MDC 02

Diagnostic complexe

Transformation :

- Split DRG de base C86 «*Maladies et troubles de l'œil, un jour d'hospitalisation*»



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*»

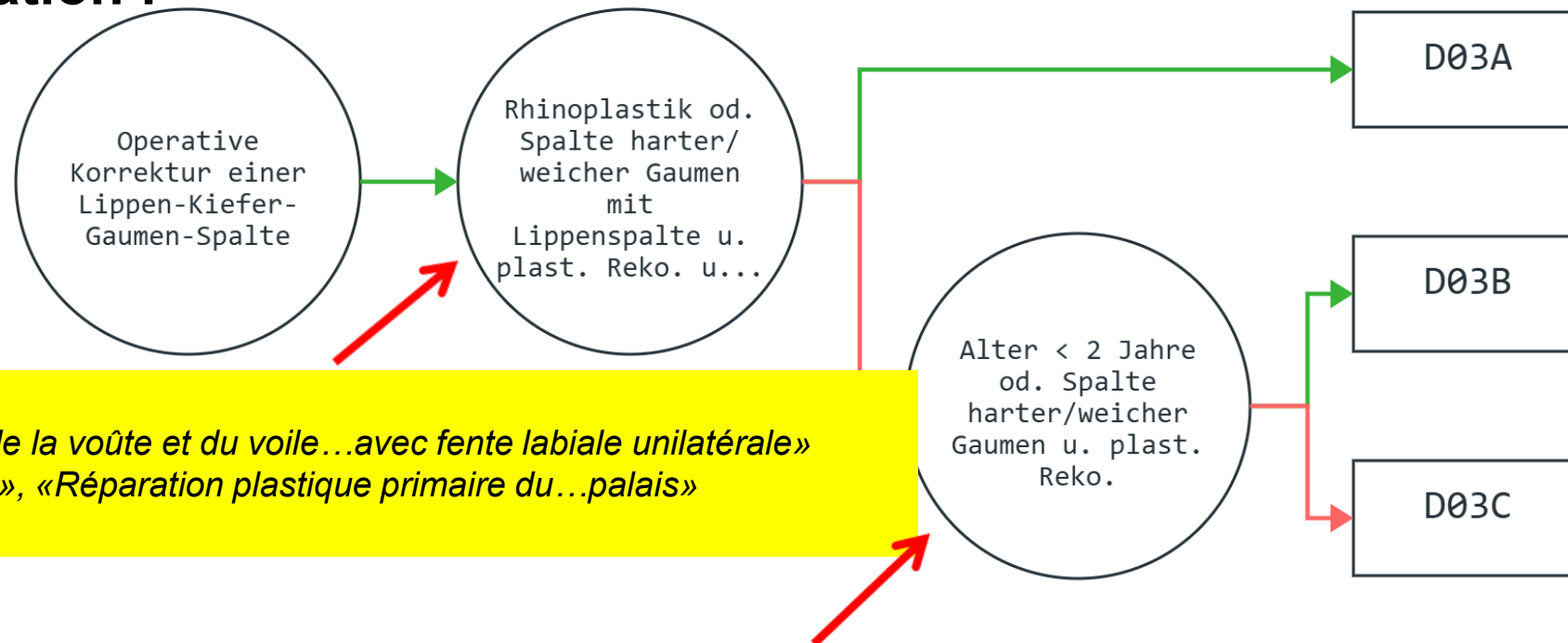
Proposition de solution :

- 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»

GNO MDC 03

Interventions sur le nez

Demandes :

- Septorhinoplastie code 21.83.11 «*Septorhinoplastie avec correction de cartilage ou d'os, avec transplant autologue distal,...*» dans le DRG D38A sous-rémunérée
- les interventions sur les sinus nasaux avec polypectomie sont regroupées dans le DRG D38A et y sont surrémunérées

Proposition de solution :

- Revalorisation du code 21.83.11 au sein du DRG de base D38 «*Interventions complexes et très complexes sur le nez*»
- Suppression des codes 21.31.10/12 du DRG D38A et inclusion dans le DRG de base D12 «*Autres interventions sur l'oreille, le nez, la bouche et la gorge*»

GNO MDC 03

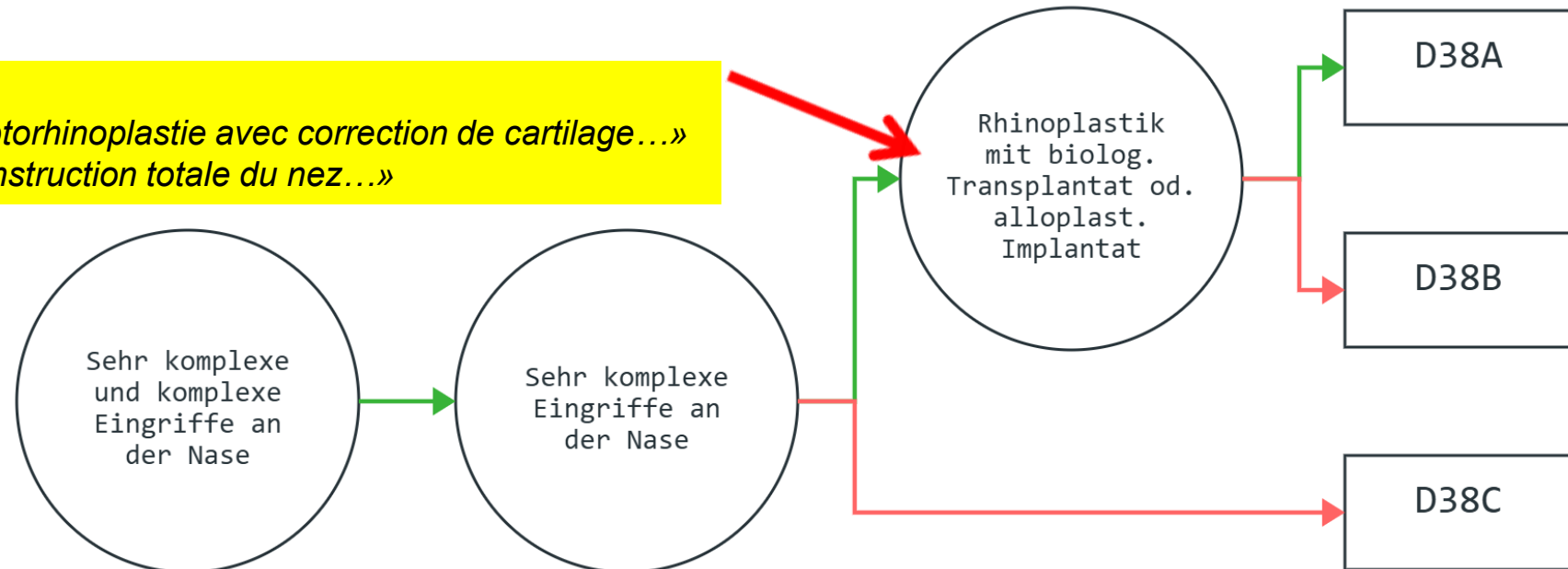
Interventions sur le nez

Transformation :

- Suppression des codes CHOP 21.31.10/12 «*Excision locale/Destruction de lésion intranasale...*» du DRG D38B et inclusion dans le DRG de base D12 «*Autres interventions sur l'oreille, le nez, la bouche et la gorge*»

Nouveau split :

code 21.83.11 «*Septorhinoplastie avec correction de cartilage...*»
ou 21.83.20 «*Reconstruction totale du nez...*»



GNO MDC 03

Néoplasme maligne

Demande :

- Cas dans le DRG de base D60 «*Néoplasmes malignes à l'oreille, au nez, à la bouche et dans la gorge*» sous-rémunérés
- souvent des patients en urgence avec une sous-rémunération
- les cas sont regroupés dans le DRG de base D86 «*Maladies et troubles de l'oreille, du nez, de la bouche et de la gorge, un jour d'hospitalisation*» au lieu du DRG de base D60
 - les cas y sont également sous-rémunérés

Proposition de solution :

- Réévaluation du DRG de base D60

GNO MDC 03

Néoplasme malin

Analyses :

- Patients en urgence sont représentés de manière adéquate dans le DRG de base D60 «*Néoplasmes malins à l'oreille, au nez, à la bouche et dans la gorge*»
- Split PCCL dans le DRG D60A n'est plus un séparateur de coûts
- aucun autre séparateur de coûts n'est identifiable au sein du DRG de base D60
- dans le DRG D86B cas sous-rémunérés

Transformation :

- DRG D60A «*PCCL > 2*» augmenté à «*PCCL > 3*»
- Inclusion des codes 43.11 «*Gastrostomie percutanée [endoscopique] [PEG]*» ou 99.25.5- «*Chimiothérapie moyennement-hautement complexe et intensive*» dans le DRG D86A

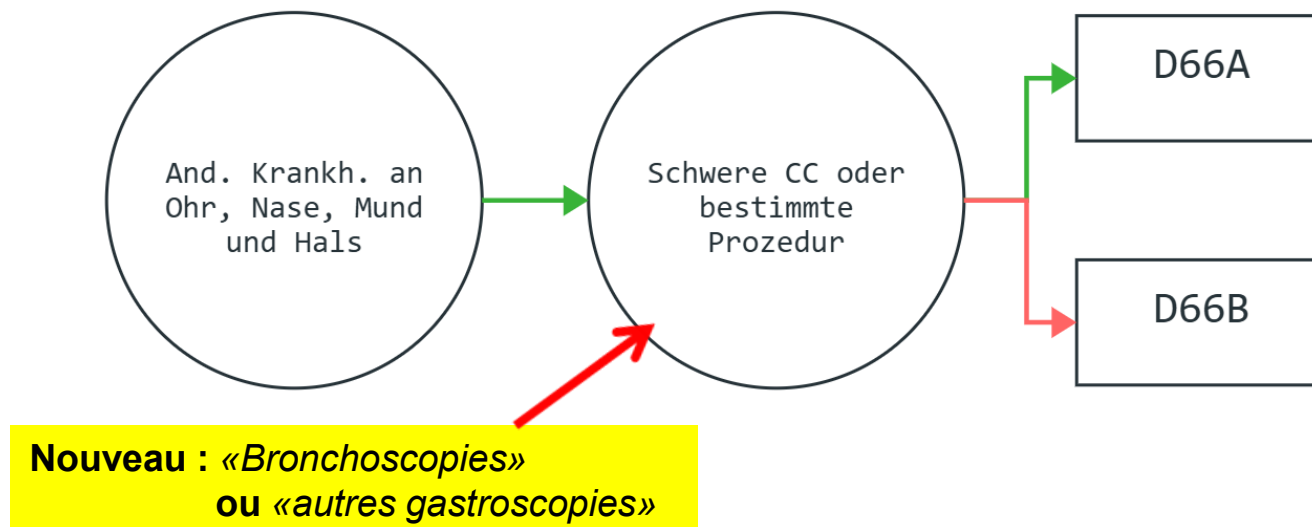
GNO MDC 03

Endoscopie

Problème :

- dans le DRG D66B «*Autres maladies de l'oreille, du nez, de la bouche et la gorge*» les cas avec endoscopies sont sous-rémunérés

Transformation :



Organes respiratoires MDC 04

Ventilation non invasive (NIV) / Haut débit

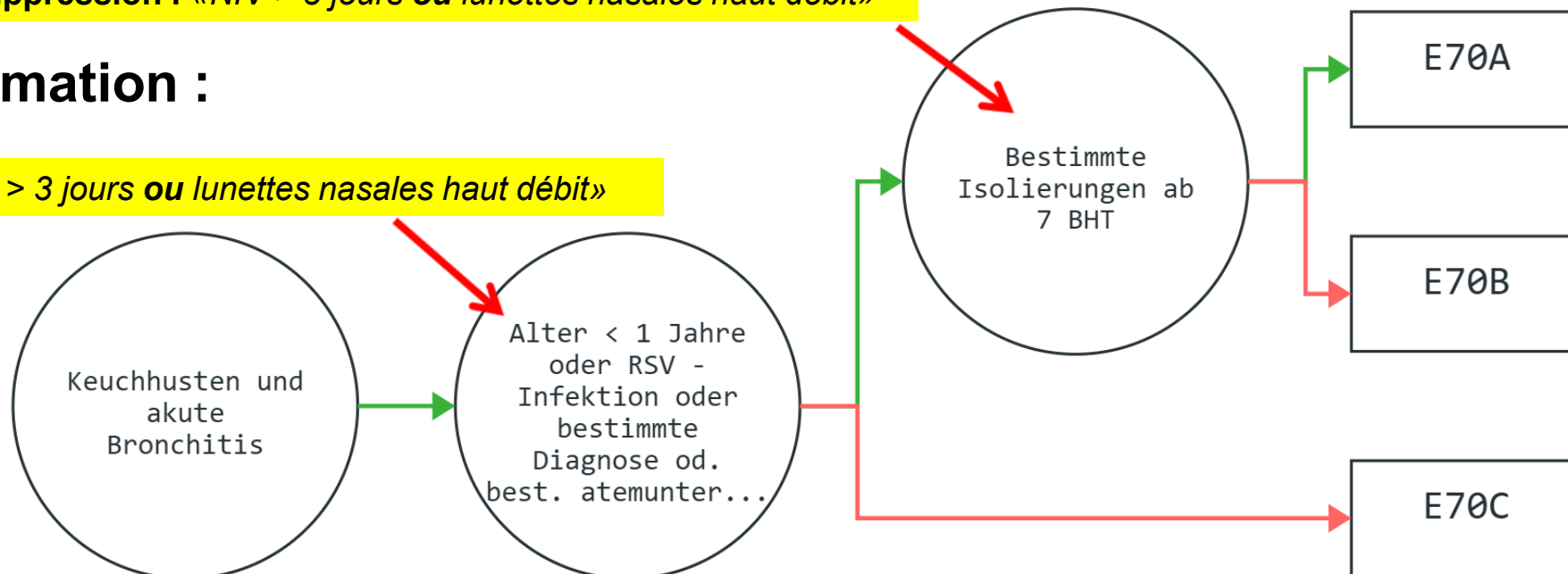
Problème :

- Surévaluation «*NIV > 3 jours de traitement ou lunettes nasales haut débit*» dans le DRG E70A «*Coqueluche et bronchite aiguë...*»

Suppression : «*NIV > 3 jours ou lunettes nasales haut débit*»

Transformation :

Nouveau : «*NIV > 3 jours ou lunettes nasales haut débit*»



Organes respiratoires MDC 04

Split PCCL

Problème :

- Cas dans le DRG E73A «*Épanchement pleural avec CC sévères*» surrémunérés

Transformation :

- Augmentation du degré de gravité à «*PCCL > 3*» pour le DRG E73A
«*Épanchement pleural avec CC sévères*»

Organes respiratoires MDC 04

Tuberculose/Pneumothorax

Demande :

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

Analyses :

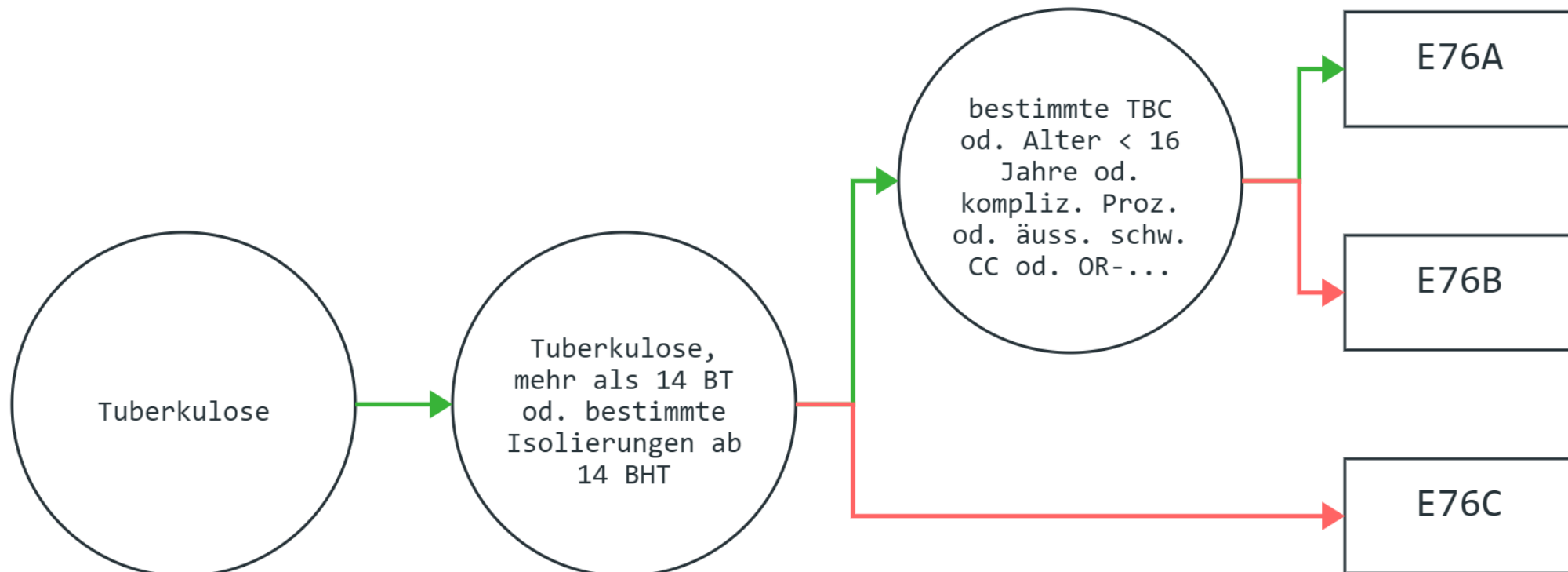
- tous les codes ICD sont indiqués dans la matrice CC
- faible nombre de cas dans certains DRG de base sous-rémunérés
- Hétérogénéités des coûts dans le DRG de base E76 «*Tuberculose ou pneumothorax...*»
- Séparation de l'affectation des diagnostics de TBC et de pneumothorax

Organes respiratoires MDC 04

Tuberculose/Pneumothorax

Transformation :

- Suppression des DRG E76E, E76D et E76C → E76C

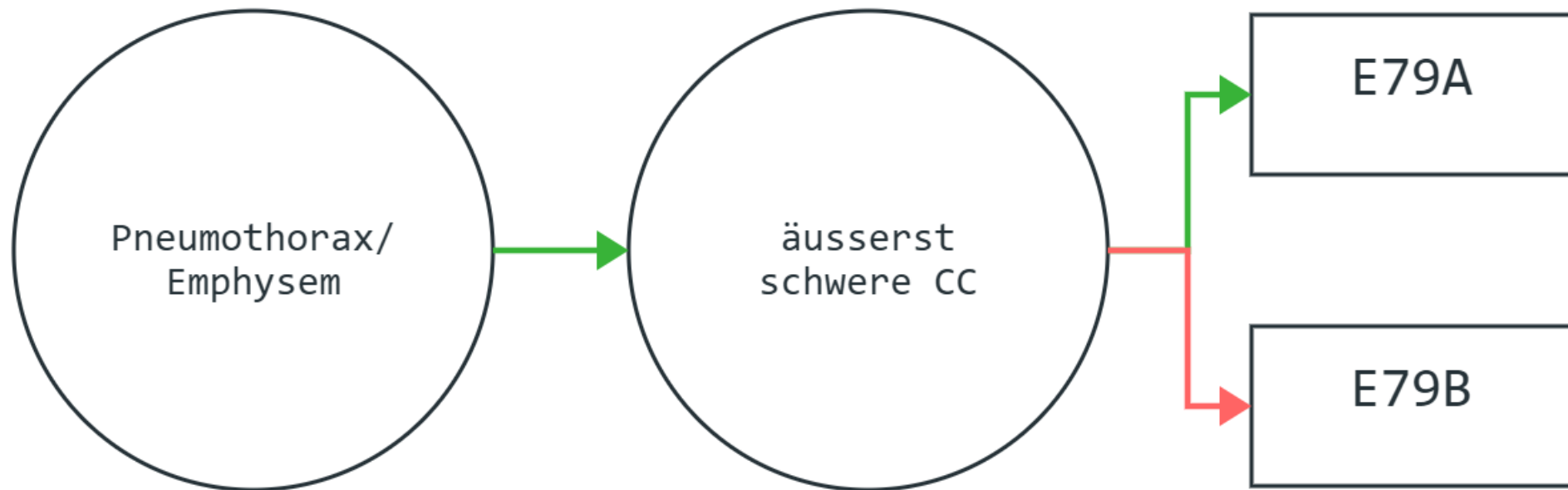


Organes respiratoires MDC 04

Tuberculose/Pneumothorax

Transformation :

- nouveau DRG de base E79 «*Pneumothorax*»



Organes respiratoires MDC 04

Pneumonies

Demande :

- Réévaluation du DRG de base E77 «*Autres infections et inflammations des organes respiratoires*»
- Revalorisation de certaines pneumonies/pyothorax

Analyses :

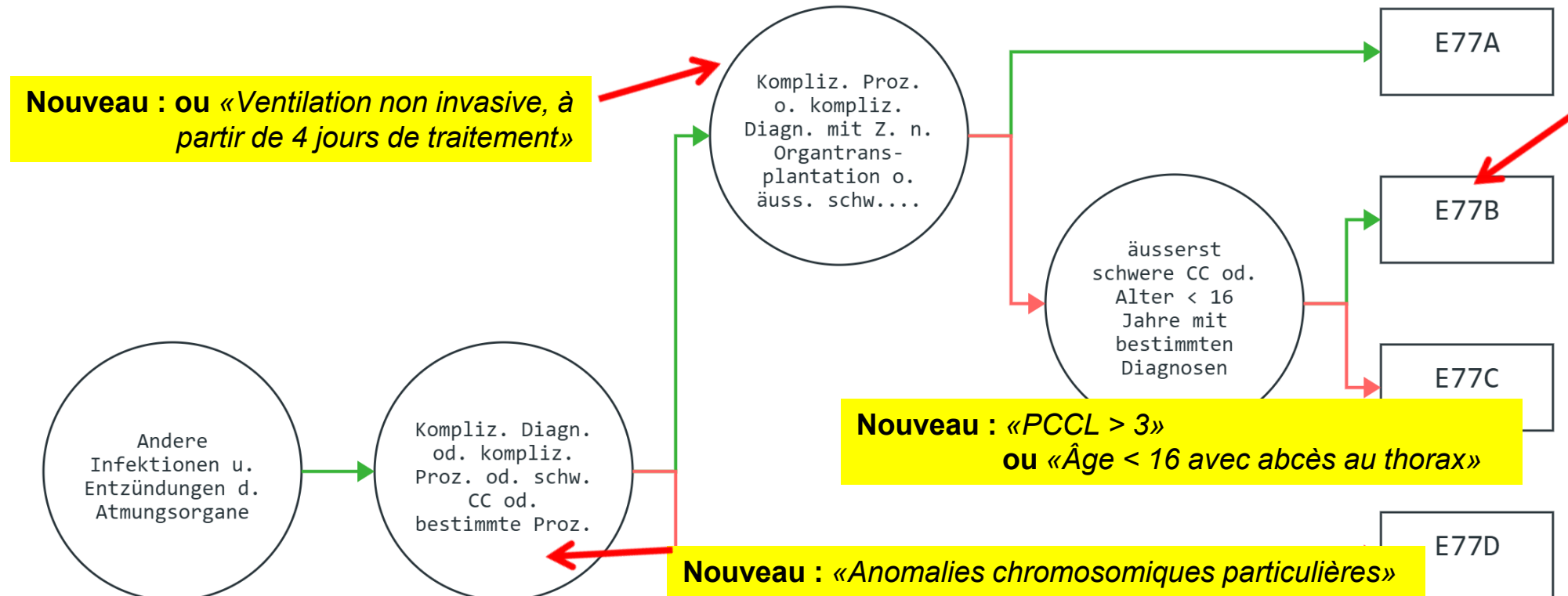
- Pneumonies graves sont représentées de manière adéquate
- Hétérogénéité des coûts dans le DRG E77B
- Utilisation supplémentaire de ressources «*Ventilation non invasive hors unité de soins intensifs, > 4 jours de traitement*»

Organes respiratoires MDC 04

Pneumonies

Transformation :

- Split de l'ancien DRG E77B en DRG E77B et DRG E77C

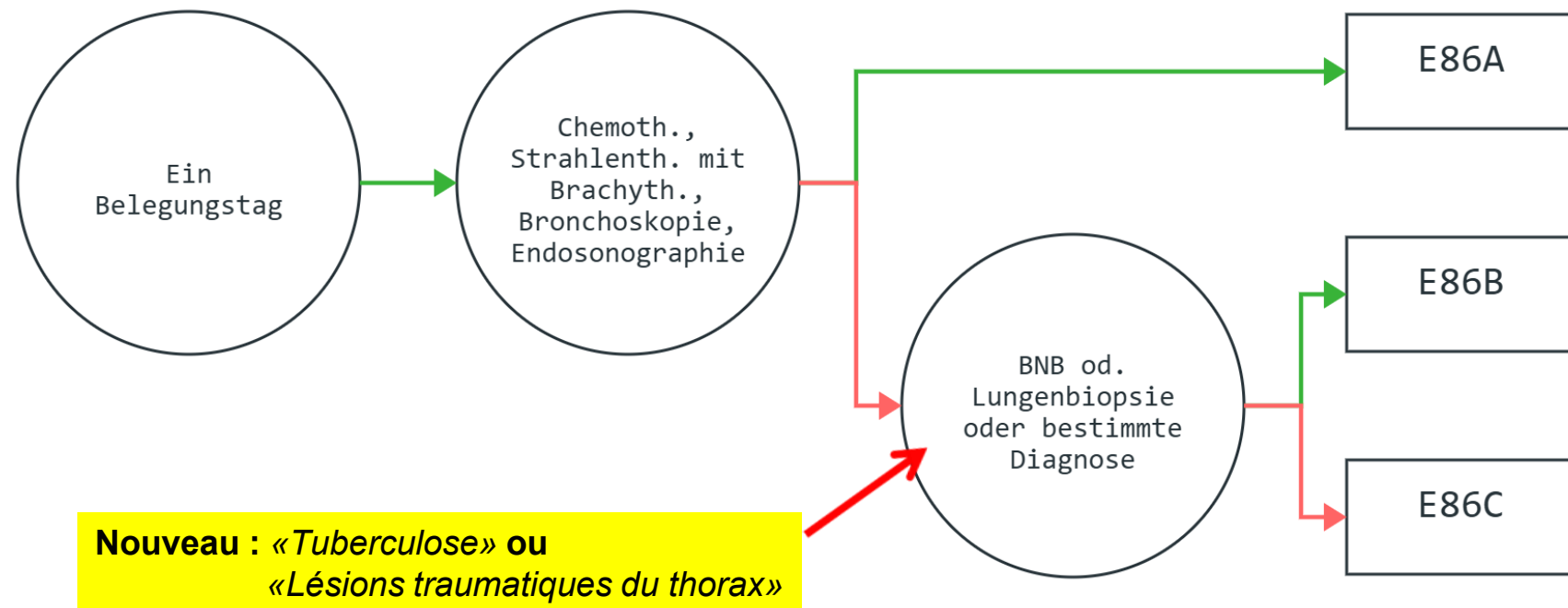


Organes respiratoires MDC 04

DRG un jour d'hospitalisation

Problème :

- Cas sous-rémunérés dans le DRG E86C «*Maladies et troubles des organes respiratoires, un jour d'hospitalisation*»



Organes respiratoires MDC 04

Fusion

Problème :

- les conditions de split dans le DRG E06A «*Autres résections pulmonaires, biopsie des organes thoraciques et interventions sur la paroi thoracique...*» ne sont plus des séparateurs de coûts

Transformation :

- Fusion des DRG E06A et E06B → DRG E06A «*Autres résections pulmonaires, biopsie des organes thoraciques et interventions sur la paroi thoracique avec CC extrêmement sévères ou... âge < 16 ans*»

Organes respiratoires MDC 04

Fusion

Problème :

- les conditions de split dans le DRG E64B «*Insuffisance respiratoire ou embolie pulmonaire...*» ne sont plus des séparateurs de coûts

Transformation :

- Fusion des DRG E64B et E64C → DRG E64B «*Insuffisance respiratoire ou embolie pulmonaire avec CC sévères ou âge < 16 ans*»

Appareil circulatoire MDC 05

Remplacement de la valve tricuspid

Demande :

- Cas avec code CHOP 35.F4.23 «*Remplacement de la valve tricuspid **par xénogreffe (bioprothèse)**, par voie endovasculaire*» dans le DRG F98B «*Intervention valvulaire cardiaque endovasculaire avec implantation d'un stimulateur cardiaque/greffe...*» ne sont pas représentés de manière à couvrir les coûts

Proposition de solution :

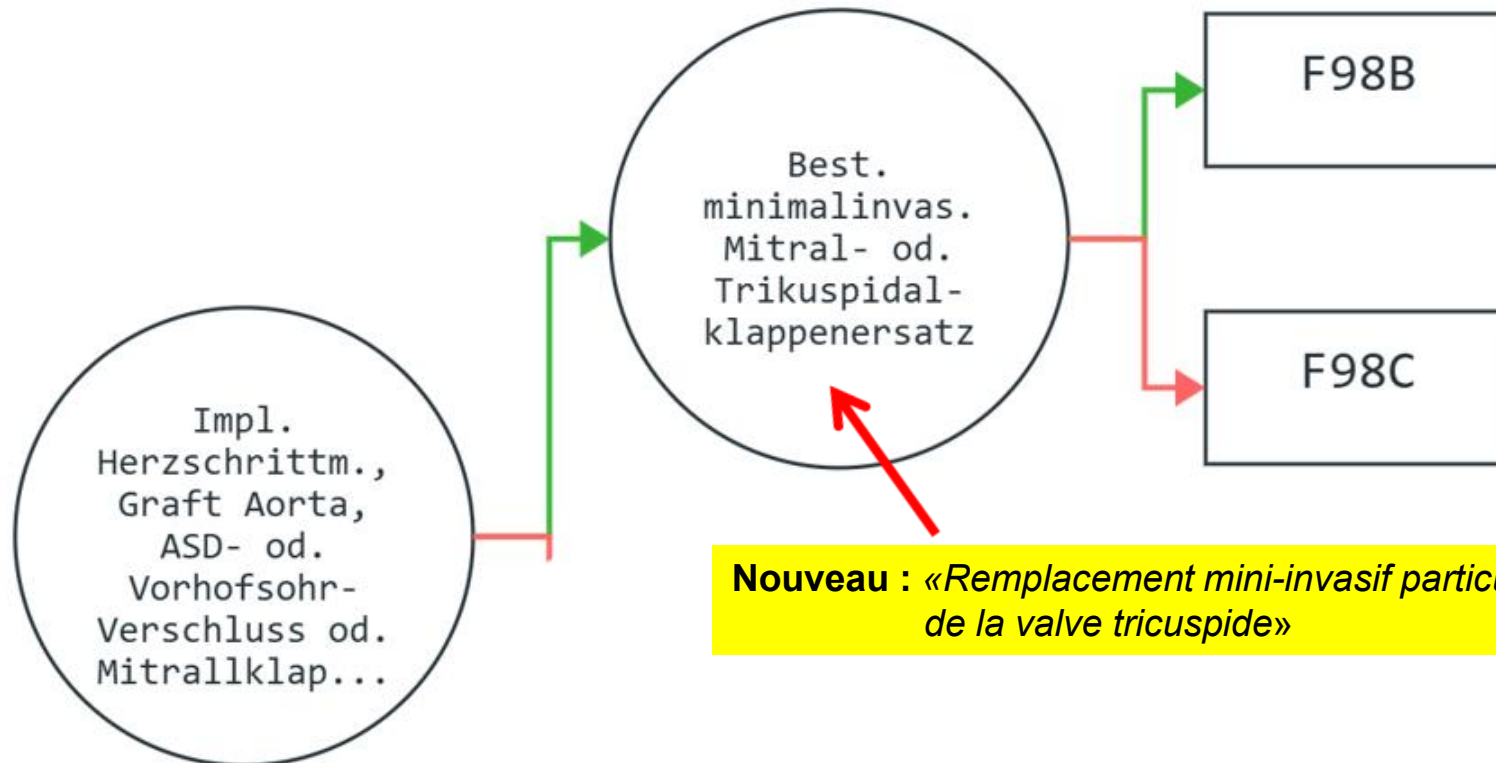
- Revalorisation du code CHOP 35.F4.23 en lien avec les diagnostics ICD I07.1 «*Insuffisance tricuspidienne*» et I36.1 «*Insuffisance non rhumatismale (de la valvule tricuspid)*» au sein du DRG de base F98

Appareil circulatoire MDC 05

Remplacement de la valve tricuspide

Transformation :

- Split de l'ancien DRG F98B en DRG F98B et DRG F98C



Nouveau : «Remplacement mini-invasif particulier de la valve mitrale ou de la valve tricuspide»

Appareil circulatoire MDC 05

Défibrillateur

Problème :

- les conditions de split dans le DRG de base DRG F01 «*Pose d'un défibrillateur cardiovertteur (AICD)*» ne sont plus des séparateurs de coûts
- le degré de gravité n'est plus représenté de manière adéquate

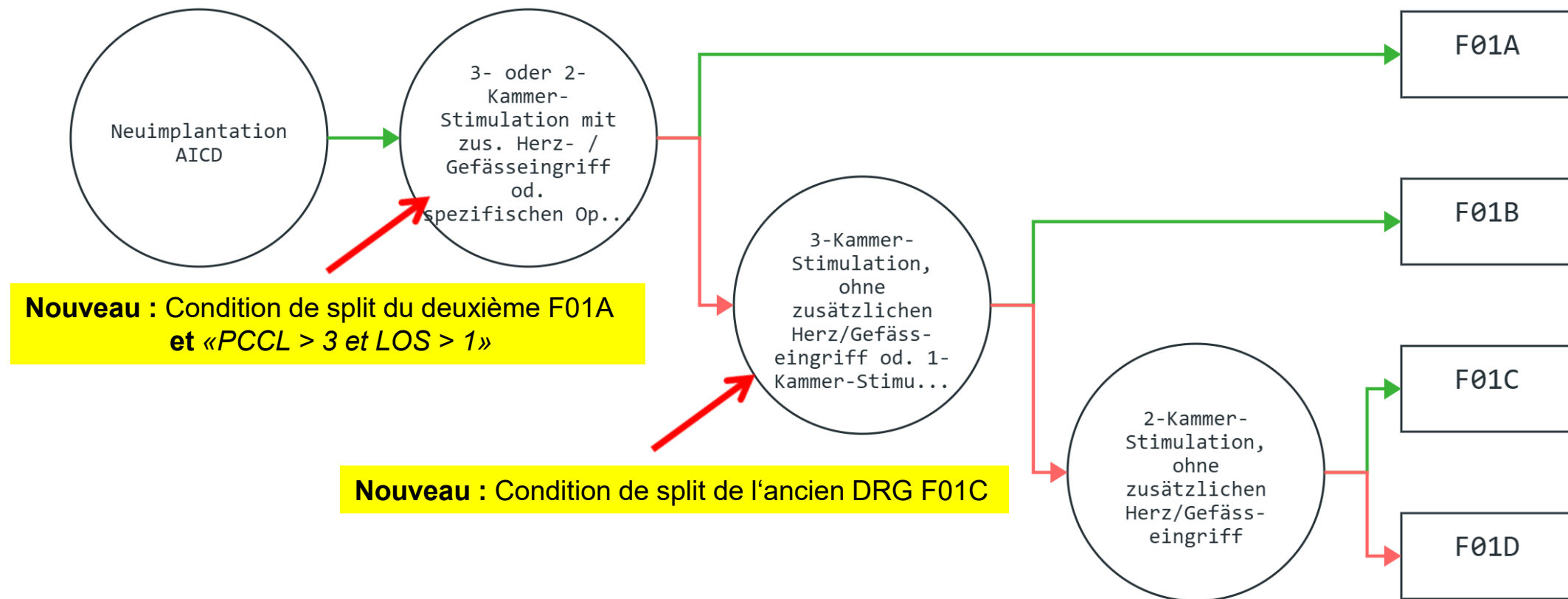
Transformation :

- Fusion de différents DRG au sein du DRG de base F01
 - jusqu'à présent 2x DRG F01A → désormais un seul DRG F01A
 - DRG F01E et F01F supprimés
- Établissement de nouvelles conditions de split

Appareil circulatoire MDC 05

Défibrillateur

Transformation :



Appareil circulatoire MDC 05

Stimulateur cardiaque sans sonde

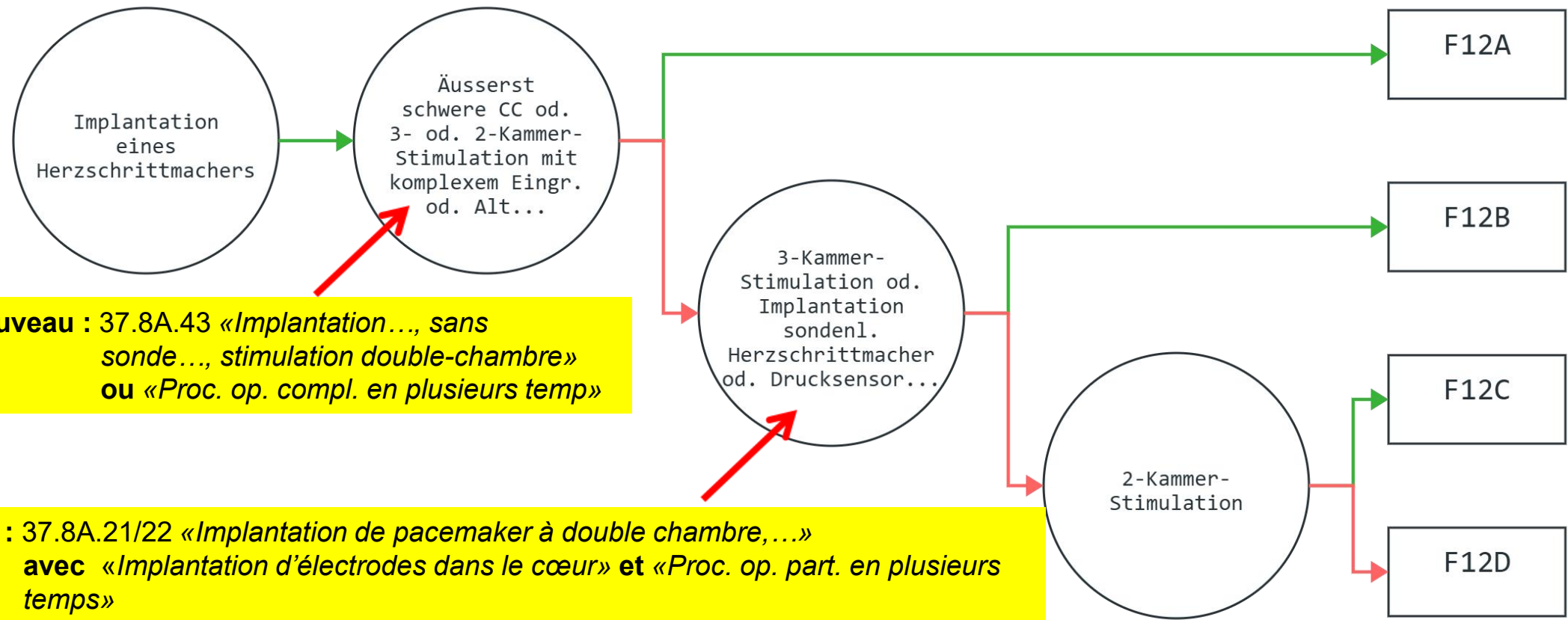
Demande :

- 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 :



Appareil circulatoire MDC 05

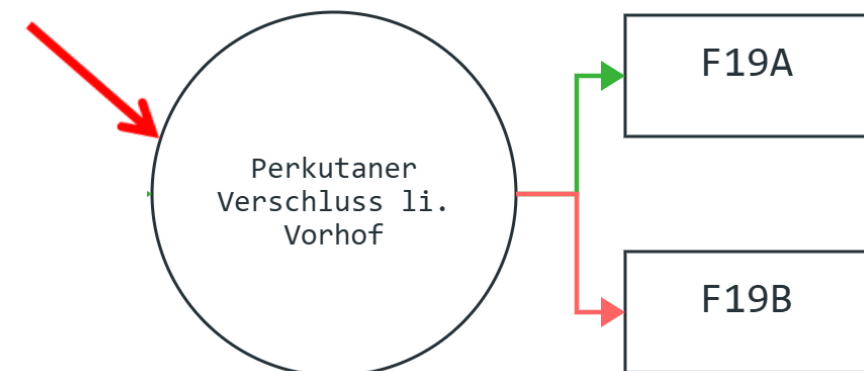
Fermeture de l'oreillette gauche

Demande :

- dans le DRG F19Z «*Autre intervention transluminale percutanée sur le cœur, l'aorte et les vaisseaux pulmonaires...*» cas avec code CHOP 37.90.10 «*Fermeture percutanée de l'oreillette gauche*» insuffisamment rémunérés

Transformation :

- Split du DRG F19Z en DRG F19A avec code CHOP 37.90.10



Appareil circulatoire MDC 05

Interventions vasculaires

Problème :

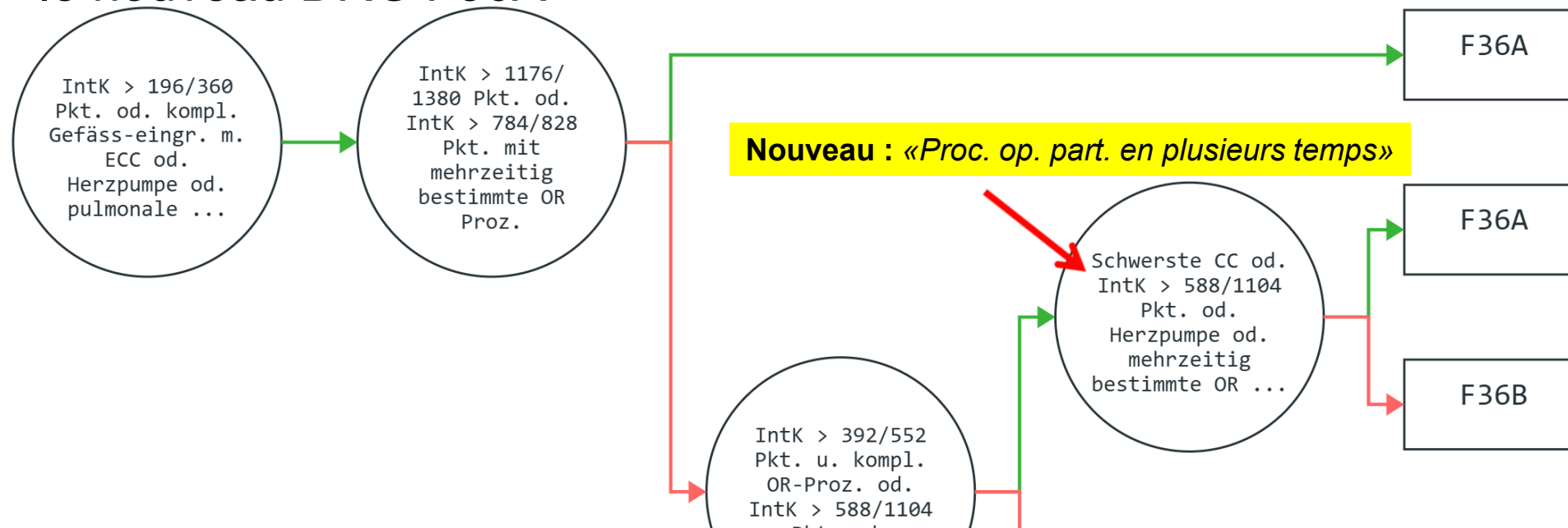
- Homogénéité des coûts et durée du séjour dans le DRG de base DRG F36
«Maladies et troubles de l'appareil circulatoire avec traitement complexe de soins intensifs...»
sont identiques entre les DRG F36A et F36B
- les critères de split ne sont plus adéquats
- Cas dans le DRG F36C avec plusieurs interventions particulières sous-rémunérés

Appareil circulatoire MDC 05

Interventions vasculaires

Transformation :

- Fusion des DRG F36A et F36B → DRG F36A
- Inclusion de la fonction «*Procédures opératoires particulières en plusieurs temps*» dans le nouveau DRG F36A



Appareil circulatoire MDC 05

Interventions vasculaires

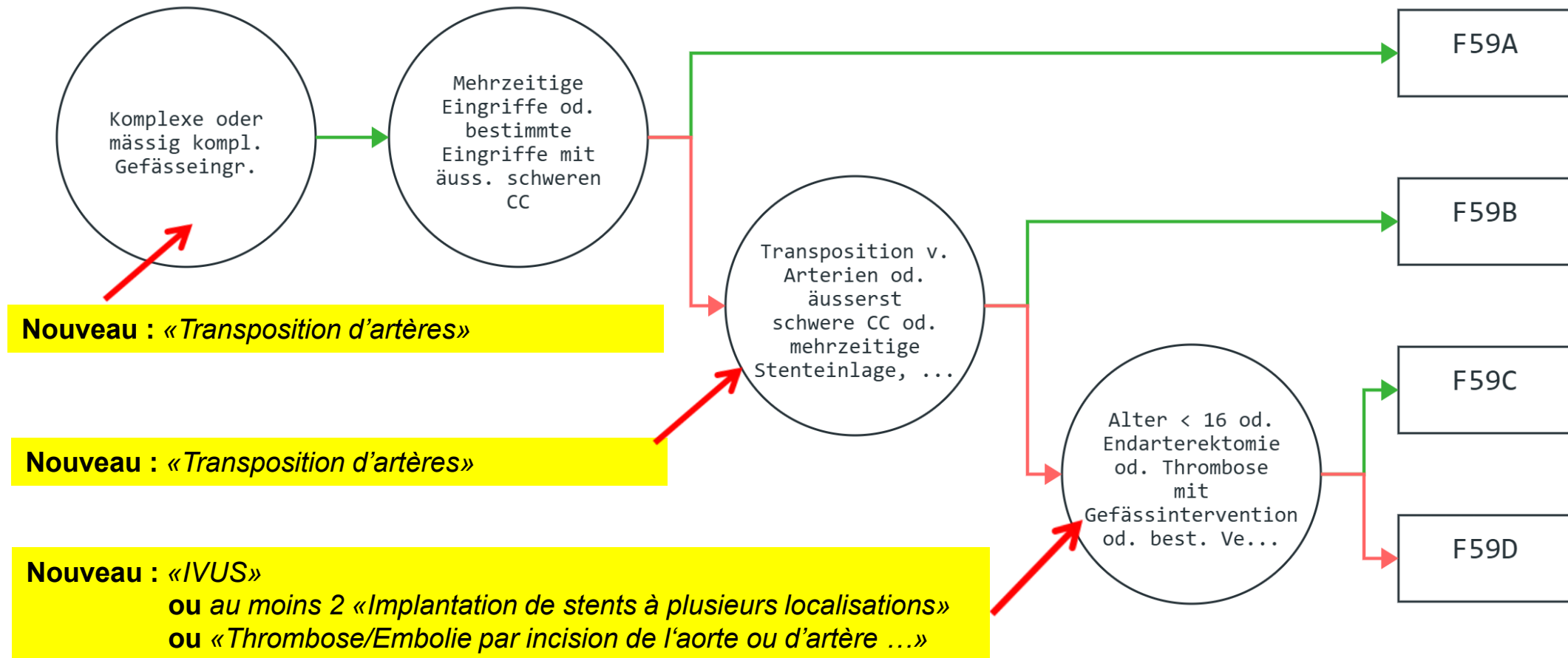
Problème :

- les thrombectomies chirurgicales ouvertes en cas d'occlusions artérielles ne sont pas rémunérées de manière adéquate
- les critères de split au sein du DRG de base F59 «*Interventions vasculaires complexes ou moyennement complexes*» ne sont plus des séparateurs de coûts appropriés
- Analyses internes montrent une sous-rémunération des cas avec le code CHOP 39.B- «*Implantation par voie transluminale (percutanée) de stents dans les vaisseaux*»
- certaines «*Imageries intravasculaires (IVUS)*» présentent également des déficits

Appareil circulatoire MDC 05

Interventions vasculaires

Transformation :



Appareil circulatoire MDC 05

Implantation de stents vasculaires

Analyses :

- Groupe de codes 39.B- *«Implantation par voie transluminale (percutanée) de stents dans les vaisseaux»* ne sont pas représentés de manière adéquate dans différents DRG

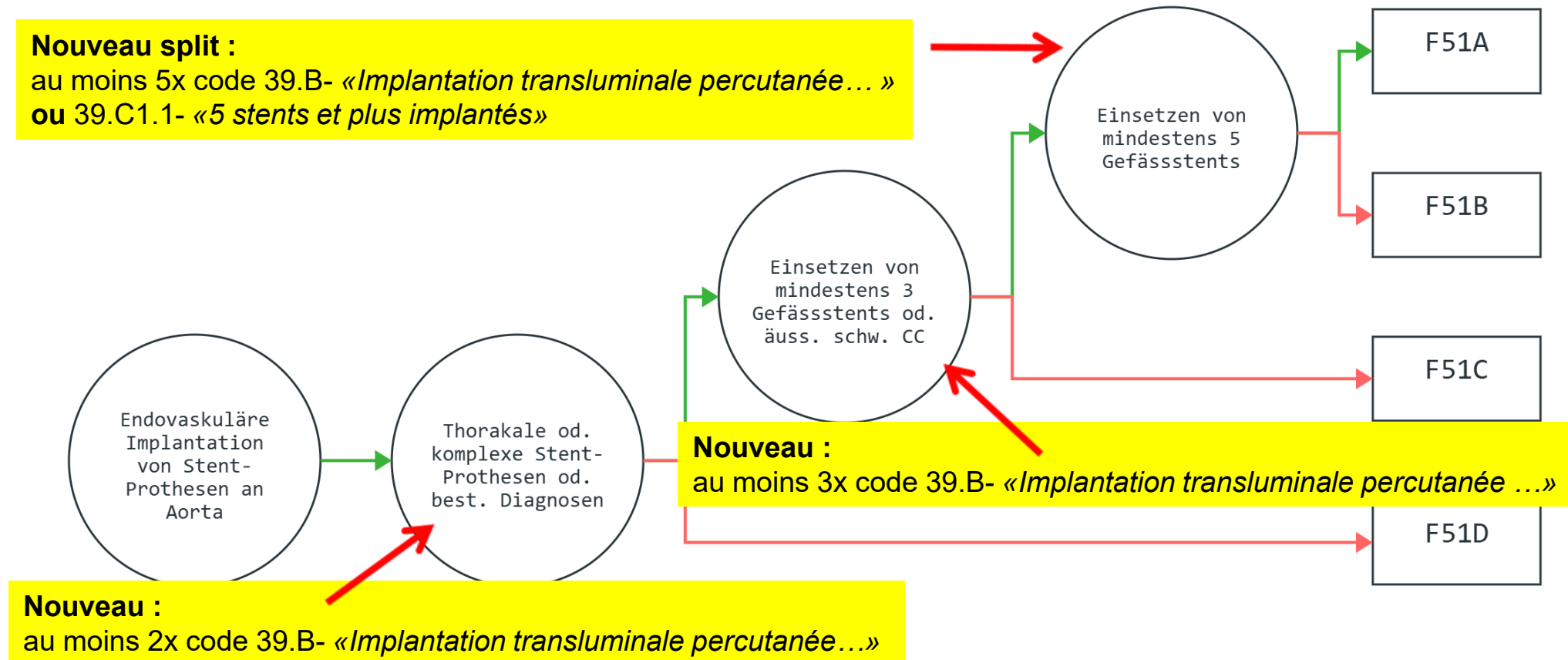
Transformation :

- Révision du DRG de base F51 *«Implantation endovasculaire d'endoprothèse (stent) aortique ou intervention coûteuse»* et revalorisation des codes CHOP 39.B-

Appareil circulatoire MDC 05

Implantation de stents vasculaires

Transformation :



Appareil circulatoire MDC 05

Angioplastie coronaire

Demande :

- Cas avec le code CHOP 00.66.37 «*Intervention vasculaire transluminale percutanée sur les coronaires par lithotripsie*» dans le DRG F24C «*Angioplastie coronaire percutanée (ACTP)...*» sous-rémunérés
- Mise au même niveau du code CHOP 00.66.30 «*Angioplastie coronaire transluminale percutanée [PTCA] par l'athérectomie rotative*» et donc revalorisation dans le DRG F24B

Transformation :

- Revalorisation des codes CHOP 00.66.36/37 «*Angioplastie coronaire transluminale percutanée par thrombectomie/lithotripsie*» en combinaison avec le code 36.08.2- «*Implantation de stents coronaires, par voie transluminale percutanée*» dans le DRG F24A

Appareil circulatoire MDC 05

Actes diagnostiques cardiologiques invasifs

Problème :

- les critères de split dans le DRG de base F41 «*Actes diagnostiques cardiologiques invasifs pour infarctus du myocarde aigu*» et dans le DRG de base F49 «*Actes diagnostiques cardiologiques invasifs sauf pour infarctus du myocarde aigu*» ne représentent plus des séparateurs de coûts

Transformation :

- Inclusion du DRG de base F41 dans le DRG de base F49 «*Actes diagnostiques cardiologiques invasifs*»

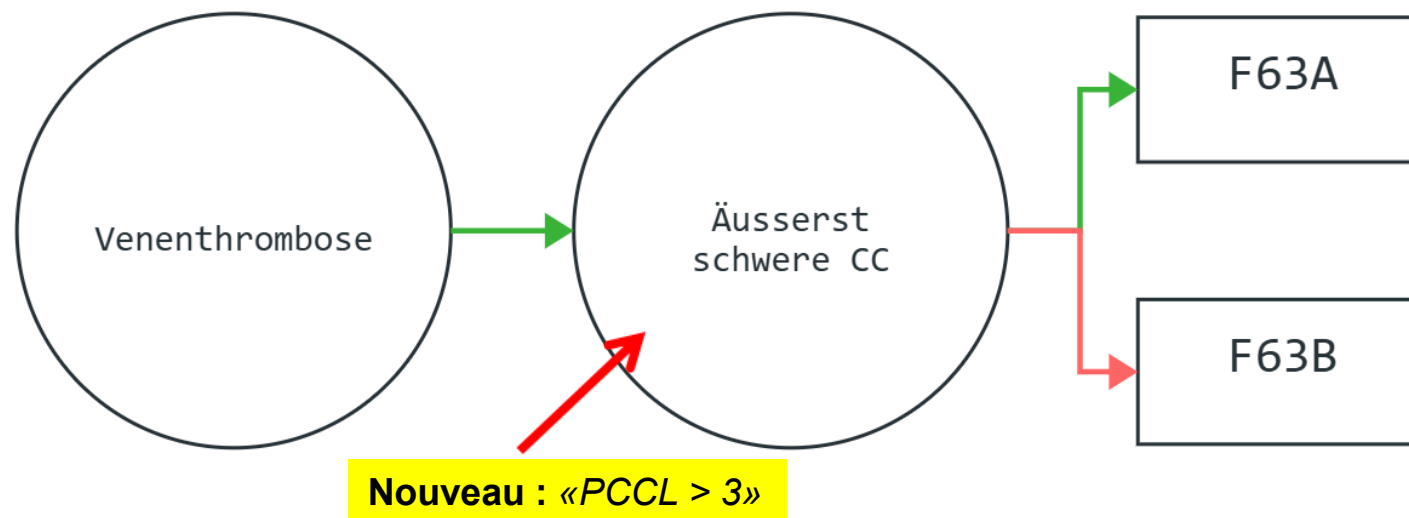
Appareil circulatoire MDC 05

Thrombose veineuse

Problème :

- Cas avec «PCCL >2» dans le DRG F63A «Thrombose veineuse avec CC sévères» surrémunérés

Transformation :



Appareil circulatoire MDC 05

Fusion

Problème :

- les critères de split dans le DRG de base F39 «*Ligature et stripping de veines ou traitement particulier*» ne sont plus des séparateurs de coûts

Transformation :

- Fusion des DRG F39A et F39B → DRG F39Z «*Ligature et stripping de veines ou traitement particulier*»

Organes digestifs MDC 06

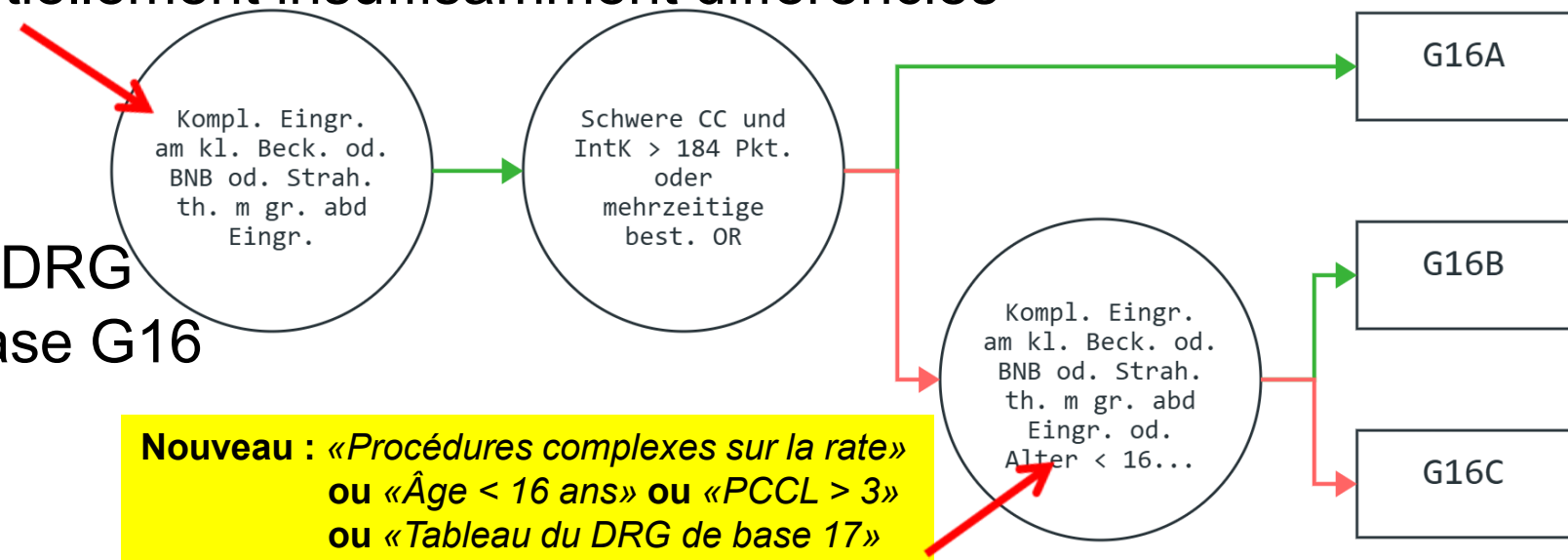
Résection du rectum

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



Organes digestifs MDC 06

Hernies

Demande :

- les critères de split dans le DRG de base G09 «*Interventions pour hernies*» essentiellement en raison de procédures
- Degré de gravité non pris en compte
- Examen des splits PCCL

Transformation :

- nouveaux critères de split avec «*PCCL* > 3» pour le DRG G09A et «*PCCL* > 2» pour le DRG G09C
- Fusion des DRG G09B et G09C ainsi que des DRG G09F et G09G

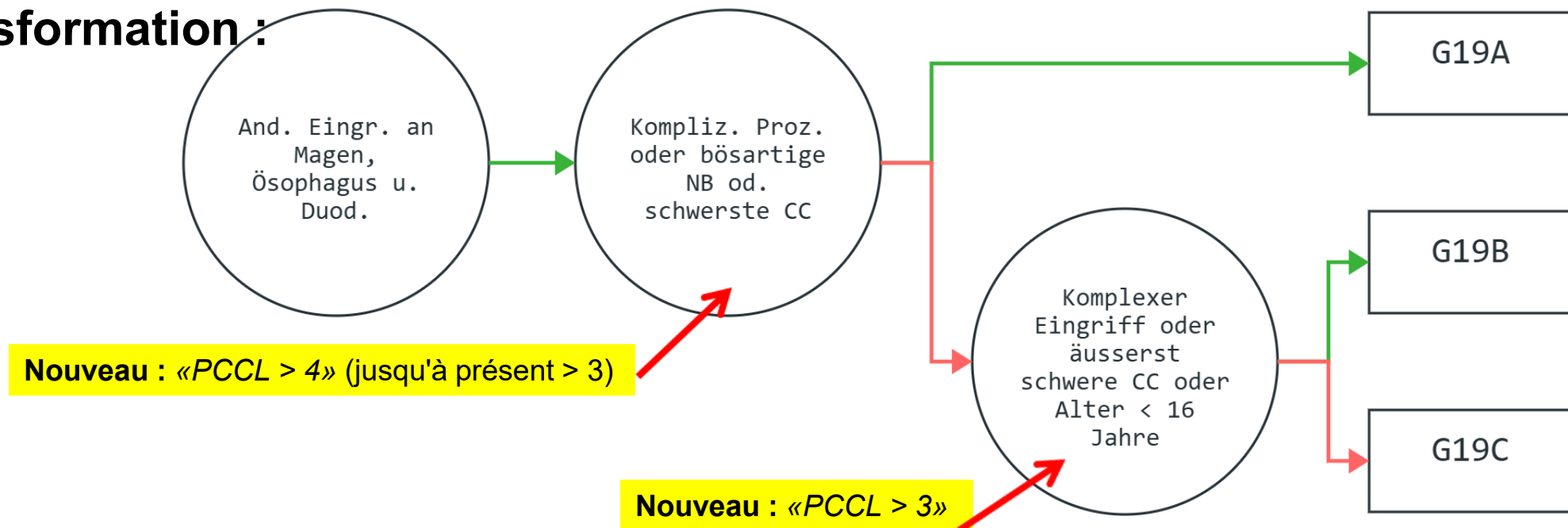
Organes digestifs MDC 06

Split PCCL

Problème :

- Degré de gravité dans le DRG G19A «*Autres interventions sur l'estomac, l'oesophage et le duodénum...*» n'est plus un séparateur de coûts

Transformation :



Organes digestifs MDC 06

Fusion

Problème :

- les conditions de split dans le DRG de base DRG G21 «*Intervention pour adhérences*» ne sont plus des séparateurs de coûts

Transformation :

- Fusion des DRG G21A et G21B → DRG G21A «*Intervention pour adhérences avec CC extrêmement sévères ou âge < 16 ans...*»

Organes digestifs MDC 06

Interventions endoscopiques

Demande :

- Nombre de cas hétérogène dans le DRG de base G46 «*Interventions endoscopiques particulières, plus d'un jour d'hospitalisation*»
- nombreux cas d'urgence : séjour en soins intensifs/U-IMC, perforations, hémorragies, néoformations malignes

Transformation :

- Examen approfondi et révision intensive du DRG de base G46
- Établissement d'un nouveau tableau avec les codes ICD «*Affections du tractus gastro-intestinal avec hémorragie et/ou perforation*» pour le nouveau DRG G46C
- Nouveau split pour le DRG G46A avec «*Prothèse non auto-expansible/auto-expansible pour l'intestin ou oesophage*»

Organes digestifs MDC 06

Clostridium-difficile-colite

Demande :

- Cas exigeant des mesures d'hygiène complexes et une durée de séjour prolongée
- Revalorisation supplémentaire des diagnostics dans la matrice CC
- Élargissement de la logique dans les DRG de base G67, G86 et G46

Transformation :

- Inclusion des diagnostics A04.7- «*Entérocolite à Clostridium difficile*» dans le DRG G46C «*Interventions endoscopiques particulières...*»
- Adaptation dans la matrice CC non adéquate

Organes digestifs MDC 06

Maladies gastro-intestinales

Demande :

- Revalorisation de diagnostics particuliers dans le DRG de base G67 «*Diverses maladies des organes digestifs ou hémorragie gastro-intestinale ou ulcère duodénal*»

Transformation :

- Condition de split pour les nouveaux DRG G67C et G67B avec les codes ICD «*Maladies perforantes du tractus gastro-intestinal*»
- Inclusion des codes ICD «*Diverticulite de l'intestin avec perforation et abcès...*» dans le tableau existant pour le DRG G67A

Organes digestifs MDC 06

Affections moyennement sévères

Demande :

- Hétérogénéité des coûts dans les DRG de base G70 «*Autres affections sévères des organes digestifs...*», G71 «*Autres affections moyennement sévères...*» et G72 «*Autres affections bénignes à modérées des organes digestifs...*»

Transformation :

- Fusion des DRG de base G71 et G72 en un DRG de base G71
- nouveaux DRG G71A avec «*PCCL > 3*» et G71D avec «*deux jours d'hospitalisation*»
- Révision de la logique pour le DRG G71B – inclusion de la condition issue de l'ancien DRG G72A

Organes digestifs MDC 06

Un jour d'hospitalisation

Demande :

- Examen d'autres critères de split dans le DRG de G86 «*Un jour d'hospitalisation*»

Transformation :

- DRG G86A supplémentaire avec «*Transfert sous certaines conditions*»
- Split DRG G86C avec codes CHOP 42.33.2- «*Excision ou destruction endoscopique de lésion ou de tissu de l'œsophage...*»
- Inclusion «*Colonscopie complexe thérapeutique*» dans le DRG G86D
- nouveau DRG G86E «*Maladies et troubles des organes digestifs, un jour d'hospitalisation*»

Système 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 :

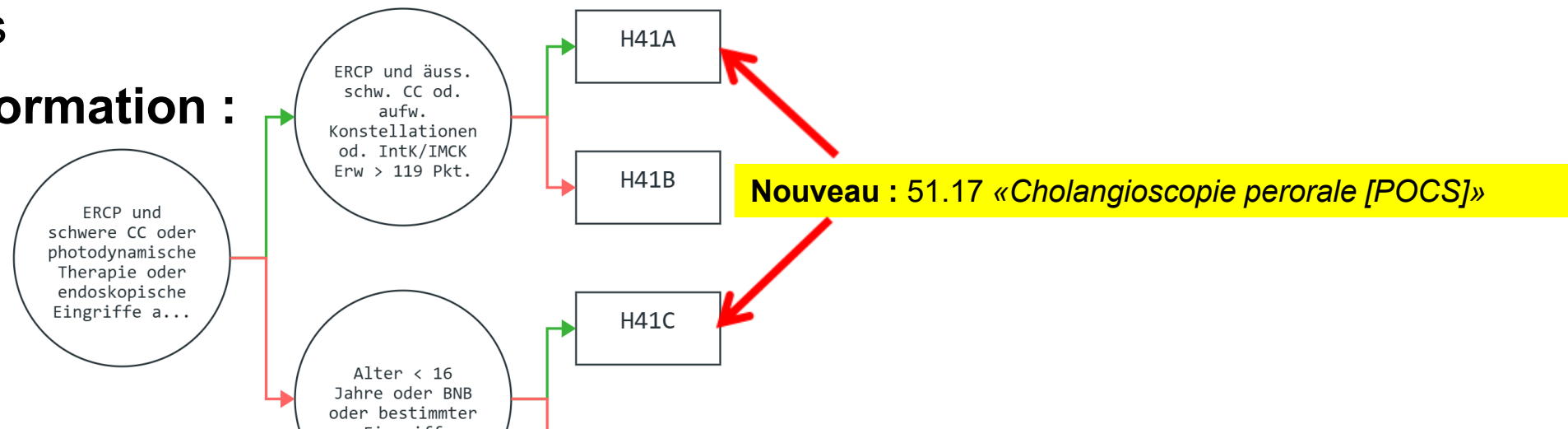
- Inclusion du code CHOP 52.52.11 dans le DRG de base H01 «*Interventions sur le pancréas avec traitement sous vide ou...*»
 - Split supplémentaire pour le DRG H01B «*Intervention multiviscérale*» pour «*Néof ormation maligne*»
- Représentation adéquate de ces cas
- les autres cas ne présentent pas de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

Systeme hépatobiliaire MDC 07 Endoscopie

Demande :

- Intervention sur les voies biliaires avec cholangioscope à usage unique nécessaire pour l'évaluation visuelle des néoplasies
- Coûts des matériaux sont très élevés, donc les cas sont déficitaires
- Examen du code CHOP 51.17 «*Cholangioscopie perorale*» comme séparateur de coûts

Transformation :



Système locomoteur MDC 08

Colonne vertébrale

Problème :

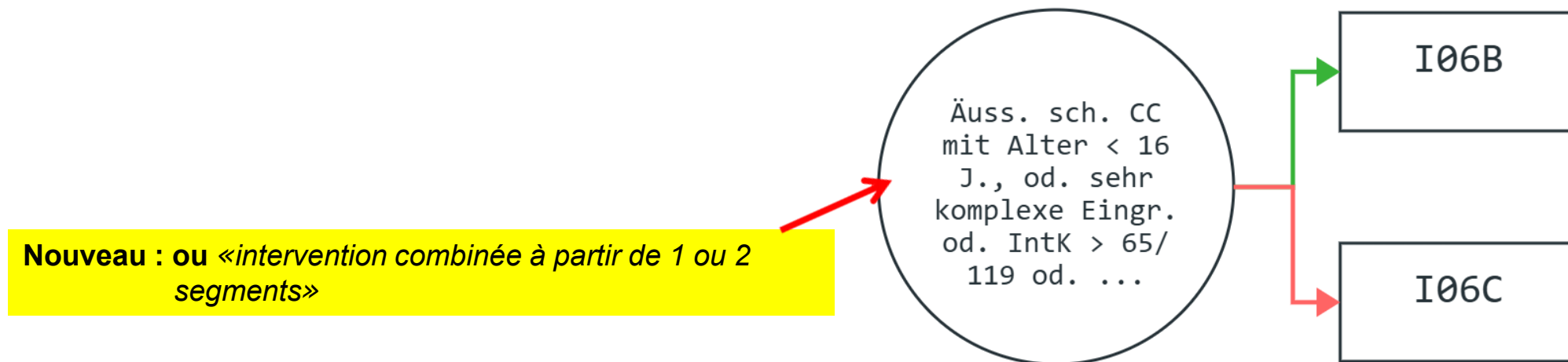
- différentes demandes pour une représentation plus différenciée des interventions au niveau des segments et les abords ventrales ou dorsales
- Incohérences/insatisfaction avec les codes CHOP, les définitions et les recommandations de codage
- Échanges intensifs en cours d'année avec la société de discipline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

Système locomoteur MDC 08

Colonne vertébrale

Transformation du DRG de base I06 :

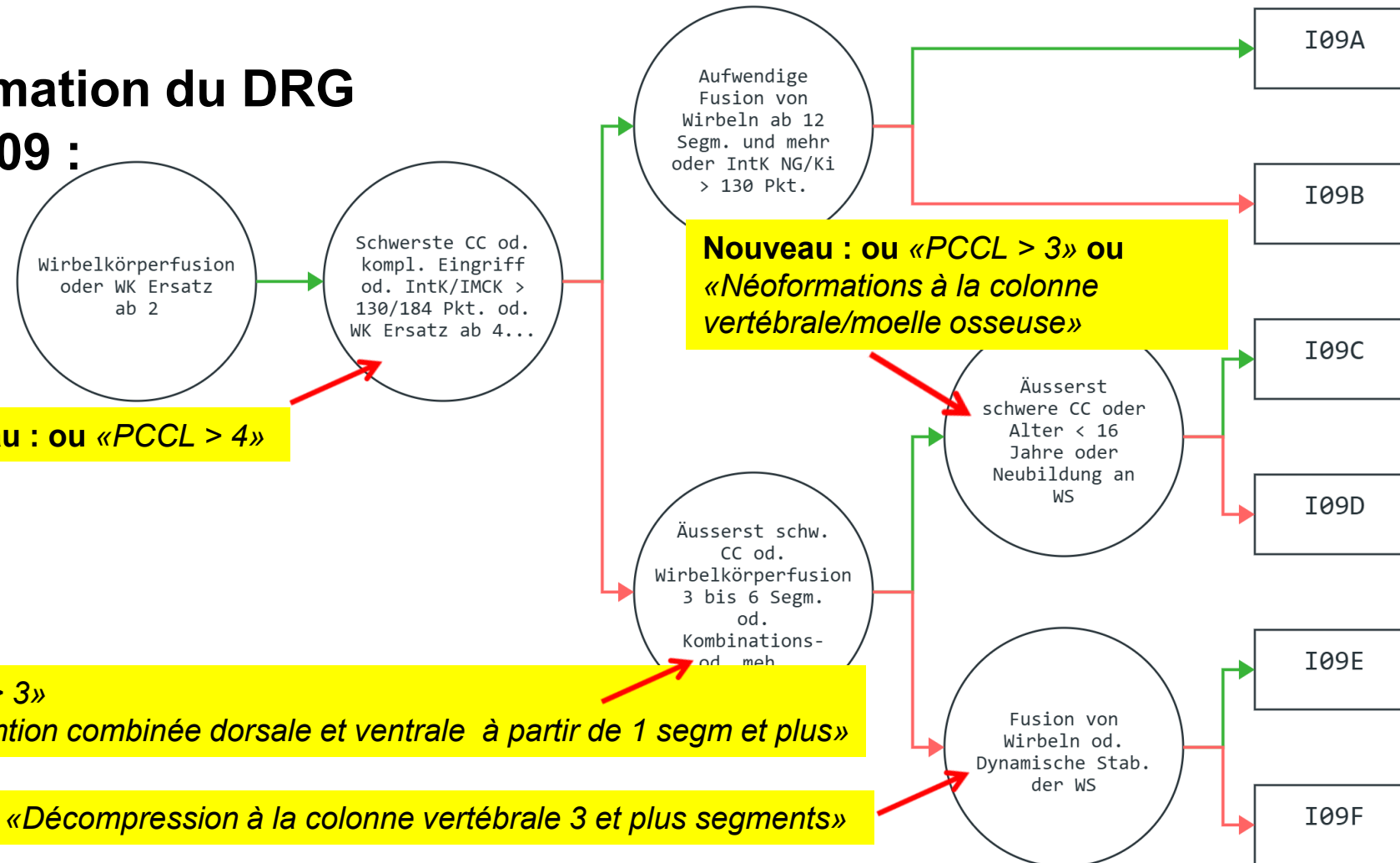
- Mise au même niveau des codes CHOP 7A.73.* «*Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse sans fusion des vertèbres,...*» avec 7A.72.* «*Stabilisation dynamique de la colonne vertébrale,...*» dans tous les tableaux



Système locomoteur MDC 08

Colonne vertébrale

Transformation du DRG de base I09 :

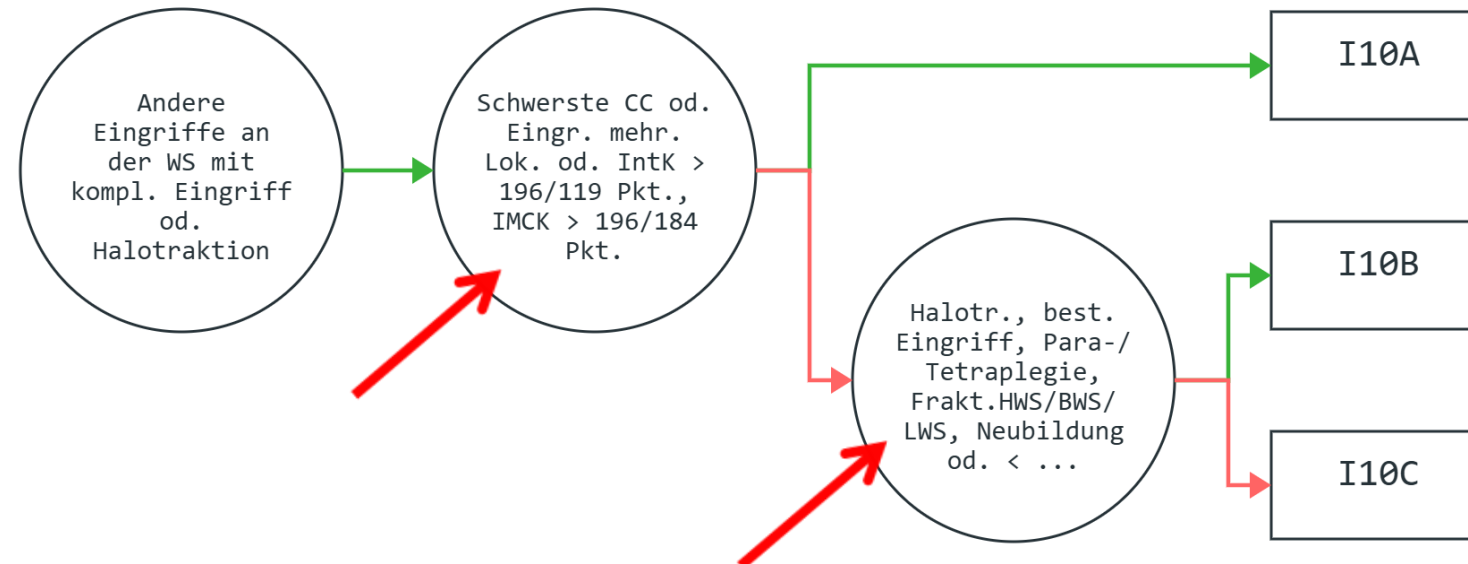


Système locomoteur MDC 08

Colonne vertébrale

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



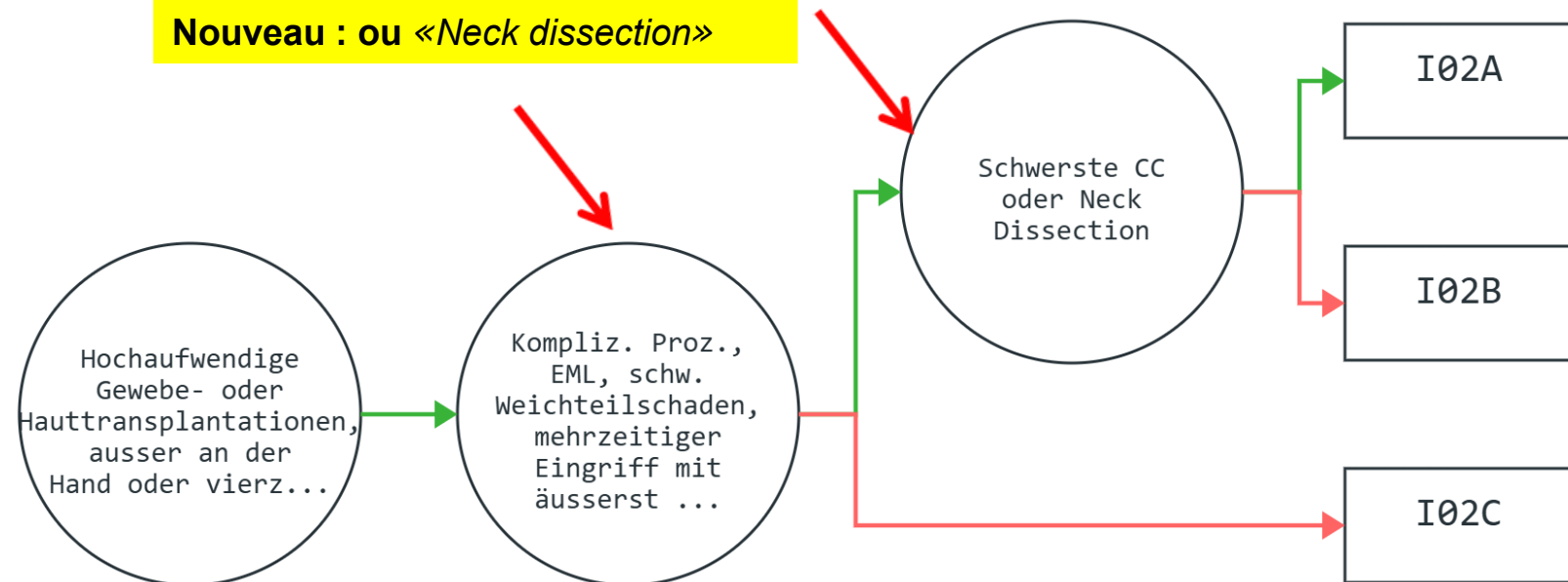
Système locomoteur MDC 08

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 :



Système locomoteur MDC 08

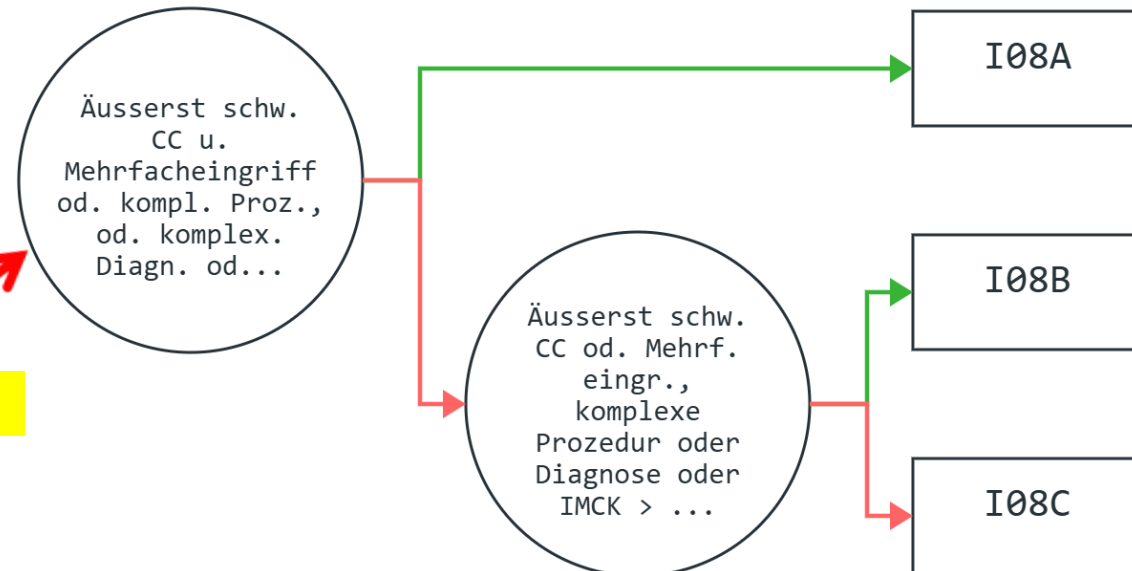
Interventions en plusieurs temps

Problème :

- après transformation «*Traumatisme multiple*» cas coûteux dans le DRG de base I08 «*Autres interventions sur l'articulation de la hanche et le fémur ou intervention particulière avec anastomose microvasculaire*»
- les cas y sont sous-rémunérés

Transformation :

Nouveau : ou «*Proc. op. part. en plusieurs temps* »



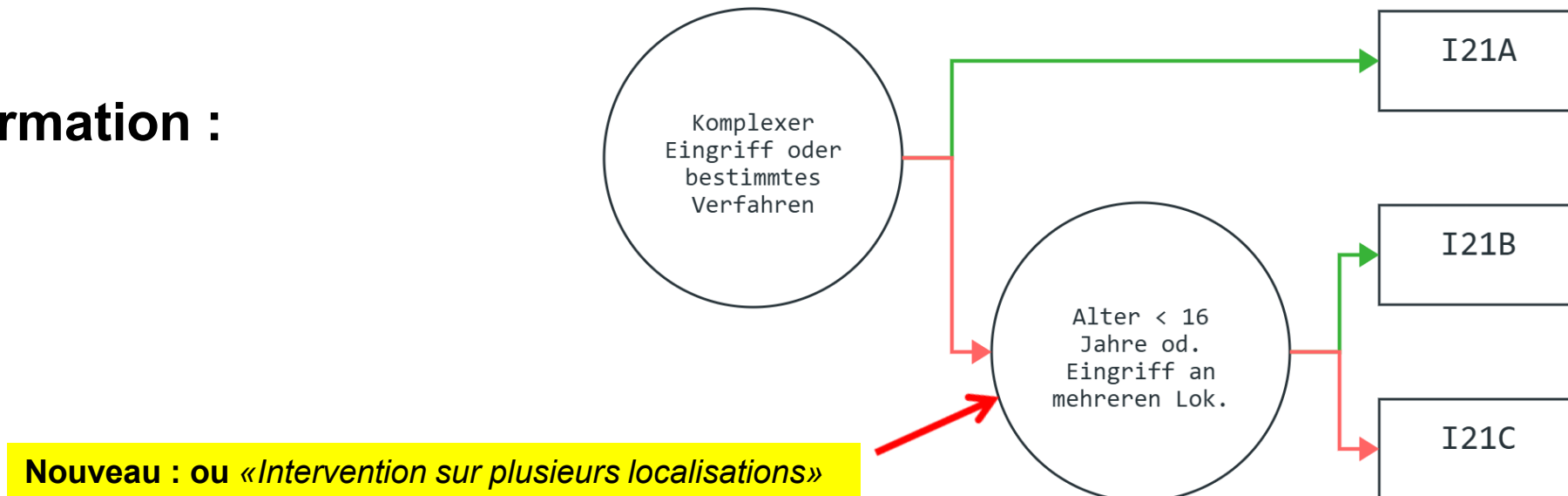
Système locomoteur MDC 08

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 :



Système locomoteur MDC 08

Prothèse à tige longue

Annotation :

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

Transformation :

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

Système locomoteur MDC 08

Prothèse d'épaule

Demande :

- examiner l'inclusion du code CHOP 81.80.2- *«Implantation endoprothèse totale d'épaule, lors d'un remplacement de prothèse»* dans le DRG I05A *«Remplacement d'articulation ou révision aux membres supérieurs...»*
- Revalorisation *«Prothèse à tige longue»* OU *«Prothèse modulaire»* dans le DRG I05A

Transformation :

- Renforcement du split PCCL dans le DRG I05A à *«PCCL > 4»*
- Mise en place d'un nouveau DRG I05B avec la fonction *«Procédures opératoires particulières en plusieurs temps»* OU *«PCCL > 3»*

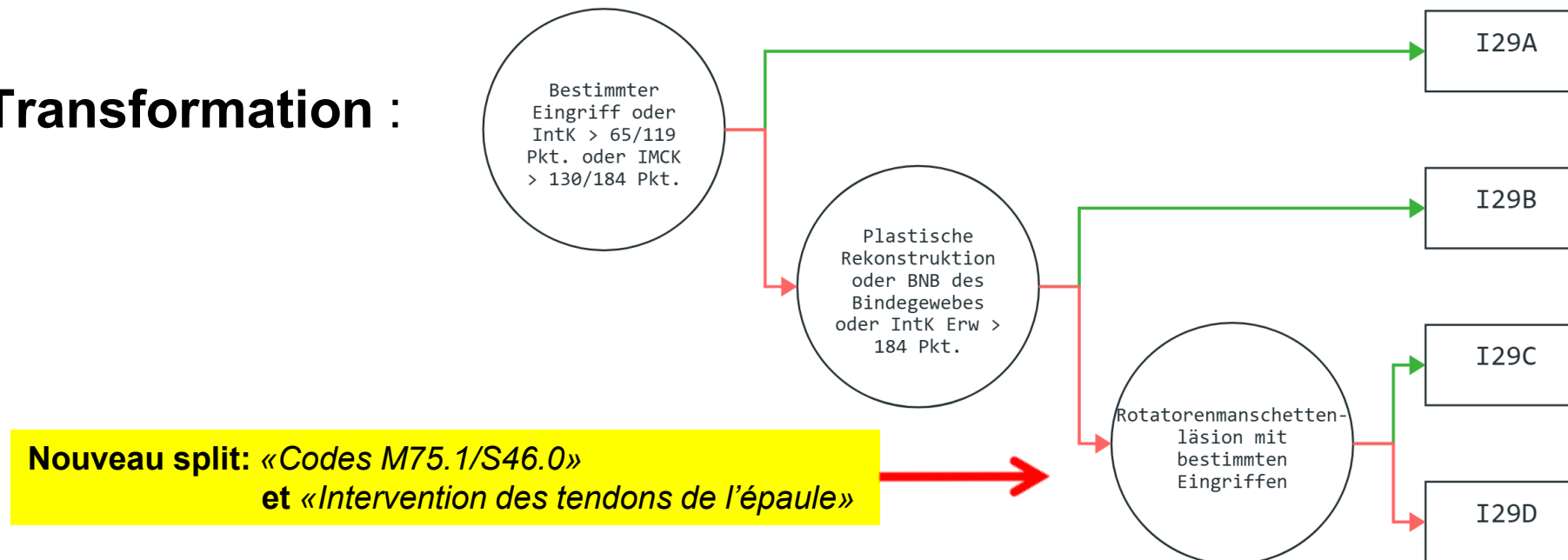
Système locomoteur MDC 08

Coiffe des rotateurs

Demande :

- Cas sous-rémunérés dans le DRG de base I29 avec codes ICD M75.1 «*Syndrome de la coiffe des rotateurs*» ou S46.0 «*Lésion traumatique de muscles et de tendons de la coiffe des rotateurs*»

Transformation :



Système locomoteur MDC 08

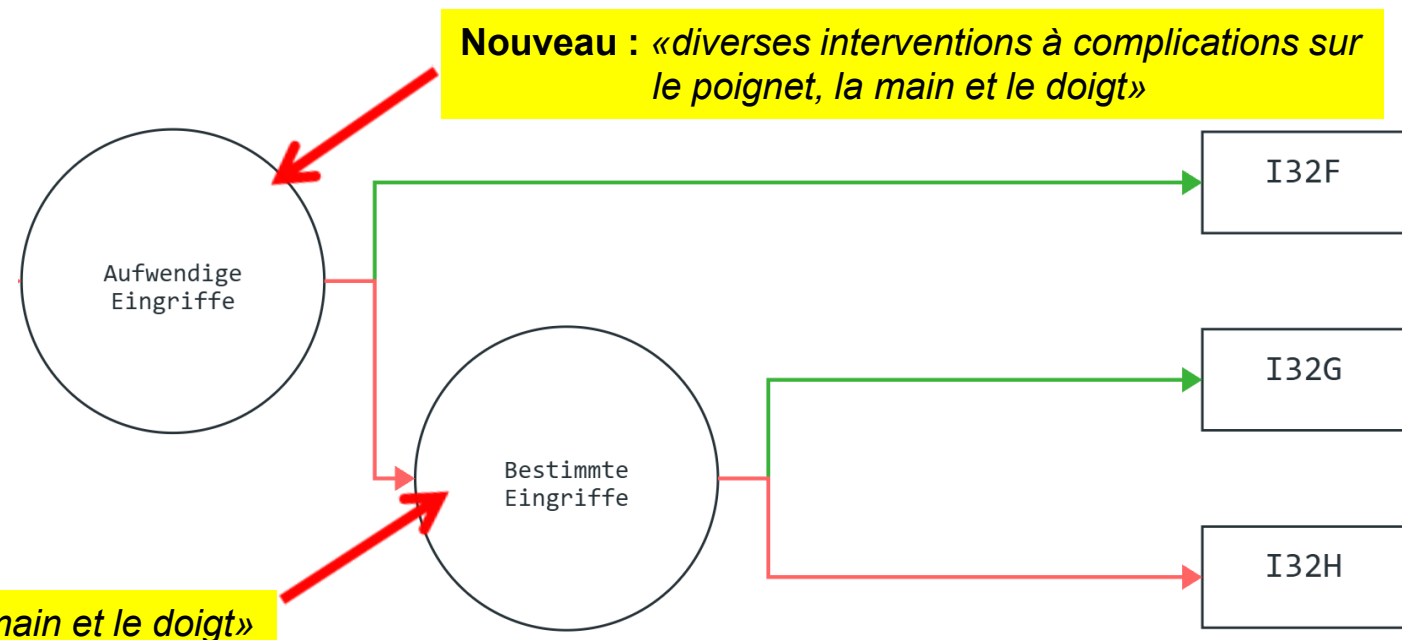
Endoprothèse d'articulation trapézo-métacarpienne du pouce

Demande :

- Revaloriser dans le DRG de base I32 «*Autres interventions sur le poignet et la main*» le code CHOP 81.74.10 «*Implantation d'endoprothèse d'articulation trapézo-métacarpienne du pouce*»

Transformation :

- DRG un jour d'hospitalisation :



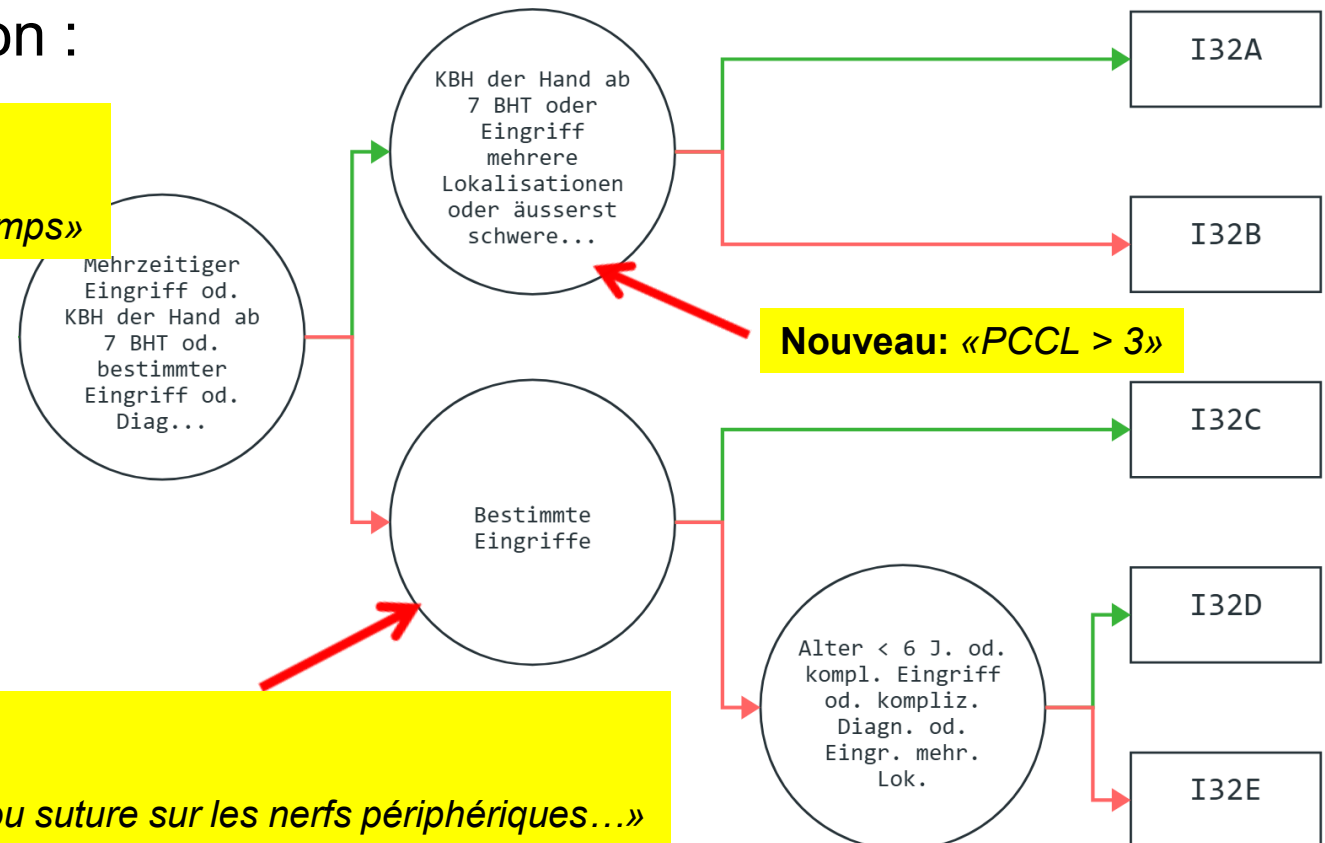
Système locomoteur MDC 08

Endoprothèse d'articulation trapézo-métacarpienne du pouce

Transformation :

- plus d'un jour d'hospitalisation :

Nouveau : «diverses interventions à complications»
ou «Fasciite nécrosante avant-bras/main»
ou «Proc. op. particulières en plusieurs temps»



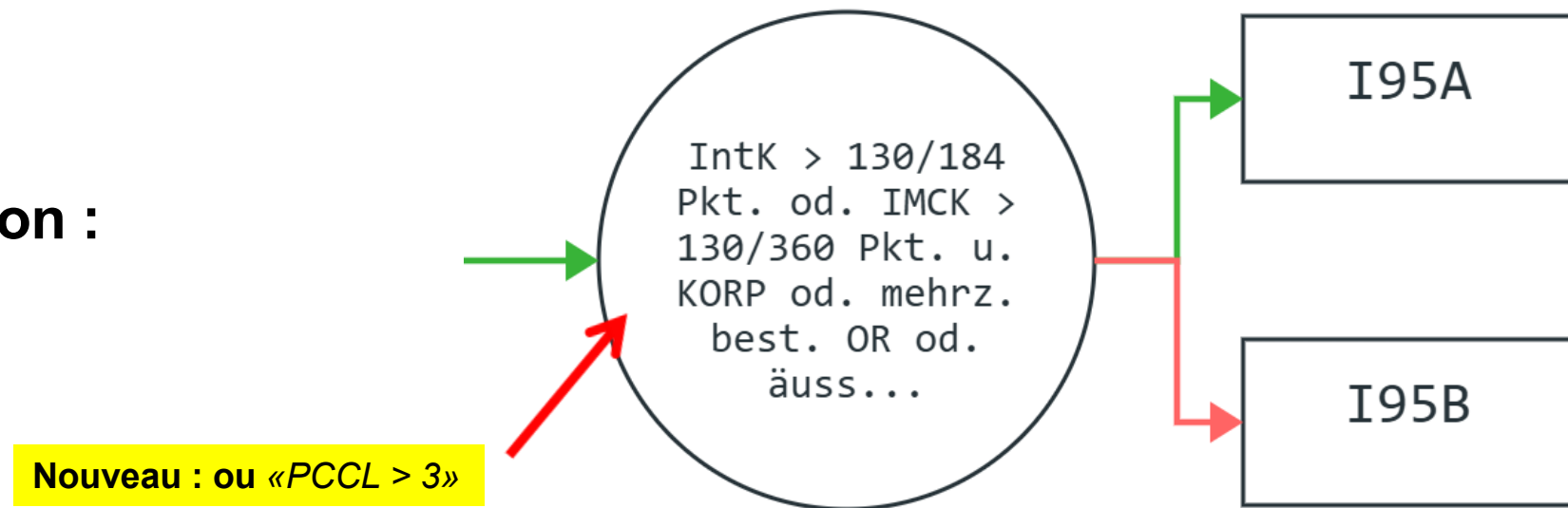
Système locomoteur MDC 08

Split PCCL

Problème :

- Cas avec diagnostics secondaires aggravants dans le DRG I95B «*Implantation d'une endoprothèse pour tumeur ou procédure complexe en plusieurs temps*» SOUS-rémunérés

Transformation :



Système locomoteur MDC 08

Autres interventions sur les os

Demande :

- Artérite à cellules géantes avec biopsie temporale dans le DRG de base I28 «*Autres interventions sur les os ou tissu conjonctif*» sous-rémunérée
- Examen d'un «*PCCL-Split > 2*»

Transformation :

- Degré de gravité split n'est pas adéquat
- Diagnostic avec intervention est bien représenté dans la structure tarifaire
- Split actuel entre les DRG I28B et I28C n'est plus un séparateur de coûts
- Fusion des deux DRG en un nouveau DRG I28B

Système locomoteur MDC 08

Lésions de la colonne vertébrale

Problème :

- Cas sous-rémunérés dans le DRG un jour d'hospitalisation I61B «*Maladies et troubles du tissu musculosquelettique et conjonctif,...*» après transformation du traumatisme multiple

Transformation :

- Tableaux existants «*Lésions traumatiques de la colonne cervicale et thoracique*» OU «*Lésions traumatiques du bassin et de la colonne lombaire*» revalorisés dans le DRG I61A

Système locomoteur MDC 08

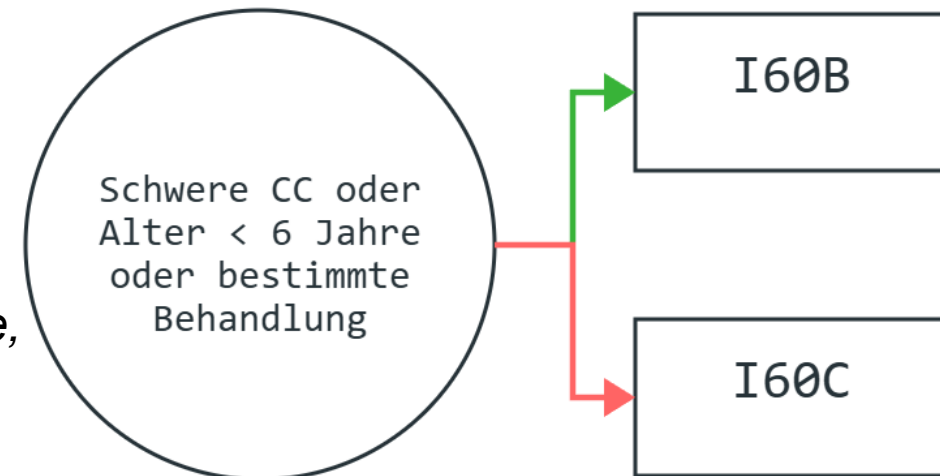
Fracture du fémur

Demande :

- Cas multimorbides dans le DRG I60B «*Fractures du bassin, du col du fémur et du fémur,...*» sous-rémunérés
- Sous-rémunération des fractures du fémur traitées de manière conservatrice

Transformation :

- Split du DRG I60B avec «*PCCL > 2*» ou «*Âge < 6 ans*» ou code CHOP 79.05 «*Réduction fermée de fracture sans fixation interne, fémur*»



Système locomoteur MDC 08

Polymyalgie rhumatismale

Demande :

- Code ICD M35.3 «*Polymyalgie rhumatismale*» dans le DRG de base I66 «*Affections du tissu conjonctif ou arthrite particulière*» surrémunéré
- en plus, dévaloriser le code ICD dans la matrice CC

Transformation :

- Dévalorisation des codes ICD M35.9 «*Atteinte systémique du tissu conjonctif,...*» et M35.8 «*Autres atteintes systémiques précisées du tissu conjonctif*» du DRG de base I66 dans le DRG de base I76 «*Autres affections du tissu conjonctif*»
- Revalorisation des codes ICD M00.* «*Arthrite à bactéries pyogènes*» et A54.4, A66.6 «*Arthrite septique*» du DRG de base I76 dans le DRG de base I66

Système locomoteur MDC 08

Insuffisance rénale

Demande :

- Examen de tous les cas d'insuffisance rénale chronique ou aiguë
- Coûts plus élevés liés à la complexité des traitements

Transformation :

- Revalorisation des codes ICD N17.* «*Insuffisance rénale aiguë...Stade 3*» dans la matrice CC
- Inclusion dans le DRG I08B des codes N18.* «*Insuffisance rénale chronique...Stade 3, 4, 5*»
- Ainsi que dans le DRG I13B «*Insuffisance rénale chronique...Stade 3*» et dans le DRG I13A «*Insuffisance rénale chronique...Stade 4,5*»

Systeme locomoteur MDC 08

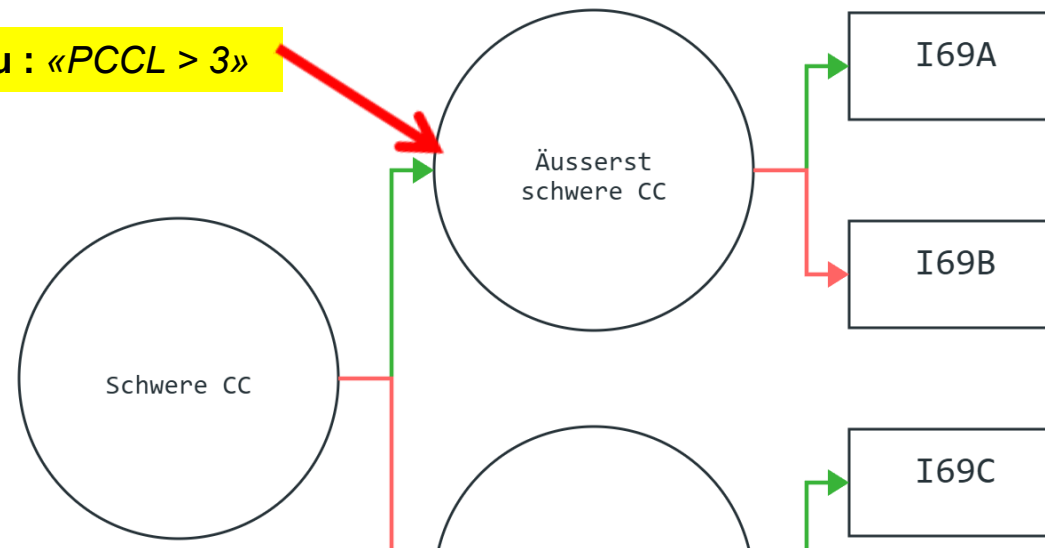
Split PCCL

Demande :

- Examen du DRG I69C «*Maladies des os et arthropathies, âge < 16 ans*» concernant l'homogénéité des coûts
- Codes ICD M80.* «*Ostéoporose avec fracture pathologique*» dans le DRG I69C sous-rémunérés

Transformation :

Nouveau : «PCCL > 3»



Peau et glande mammaire MDC 09

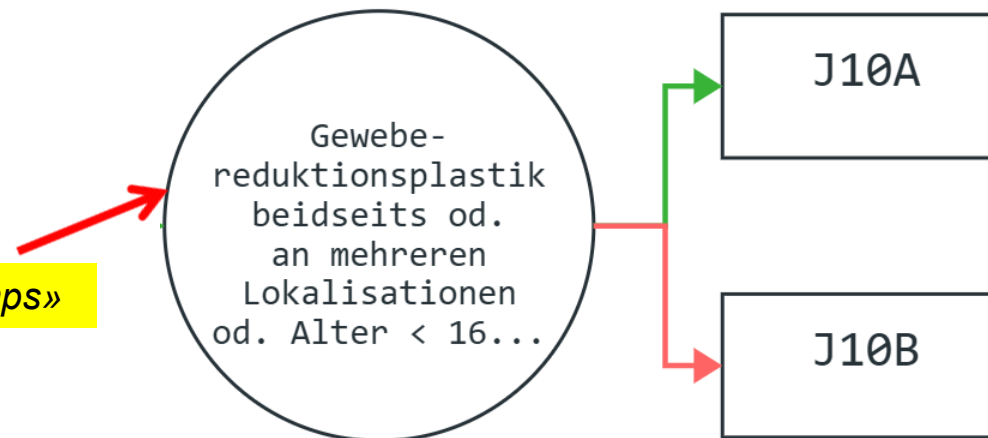
Interventions en plusieurs temps

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*»



Peau et glande mammaire MDC 09

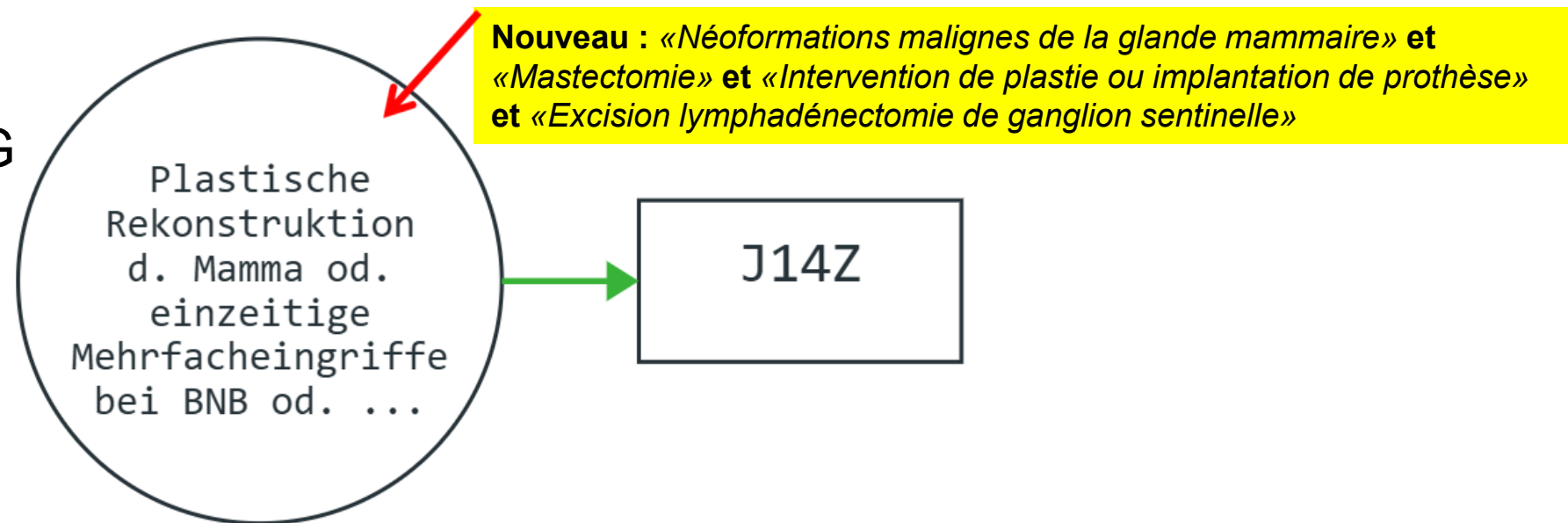
Interventions en un temps

Demandes :

- Revalorisation des interventions sur la glande mammaire pour néoformation maligne et intervention multiple au cours d'une même opération

Transformation :

- Révision du DRG de base J14



Peau et glande mammaire MDC 09

Augmentation

Remarque :

- Code CHOP 85.D1 «*Injection intramammaire pour augmentation*» dans différents DRG de base de la MDC 09, pertinent pour le regroupement
- Cas sont surrémunérés

Tranformation :

- Suppression du code CHOP des «*Fonctions globales*» et dévalorisation dans la MDC 09
- Représentation reste dans les DRG de base J24 «*Interventions sur la glande mammaire sauf lors de néoformation maligne*» et J25 «*Petites interventions sur la glande mammaire pour néoformation maligne*»

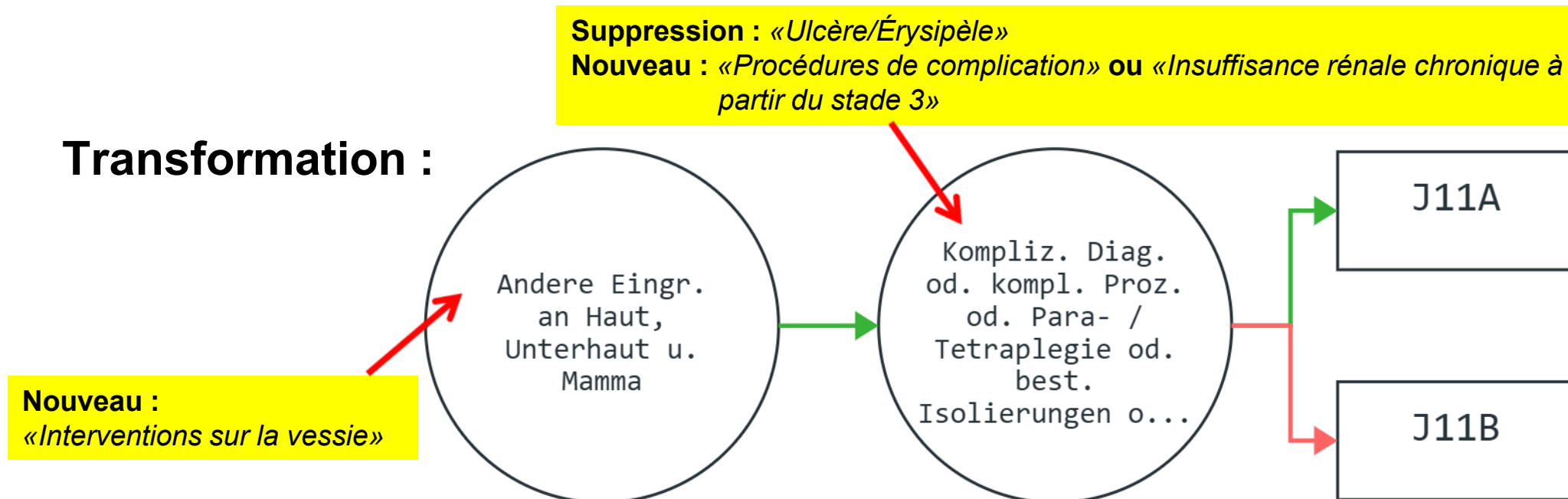
Peau et glande mammaire MDC 09

Hétérogénéité des coûts

Problème :

- Cas sous-rémunérés dans la partition médicale MDC 09 et dans le DRG de base J11 «Autres interventions sur la peau, le tissu sous-cutané et la glande mammaire»

Transformation :



Peau et glande mammaire MDC 09

Traitement sous vide

Problème :

- Cas sous-rémunérés dans le DRG de base J11 «*Autres interventions sur la peau, le tissu sous-cutané et la glande mammaire*»

Transformation :

- Revalorisation de la fonction «*Traitement sous vide*»
 - dans le DRG J02A «*Transplantation de peau, plastie par lambeaux, lymphadénectomie étendue, transplantation de tissu avec anastomose microvasculaire avec...traitement sous vide*»
 - dans le DRG J03A «*Interventions sur la peau...avec CC extrêmement sévères ou traitement sous vide*»

Peau et glande mammaire MDC 09

Lipomatose

Problème :

- Codes ICD E88.2- «*Lipomatose, non classée ailleurs*» ne sont pas représentés de manière uniforme pour des prestations similaires

Transformation :

- Représentation des codes ICD E88.2- dans la MDC 10 «*Maladies métaboliques*» par déplacement «*Autres interventions pour obésité/lipomatose*» dans la MDC 09
- Inclusion du code CHOP 86.83.21 «*Aspiration de tissu adipeux*» dans le DRG de base J11 «*Autres interventions sur la peau, le tissu sous-cutané et la glande mammaire*»

Peau et glande mammaire MDC 09

Homogénéité médicale

Problème :

- Représentation différente des codes ICD T85.83 et T85.4 «*Autres/complications mécaniques dues à une prothèse ou un implant mammaire*» dans la structure tarifaire

Transformation :

- Déplacement du code ICD T85.83 «*Autres complications dues à une prothèse ou un implant mammaire*» de la MDC 21B à la MDC 09
- Mise au même niveau des codes T85.83 et T85.4 «*Complication mécanique d'une prothèse et d'un implant mammaires*» dans la MDC 09

→ Représentation adéquate des interventions

Peau et glande mammaire MDC 09

Traitement dermatologique complexe

Demande :

- Revalorisation du groupe de code CHOP 93.59.7- «*Traitement dermatologique complexe multimodal: Traitement dermatologique du corps entier*»

Analyses :

- Codes CHOP représentés de manière adéquate
- toutefois, cas sous-rémunérés identifiables dans le DRG J61D «*Affections moyennement sévères de la peau, âge > 15 ans*»

Transformation :

- Revalorisation «*Biopsie particulière*» dans le DRG J61B

Peau et glande mammaire MDC 09

Abcès

Demande :

- Revalorisation des groupes de code ICD L02.* «*Abcès cutané, furoncle et anthrax*» et L08.* «*Autres infections localisées de la peau...*»
- Hétérogénéités des coûts dans le DRG de base J64 «*Hétérogénéités des coûts dans le DRG de base*»

Analyses :

- Revalorisation exclusive des groupes de codes ICD n'est pas adéquate
- Cas coûteux dans le DRG J64D
- Coûts par cas similaires dans les DRG J64A et J64C

Peau et glande mammaire MDC 09

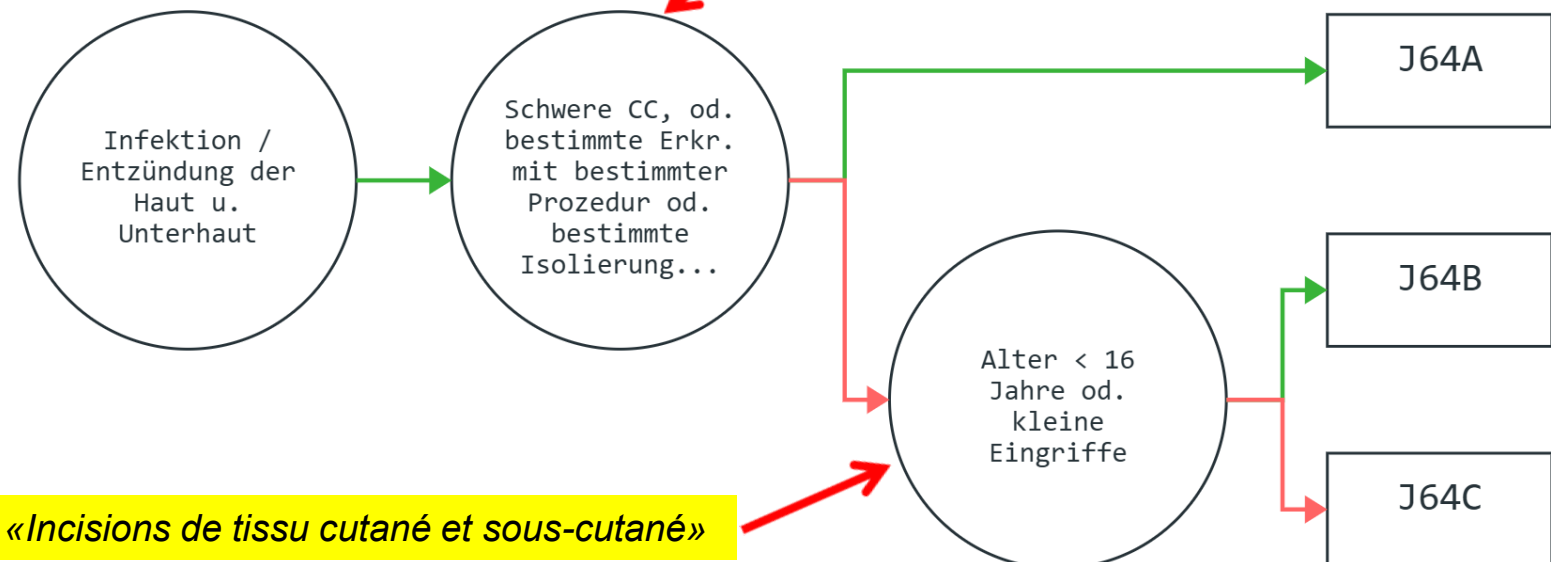
Abcès

Transformation :

- Inclusion de la condition de split du DRG J64C dans le DRG J64A
«Infection/inflammation de la peau et du tissu sous-cutané avec CC extrêmement sévères»
- DRG J64D supprimé

Nouveau : «PCCL > 2» (jusqu'à présent > 3)

Nouveau : «Incisions de tissu cutané et sous-cutané»



Maladies métaboliques MDC 10

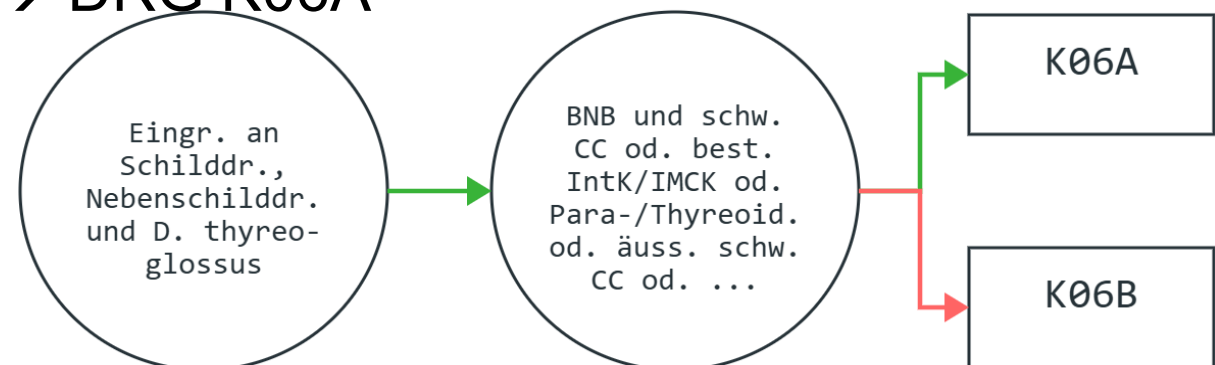
Interventions sur la glande thyroïde

Remarque :

- les critères de split dans le DRG de base K06 «*Interventions sur la glande thyroïde, la glande parathyroïde et le canal thyroéoglosse*» ne sont plus appropriés comme séparateurs des coûts

Transformation :

- Fusion des DRG K06A et K06B → DRG K06A
- DRG K06C supprimé



Maladies métaboliques MDC 10

Tumeur maligne surrénale

Demande :

- Cas avec diagnostic principal codes ICD C74.* «*Tumeurs malignes surrénales*» insuffisamment représentés

Proposition de solution :

- Revalorisation des codes C74.* comme diagnostic principal dans le DRG de base K64 «*Endocrinopathies*» et dans le DRG K86A «*Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques, un jour d'hospitalisation avec âge < 16 ans et néoformations malignes ou thérapie particulière*» ainsi que d'autres DRG
- Revalorisation dans la matrice CC

Maladies métaboliques MDC 10

Tumeur maligne surrénale

Transformation :

- Inclusion des codes ICD C74.* dans la matrice CC
- dans les données 2024, pas de cas de tumeurs malignes dans le DRG K86B
- Enfants avec néoformation maligne dans le DRG K86A représentés de manière adéquate
- Codes ICD C74.* «*Tumeurs malignes surrénales*» ne conviennent pas comme séparateurs de coûts dans le DRG de base K64
- Inclusion du «*PCCL > 3*» dans le DRG K64A

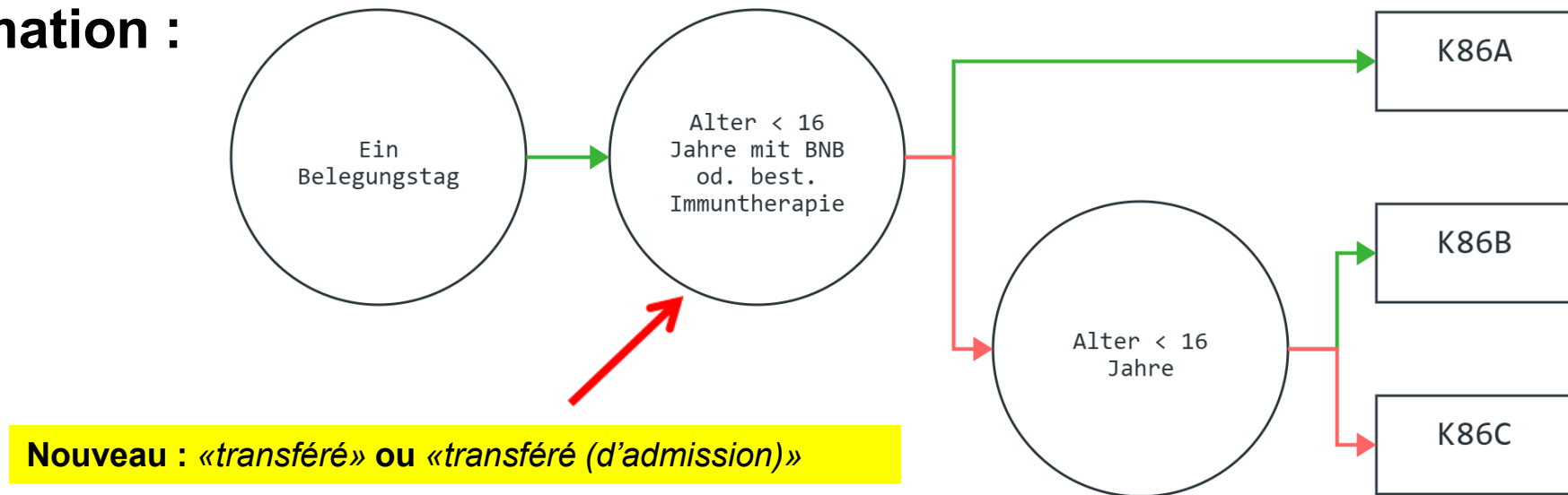
Maladies métaboliques MDC 10

DRG un jour d'hospitalisation

Problème :

- Analyses montrent des cas coûteux dans le DRG K86B «*Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques*»

Transformation :



Organes urinaires MDC 11

Infections

Problème :

- Examiner l'homogénéité des coûts au sein du DRG de base L63 «*Infections des organes urinaires*»
- Remarque concernant une séparation insuffisante des coûts

Transformation :

- Révision du split DRG L63A «*Infections des organes urinaires avec CC extrêmement sévères...*»
 - augmenter les splits d'âge à «*Âge < 16 ans*»
 - Suppression du tableau «*Biopsie du rein*»
- Fusion des DRG L63B et L63C → DRG L63B
- DRG L63D supprimé

Organes urinaires MDC 11

Fusion

Problème :

- les conditions de split dans le DRG de base L42 «*Lithotripsie extracorporelle par ondes de choc (LECOG) pour calculs urinaires*» ne sont plus des séparateurs de coûts

Transformation :

- Fusion des DRG L42A et L42B → DRG L42Z «*Lithotripsie extracorporelle par ondes de choc (LECOG) pour calculs urinaires*»

Organes génitaux masculins MDC 12

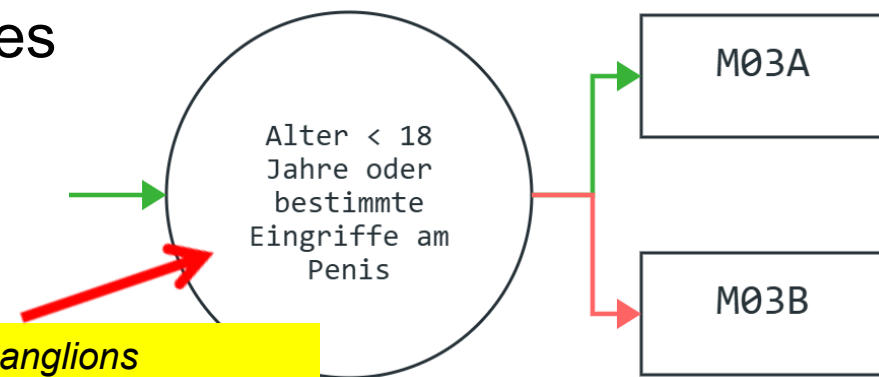
Interventions sur le pénis

Demande :

- Amputation du pénis avec lymphadénectomie entraîne des coûts plus élevés que les autres cas dans le DRG M03B «*Interventions sur le pénis, âge > 17 ans*»

Transformation:

- Revalorisation d'interventions particulières sur le pénis



Nouveau : 64.3X.1- «*Amputation du pénis*» et 40.24.- «*Excision de ganglions lymphatiques inguinaux*» ou «*PCCL > 2*»

Organes génitaux féminins MDC 13

Hystérectomie avec interventions combinées

Demande :

- Couverture insuffisante des coûts dans le DRG de base N01 «*Hystérectomie pour néoformation maligne*»
- Revaloriser le code ICD C56 «*Tumeur maligne de l'ovaire*» en combinaison avec le code CHOP 65.42 «*Salpingo-ovariectomie, par chirurgie ouverte*»

Transformation :

- Revalorisation des codes CHOP 68.6- «*Hystérectomie radicale*» et 65.3-/65.4- «*(Salpingo-)ovariectomie*» et 40.5- «*Excision radicale des ganglions lymphatiques*» dans le DRG N01B

Organes génitaux féminins MDC 13

Endométriose

Demande :

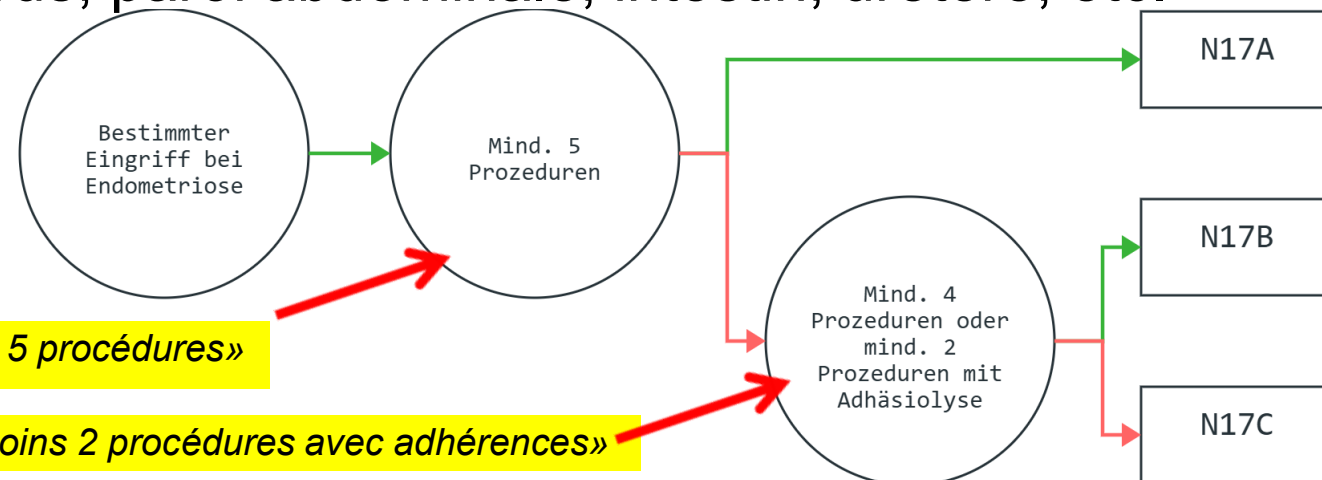
- Groupe de cas hétérogène et interventions coûteuses en cas d'endométriose (profonde)
- Interventions complexes sur différents organes avec une longue durée opératoire
- Demande pour un DRG de base propre «*Interventions pour endométriose*»
- Différenciation selon le nombre d'interventions sur différentes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



Nouveau : «au moins 5 procédures»

Nouveau : «au moins 4 procédures» ou «au moins 2 procédures avec adhérences»

- DRG N07A (DP endométriose avec situation coûteuse) supprimé

Organes génitaux féminins MDC 13

Traitement chirurgical de prolapsus

Demande :

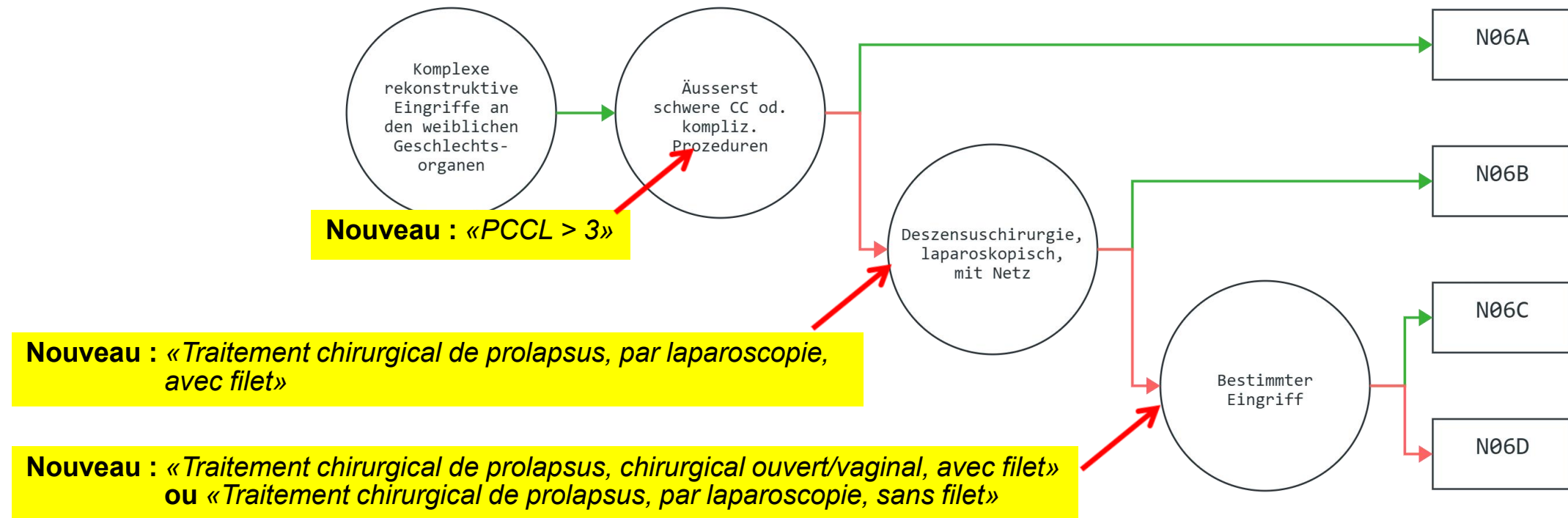
- Traitement chirurgical de prolapsus avec implantation d'un filet nécessite particulièrement beaucoup de ressources
- Interventions par laparoscopie pour traitement chirurgical de prolapsus sous-rémunérées
- Établissement d'un split dans les DRG de base DRG N04 et N06 en tenant compte de l'abord opératoire

Organes génitaux féminins MDC 13

Traitement chirurgical de prolapsus

Transformation I :

- Révision des critères de split dans le DRG de base N06 «*Interventions réparatrices complexes sur les organes génitaux féminins*»

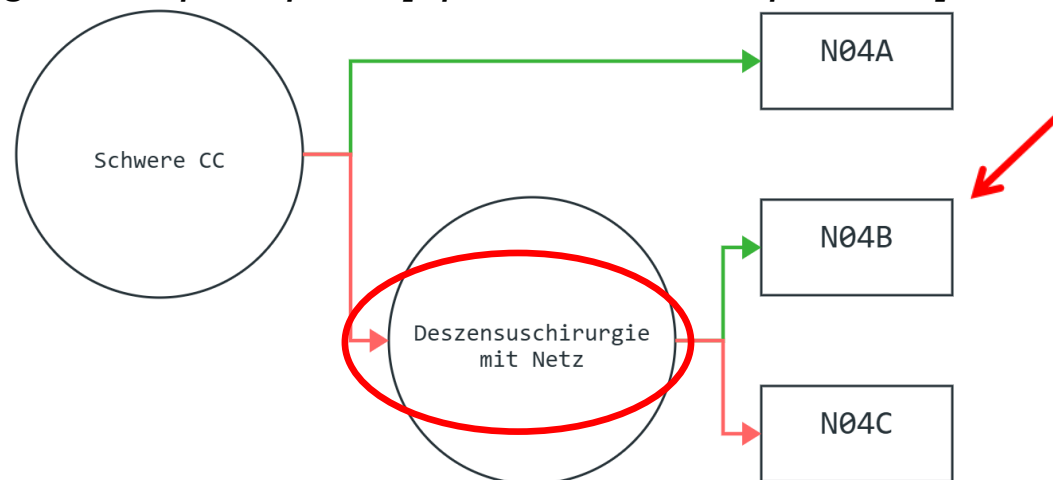


Organes génitaux féminins MDC 13

Traitement chirurgical de prolapsus

Transformation II :

- Nouveau critère de split dans le DRG de base N04 «*Hystérectomie ou ovariectomie...*»
 - 70.A1/A2.22 «*Traitement chirurgical de prolapsus [opération de suspension], par voie laparoscopique, un, deux ou trois compartiments avec filet*»
 - 70.A2.12 «*Traitement chirurgical de prolapsus [opération de suspension], deux ou trois compartiments, par voie laparoscopique, avec filet*»



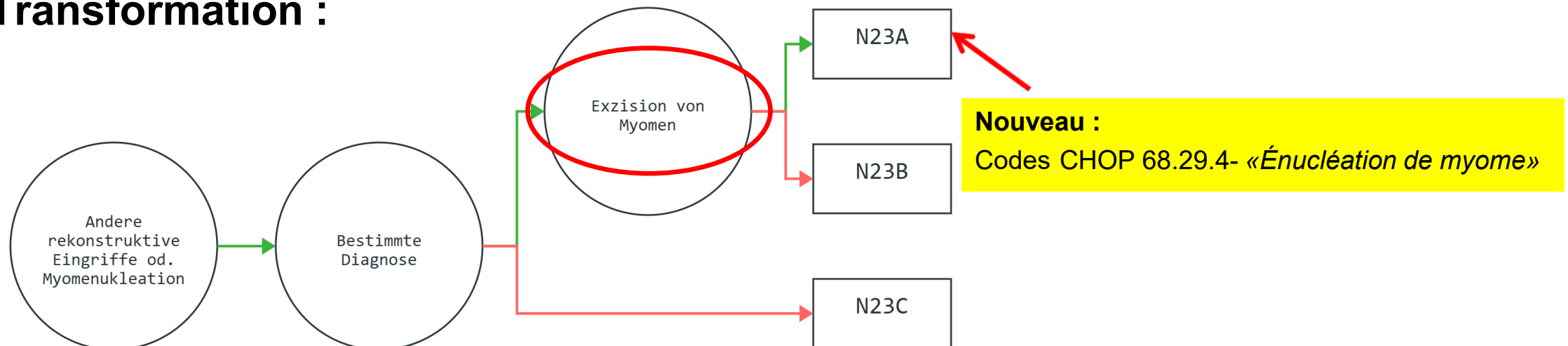
Organes génitaux féminins MDC 13

Énucléation de myome

Demande :

- Révision du DRG de base N23 «*Autres interventions réparatrices sur les organes génitaux féminins*»
- Groupe de cas avec des patientes jeunes et code CHOP 68.29.48 «*Excision et destruction d'un ou plusieurs myomes de l'utérus, par laparoscopie*» sous-rémunéré

Transformation :



Grossesse, accouchement MDC 14

Accouchements par voie basse

Demande :

- les césariennes planifiées sont mieux rémunérées que les accouchements par voie basse
- les accouchements par voie basse ne sont pas représentés de manière à couvrir les coûts

Proposition de solution :

- Revalorisation des accouchements par voie basse avec le groupe de codes CHOP 73.* *«Autres inductions ou assistances de l'accouchement»* dans le DRG de base O60 *«Accouchement par voie basse»*
- Revalorisation des codes CHOP 73.7x.1- *«Traitement hospitalier avant l'accouchement durant la même hospitalisation,...»* dans le DRG de base O60

Grossesse, accouchement MDC 14

Accouchements par voie basse

Transformation :

- Groupe de codes 73.* *«Autres inductions ou assistances de l'accouchement»* ne convient pas comme critère de split
- certains codes CHOP du groupe 72.* *«Accouchement par forceps, par ventouse et par le siège»* avec une consommation de ressources plus élevée
 - Revalorisation du DRG O60C *«Accouchement par voie basse avec diagnostic de complication sévère ou moyennement sévère ou traitement particulier ou CC sévères»*
- Inclusion du code 73.7X.11 *«Traitement hospitalier avant l'accouchement durant la même hospitalisation, d'au moins 3 à 6 jours de traitement»* dans le DRG O60B *«Accouchement par voie basse avec...»*

Néoformations MDC 17

Procédures en plusieurs temps

Problème :

- Cas sous-rémunérés avec procédures en plusieurs temps dans les DRG de base DRG R01 «*Interventions opératoires pour néoformations hématologiques et solides...*» et R61 «*Lymphome et leucémie non aiguë...*»

Transformation :

- Revalorisation «Procédures opératoires complexes en plusieurs temps» dans le DRG de base R50 «*Chimiothérapie hautement complexe deux séries de traitement ou chimiothérapie hautement complexe...*»
- Revalorisation «Procédures opératoires particulières en plusieurs temps» dans le nouveau DRG R01A «*Interventions opératoires pour néoformations hématologiques et solides...avec procédures opératoires particulières en plusieurs temps*»

Néoformations MDC 17

Chimiothérapie

Demands :

- Revalorisation de cas complexes dans le DRG de base R60 «*Leucémie myéloïde aiguë...ou Graft versus Host Disease (réaction du greffon contre l'hôte)*»

Analyses :

- Groupes de cas hétérogènes avec chimiothérapie complexe
- Code ICD D76.4 «*Syndrome de libération de cytokines [cytokine release syndrome]*»
séparateur de coûts potentiel

Néoplasmes MDC 17

Chimiothérapie

Transformation :

Nouveau DRG R60A: «Code ICD D76.4 Choc cytokinique»

Avant : «Chimiothérapie complexe»
Nouveau : «Chimiothérapie complexe»
 et «Procédures de complication»

Akute
myeloische
Leukämie od.
Stammzellentnahme
autolog od.
Graft-vs.-Host-
KH

Komplexe
Chemotherapie
und kompliz.
Prozeduren od.
komplexe od.
komplizierende ...

Kompl. Diagn.
od. kompliz.
Proz. od.
aufwendige
Konstellationen

Mäss. kompl.
Chemoth. od.
Alter < 18 J. u.
äuss. schw. CC
od. kompliz.
Proz. od....

Alter < 18 od.
best. Diagnose

R60A

R60B

R60C

R60C

R60D

R60E

Avant : «Chimiothérapie non complexe ou
moyennement complexe» et «PCCL > 3»
Nouveau : «Chimiothérapie moyennement ou
hautement complexe» et «PCCL > 3»

Dialyse oder
äusserst
schwere CC od.
bestimmte
Isolierungen ab
7 BHT od.
komplex...

Nouveau: «Chimiothérapie complexe»

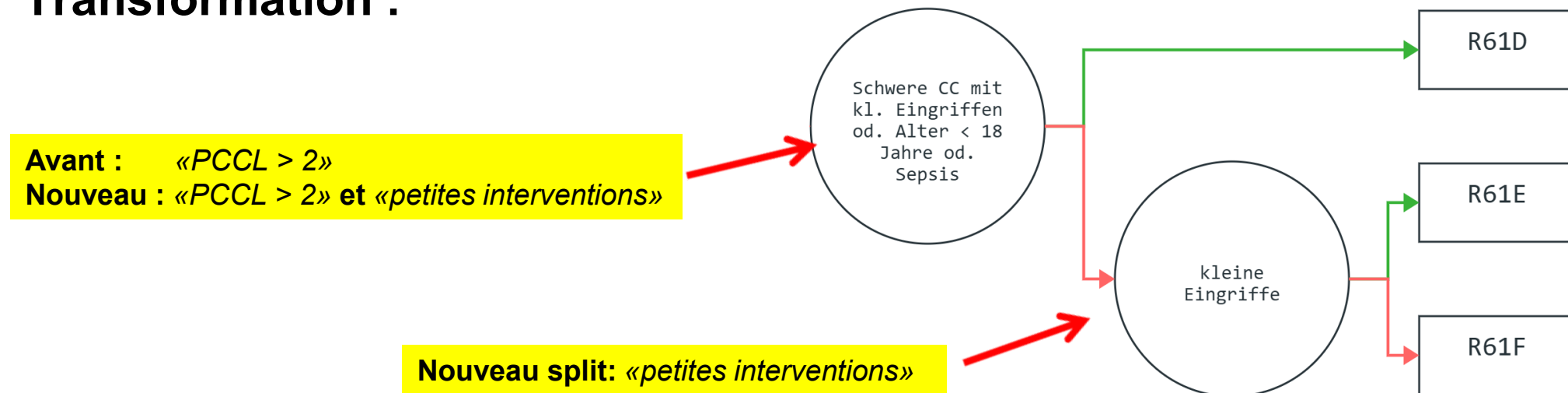
Néoformations MDC 17

Lymphome

Demande :

- Sous-rémunération du lymphome à cellules B dans le DRG R61B «*Lymphome et leucémie non aiguë, plus d'un jour d'hospitalisation...*»

Transformation :



Néoformations MDC 17

Radiothérapie

Problème :

- Représentation de certains cas de la MDC 17 ayant bénéficié d'une radiothérapie complémentaire sous-rémunérés

Transformation :

- Exclusion des DRG R60A, R60B, R50A, R50B dans le DRG de base A93
«Radiothérapie, plus de 8 séances d'irradiation»

Maladies psychiques MDC 19

Troubles de l'alimentation

Demande :

- Revalorisation des diagnostics principaux F50.* und F50.1 «*Anorexie mentale*» dans:
 - DRG A36A «*Traitement complexe de soins intensifs > 980/1104 points...*»
 - DRG A36B «*Traitement complexe de soins intensifs > 392/552 et < 981/1105 points...*»
 - DRG A90C «*Traitement complexe en U-IMC > 392/552 et < 1177/1105 points...*»
 - DRG A96B «*Traitement complexe de médecine complémentaire pour maladies particulières,...*»
 - DRG U66A «*Troubles alimentaires, obsessionnels et de la personnalité...*»
 - DRG de base U60 «*Maladies et troubles psychiques, un jour d'hospitalisation*»

Maladies psychiques MDC 19

Troubles de l'alimentation

Transformation :

→ Revalorisation

- Codes ICD F50.* *«Anorexie mentale, type restrictif/actif ou anorexie mentale atypique»* dans le DRG U60B
- Codes CHOP 94.3G.12/13 *«Trait. complexe en cas de trouble de l'alimentation en psych., au moins 7 à 27 jours de trait.»* et 99.BD.1C/1D *«Trait. complexe intégré en cas de trouble sévère de l'alimentation, d'au moins 7 à 27 jours de trait.»* dans le DRG U66C

→ Dévalorisation

- Codes ICD F50.* dans le DRG U66C
- Codes CHOP 94.3G.14/15 *«Trait. complexe..., d'au moins 28 à 55 jours de traitement»* et 99.BD.1E/1F *«Trait. complexe intégré..., d'au moins 28 à 55 jdt»* dans le DRG U66B

Maladies psychiques MDC 19

Intervention de crise

Problème :

- dans le DRG de base U60 «*Maladies et troubles psychiques, un jour d'hospitalisation*» cas sous-rémunérés

Transformation :

- Revalorisation codes CHOP 94.35.1- et 94.35.2- «*Intervention psych.de crise en psychiatrie de l'adulte/de l'enfant et de l'adolescent,...*»
- ainsi que les diagnostics F31.2/5 «*Trouble affectif bipolaire...*», F32.3 «*Episode dépressif sévère...*», F33.3 «*Trouble dépressif récurrent...*» dans le DRG U60B
- nouveau DRG U60C «*Maladies et troubles psychiques, âge > 11 ans et transféré, un jour d'hospitalisation*» avec cas transférés

Blessures MDC 21B

Procédures opératoires complexes

Problème :

- Cas sous-rémunérés dans le DRG X06B *«Autres interventions pour autres blessures avec CC sévères ou avec intervention complexe»*

Transformation :

- Revalorisation dans le DRG X06A n'est pas adéquate
- Inclusion dans la fonction *«Procédures opératoires complexes»* pour le DRG X37A *«Blessures, empoisonnements et effets toxiques dus aux drogues et médicaments avec... procédure opératoire complexe, plus d'un jour d'hospitalisation»*

→ Revalorisation des cas nécessitant beaucoup de ressources

Autres facteurs influant sur l'état de santé MDC 23

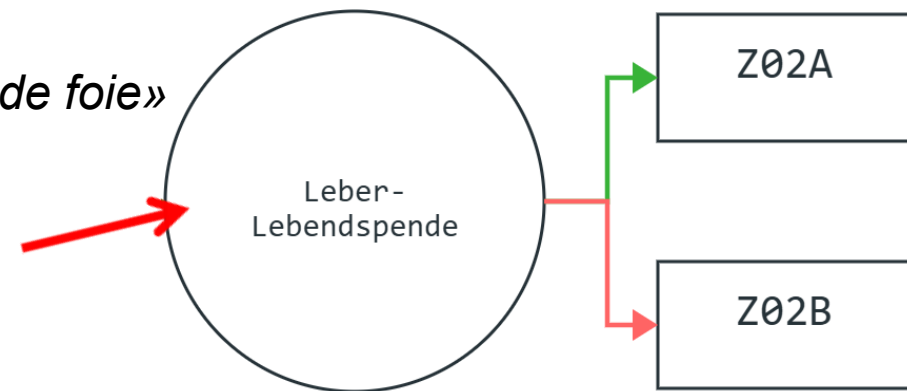
Don de foie – par une personne vivante

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

Revalorisation dans 10-29 DRG de base

Revalorisation dans au moins 30 DRG de base

Simulations

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

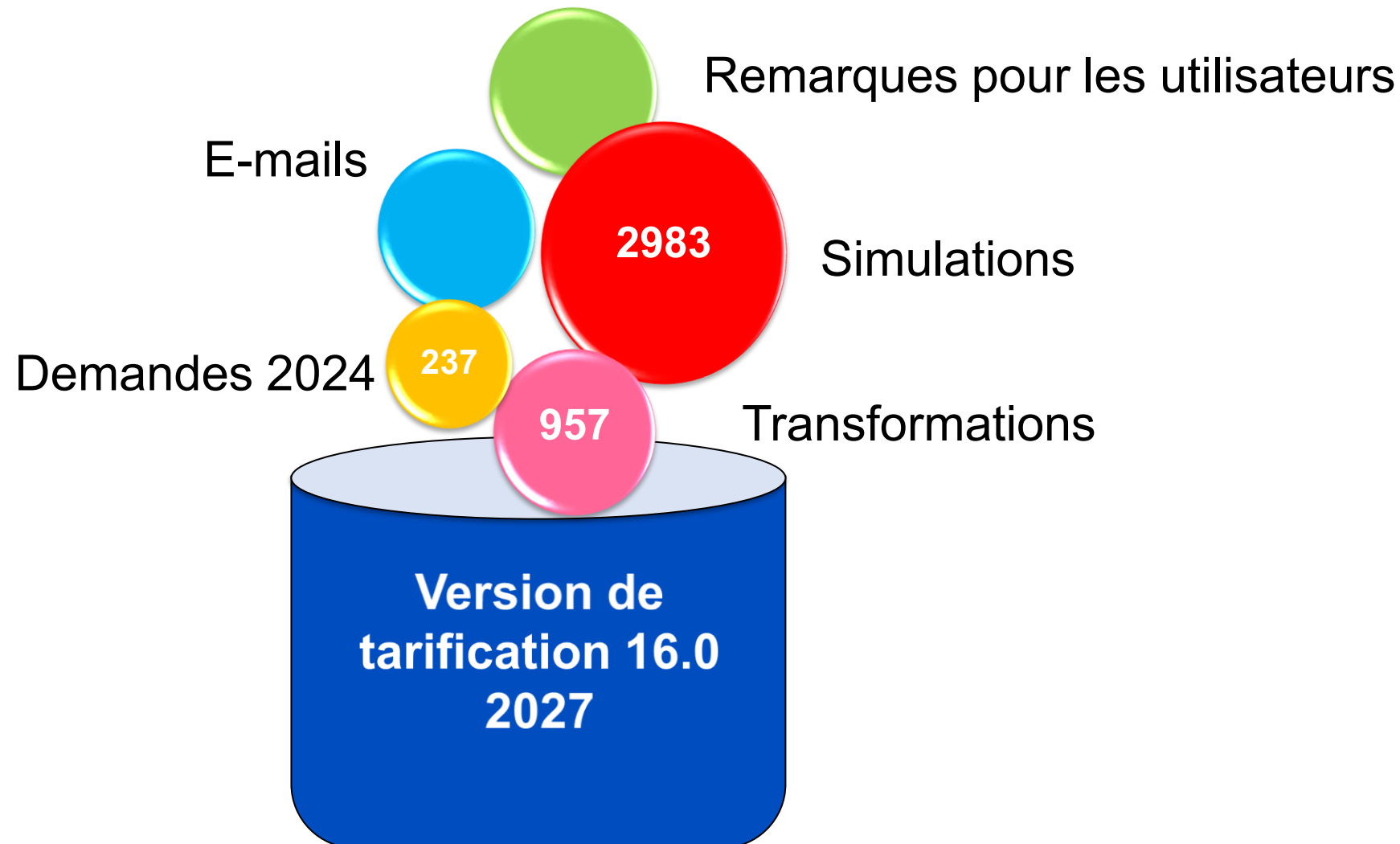
Procédure de demande

	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

Révision de la classification des DRG

Simulations



Rémunérations supplémentaires - CHOP

Pas de nouvelles rémunérations supplémentaires CHOP

Adaptations chez :

- ZE «*Hémodialyse pour l'élimination de protéines...*» a été supprimée en raison du faible nombre de cas et intégrée à ZE «*Hémodialyse, hémodiafiltration, hémofiltration, intermittente*»

Précisions concernant :

- «*Oxygénation par membrane extracorporelle (ECMO)*»
- «*Nature et type de greffes endovasculaires implantées dans des vaisseaux du bassin*»

Rémunérations supplémentaires - ATC

Établissement de nouvelles rémunérations supplémentaires :

- Alemtuzumab, intraveineuse (IV)
- Amivantamab, sous-cutané (SC)
- Belantamab mafodotin, IV
- Bromélaïnes, topique (T)
- Capivasertib, oral (O)
- Ceftazidime et Avibactam, IV, CZC
- Cladribine, O
- Clesrovimab, intramusculaire (IM)
- Edaravon, IV/O
- Fidaxomicine, O
- Icatibant, SC
- Immunoglobulines, humaines non spécifiques, pour l'administration extravasculaire, SC
- Iptacopan, IV
- Ivosidénib, O
- Lazertinib, O
- Lebrikizumab, SC
- Lurbinectédine, IV
- Lisocabtagene Maraleucel, thérapie cellulaire CAR-T autologue contre le lymphome à cellules du manteau, IV, MCL
- Maribavir, O
- Mirvétuximab soravtansine, IV
- Nirmatrelvir et Ritonavir, O
- Nivolumab et Relatlimab, IV
- Patisiran, IV
- Pégaspargase, IV,IM
- Pegcétacoplan, SC
- Quizartinib, O
- Remdesivir, IV
- Ribociclib, O
- Risankizumab, IV/SC
- Sarilumab, SC
- Tafasitamab, IV
- Vutrisiran, SC

Rémunérations supplémentaires - ATC

Rémunérations supplémentaires existantes avec mode d'administration modifié :

- Onasemnogène abéparvovec : désormais également par voie intrathécal (jusqu'à présent uniquement IV)
- Natalizumab : désormais également par voie sous-cutanée (jusqu'à présent uniquement IV)
- Terlipressine : désormais uniquement IV (endotrachéale et par inhalation supprimées)

Rémunération supplémentaire supprimée :

- Pémétrexed, IV

Rémunérations supplémentaires - ATC

Classes de dose :

- Élargissement de 19 ZE vers le haut
- Élargissement de 8 ZE vers le bas (dont 3 classes posologiques pédiatriques)
- Suppression de 7 ZE vers le bas (dont 2 classes posologiques pédiatriques)

Autres Adaptations :

- pour 54 rémunérations supplémentaires, seul le prix a été mis à jour

SwissDRG – Version 16.0 / 2027

1. Base de données
2. Développements du Grouper
- 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 :

$$TA_i^{CHF} = InlierKGW_i^{CHF} - Median(Gesamtkosten_{Low\ Outlier\ i}^{CHF})$$

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

$$effKGW_i^{CHF} = InlierKGW_i^{CHF} - TA_i^{CHF} = Median(Gesamtkosten_{Low\ Outlier\ i}^{CHF})$$

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 :

$$effKGW_i^{CHF} = \textit{angepasster Median}$$

- où

$$\textit{angepasster Median} = \frac{Med + Q20 + Q80}{3}$$

- 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

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

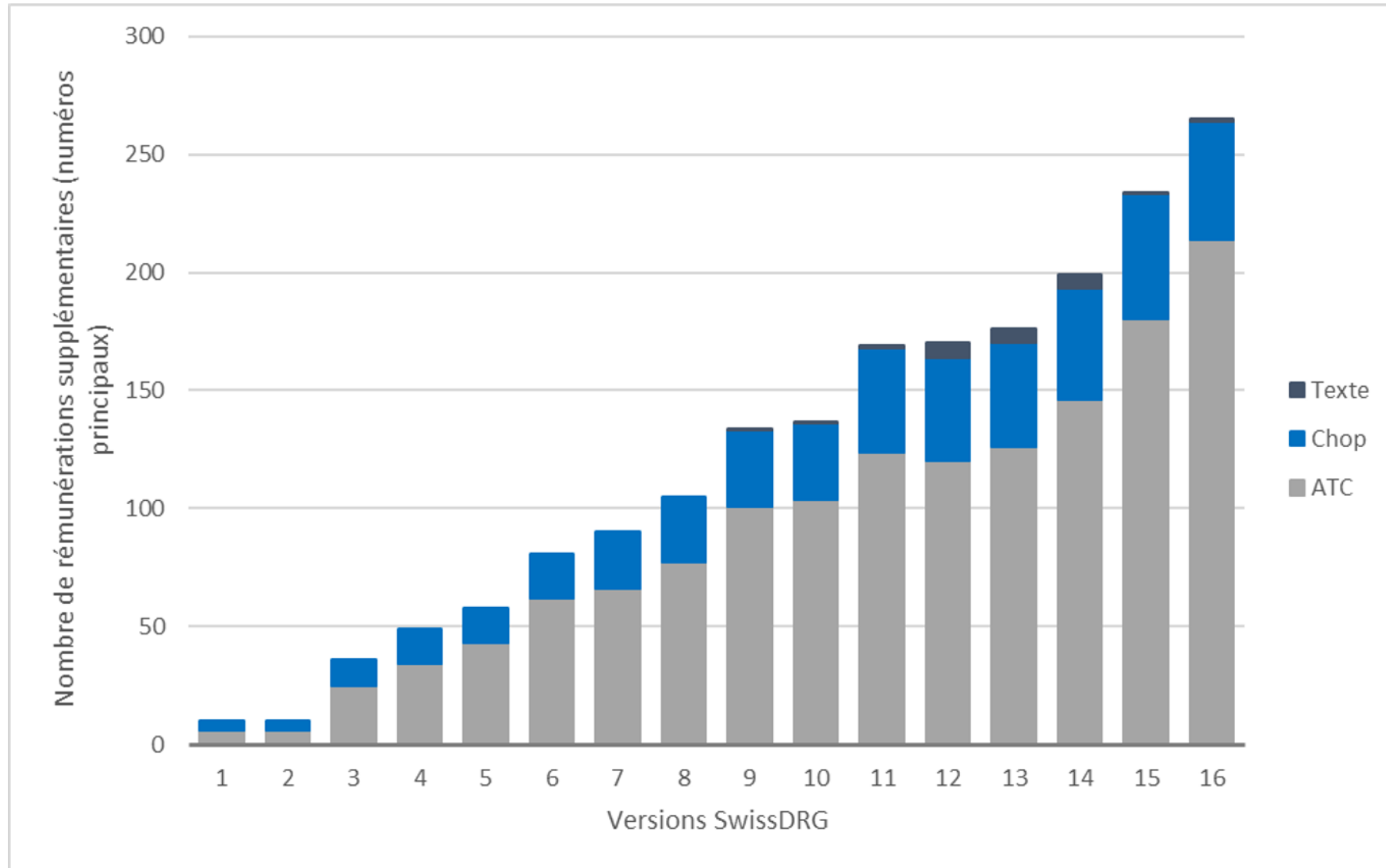
SwissDRG – Version 16.0 / 2027

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

Résumé des modifications

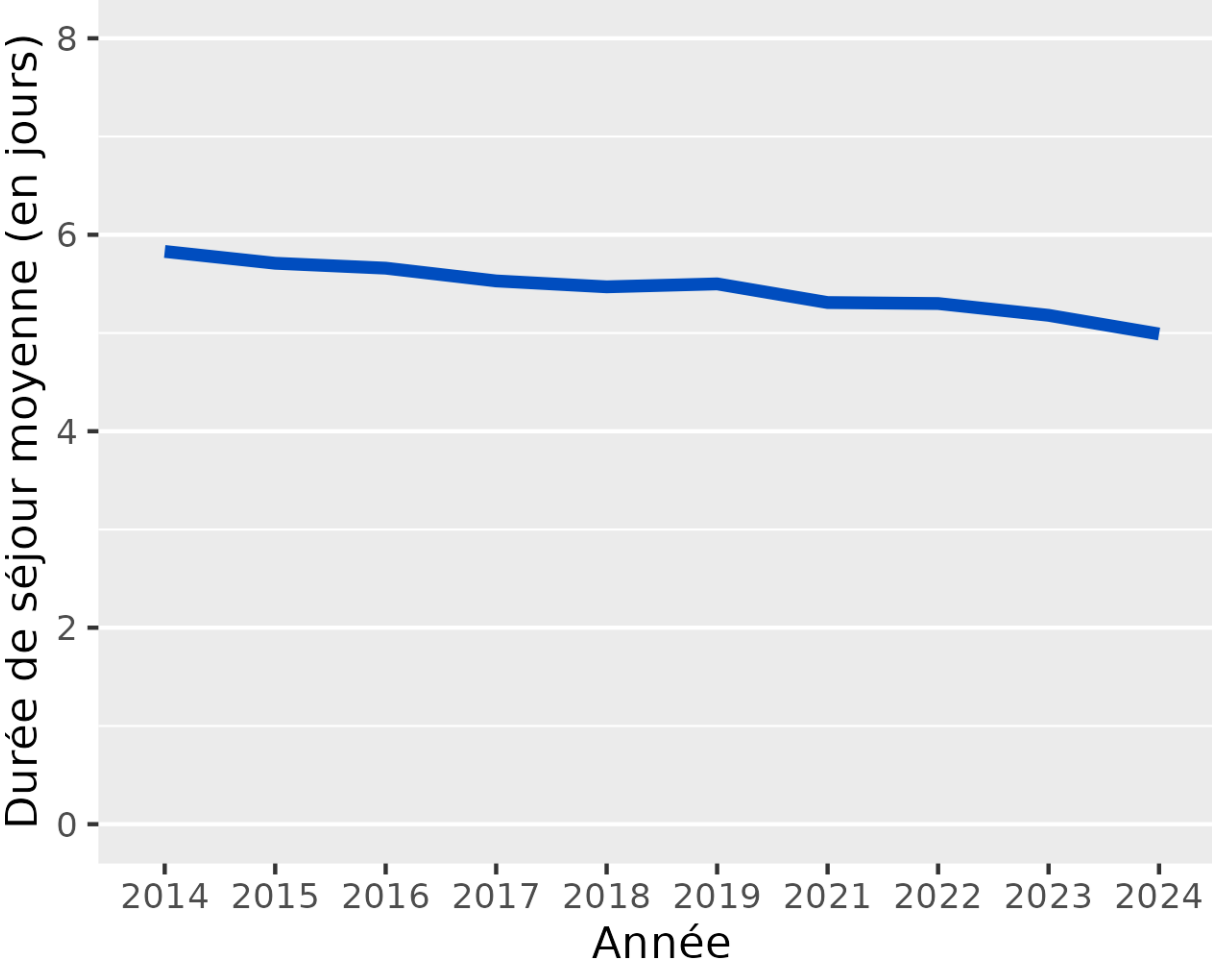
	V16.0	V15.0	V14.0
Nombre de DRG	1'081	1'081	1'071
DRG non évalués	0	0	0
DRG non facturables	4	4	4
DRG d'un jour	262	250	242
explicite	70	65	56
implicite	192	185	186
Rémunérations supplémentaires	265	231	190
évaluées	264	230	189
non évaluées	1	1	1

Rémunérations supplémentaires



Évolution de la durée de séjour

Année de données	Durée de séjour
2014	5.83 jours
2015	5.71 jours (- 2.06%)
2016	5.66 jours (- 0.88%)
2017	5.53 jours (- 2.30%)
2018	5.47 jours (- 1.08%)
2019	5.50 jours (+ 0.55%)
2021	5.31 jours (- 3.45%)
2022	5.30 jours (- 0.19%)
2023	5.18 jours (- 2.26%)
2024	4.99 jours (-3.67 %)



Base de données : 2014-2024,
données du domaine d'application SwissDRG

Nombre de cas par statut

	V16.0		V15.0	
	Nombre de cas	Pourcentage	Nombre de cas	Pourcentage
Inlier	882'210	79.5%	889'273	80.1%
High Outlier	74'258	6.7%	66'768	6.0%
Low Outlier	67'082	6.0%	67'509	6.1%
Cas transférés	86'741	7.8%	86'741	7.8%
DRG non évalués	0	0.0%	0	0.0%
DRG non facturables	96	0.0%	96	0.0%
Tous les cas	1'110'387	100.0%	1'110'387	100.0%

Base de données : 2024, données de calcul

Homogénéité des coûts R²

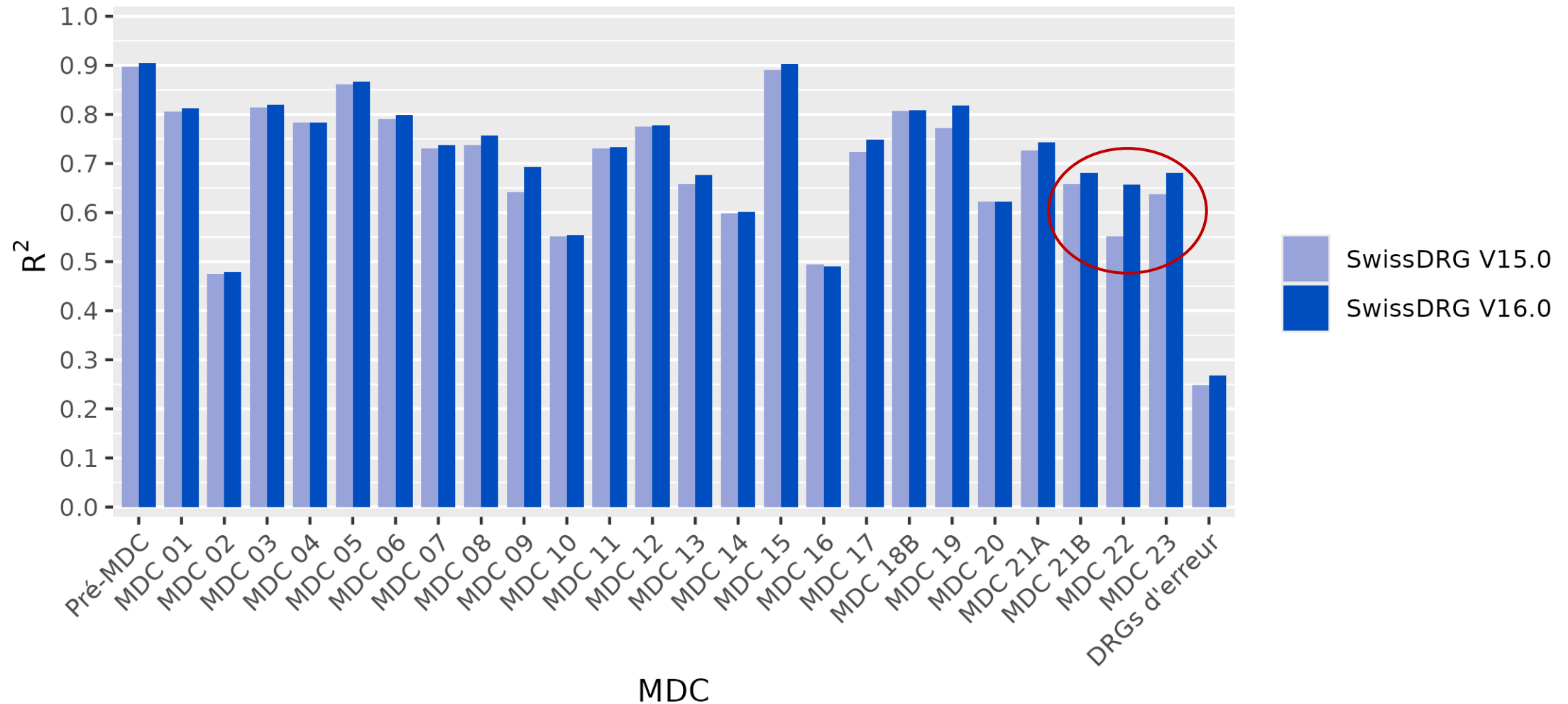
Version V16.0 en comparaison avec les versions précédentes

Version du Grouper	Année de donnés	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

Homogénéité des coûts R^2 par MDC

Version V16.0 en comparaison avec la version précédente



Base de données : 2024, données de calcul, inliers selon V16.0

Détermination des cost-weights

	Nombre de DRG calculés	Dont calculés sur 2,3 ou 4 années de données
V16.0	1077	18/3/1
V15.0	1'077	12/4/0
V14.0	1'067	17/8/0
V13.0	1'078	21/9/0
V12.0	1'073	23/6/0
V11.0	1'059	19/7/0
V10.0	1'064	15/6/0
V9.0	1'052	16/6/0

Critères:

- Peu de cas
- Pas de modification du Grouper ou possibilité de délimiter clairement les données de l'année précédente

Calcul de la valeur de référence 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



Indice casemix selon la partition

Partition	Nombre de cas	CMI V16.0	CMI V15.0	Delta V15.0/V16.0
autre	50'258	1.309	1.299	+0.8%
médicale	597'490	0.698	0.698	+0.0%
opératoire	586'915	1.541	1.543	-0.1%

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



Indice casemix selon l'âge

Classe d'âge	Nombre de cas	CMI V16.0	CMI V15.0	Delta V15.0/V16.0
0-16 ans	150'648	0.722	0.709	+1.8%
à partir de 17 ans	1'084'015	1.180	1.182	-0.2%

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%

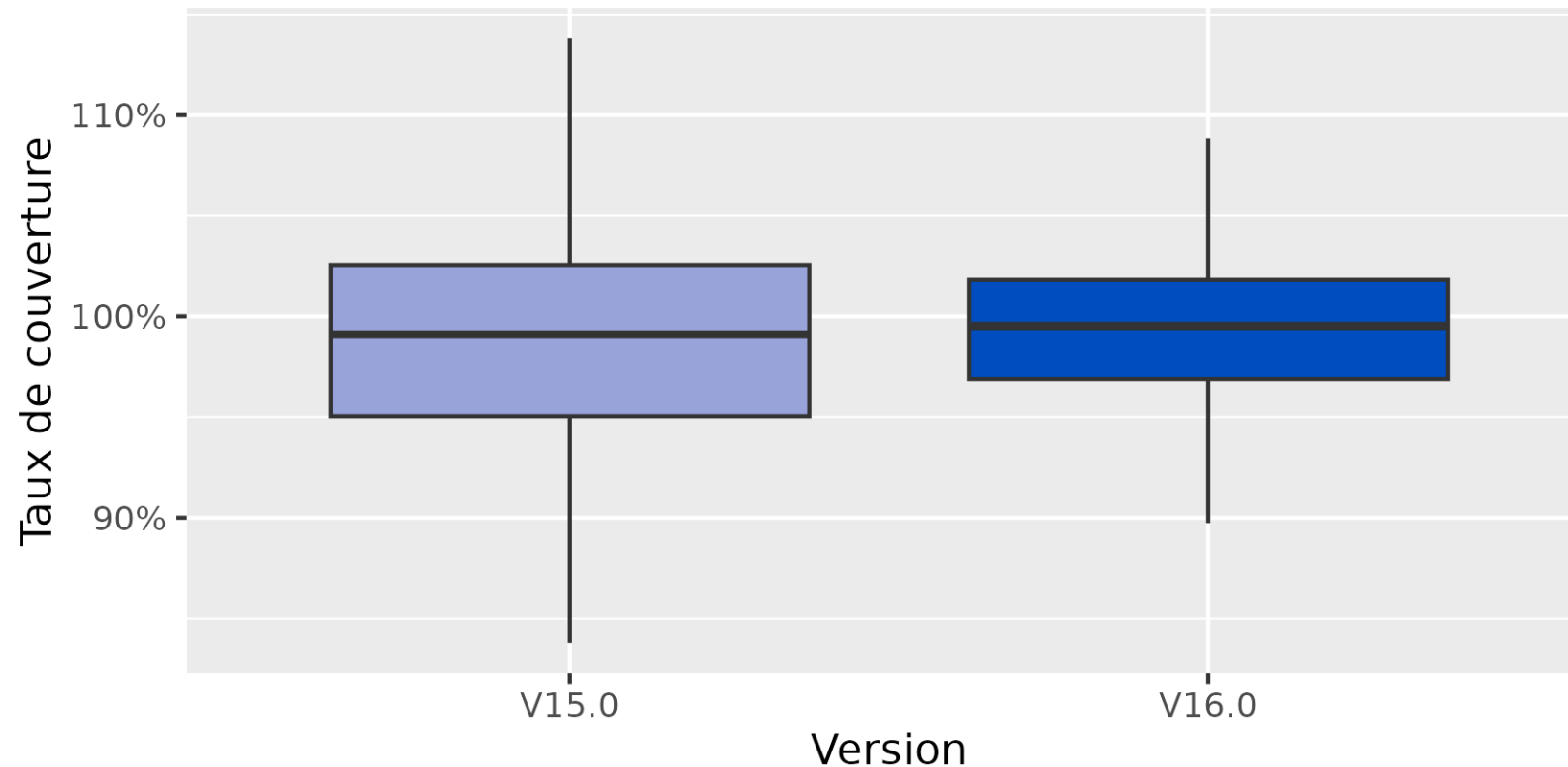
Baserate hypothétique pour bénéfices nuls incl. CUI V16.0: CHF 11'407

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

Taux de couverture par DRG

Répartitions



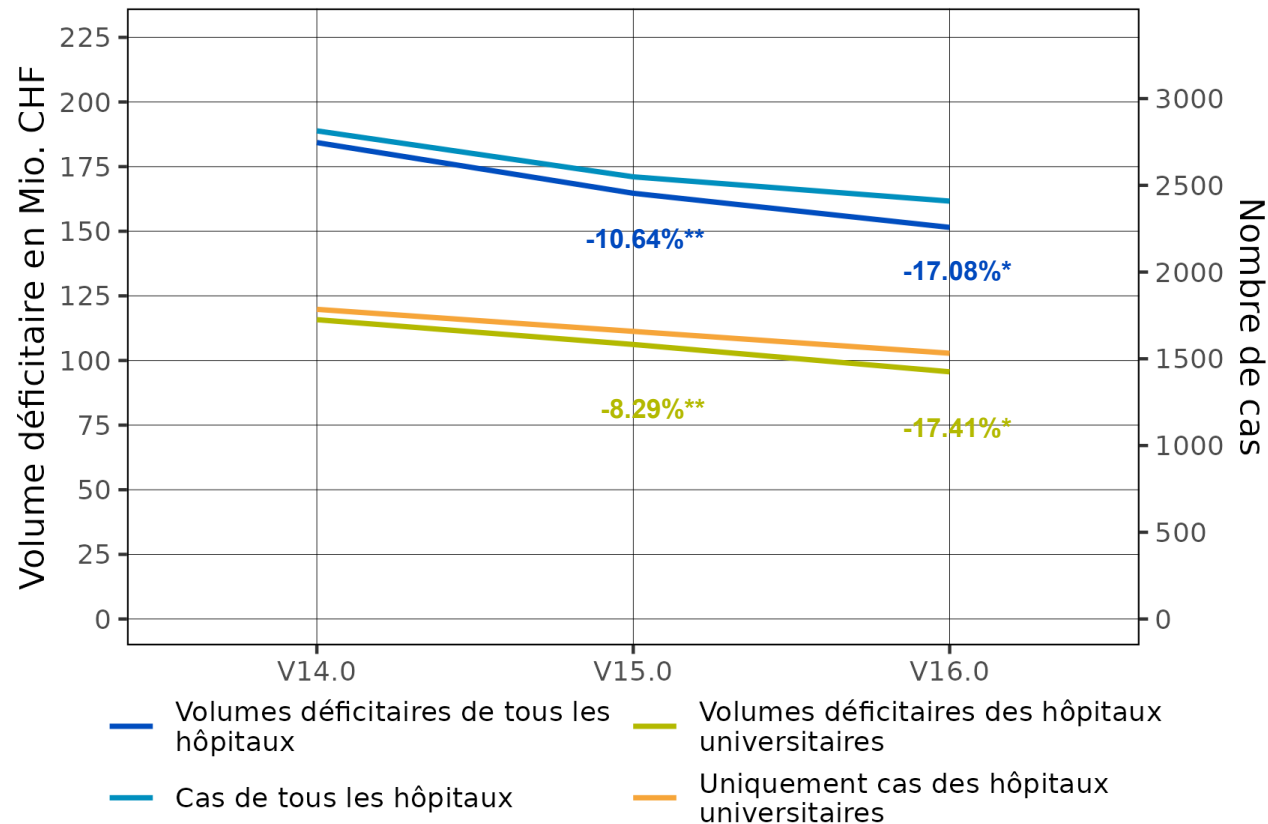
Baserate hypothétique pour bénéfices nuls incl. CUI V16.0: CHF 11'407

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

Base de données : 2024, données de calcul

Cas avec déficit

Cas avec déficit > CHF 40'000.-



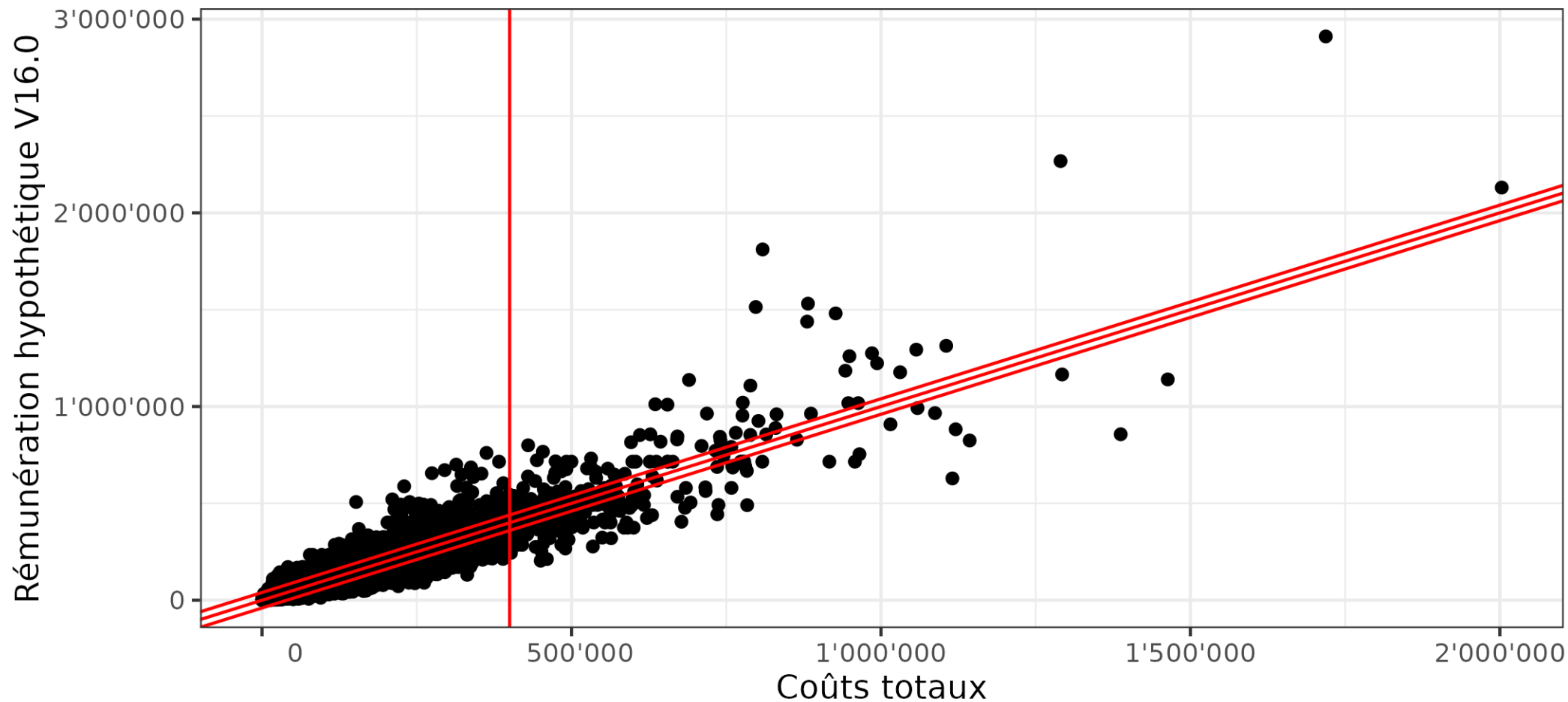
Définition CA :

- 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

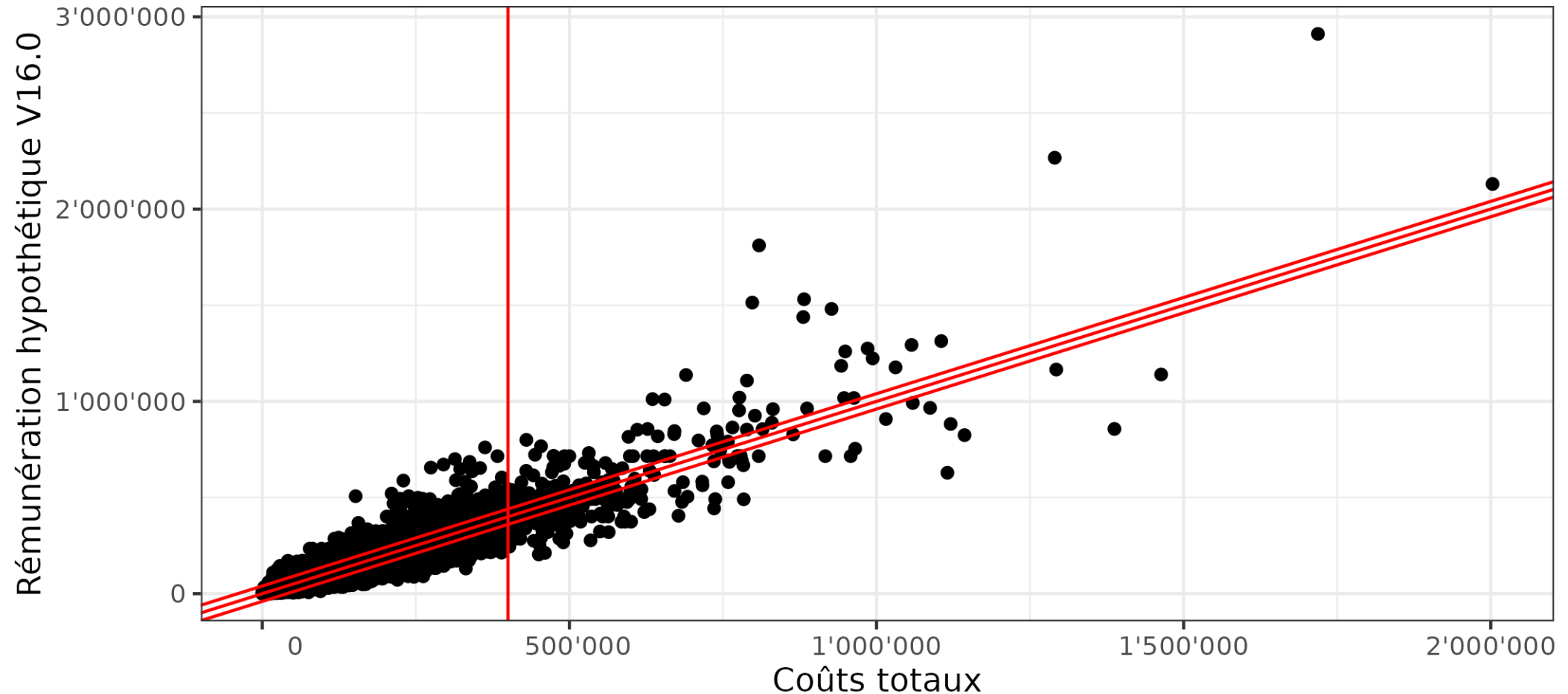


Cas à coûts élevés (coûts > 400'000 CHF) : 303
Nombre de cas déficitaires avec coûts élevés : 139
Nombre de cas bénéficiaires avec coûts élevés : 97

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

Cas à coûts élevés

Déficit/Bénéfice > CHF 30'000



Cas à coûts élevés (coûts > 400'000 CHF) : 303
Nombre de cas déficitaires avec coûts élevés : 149
Nombre de cas bénéficiaires avec coûts élevés : 107

Volumes déficitaires : 17.8 Mio. CHF
Volumes bénéficiaires : 18.7 Mio. CHF

Cas à coûts élevés

Comparaison

	Déficit/Bénéfice > CHF 40 000	Déficit/Bénéfice > CHF 30 000
Nombre de cas à coûts élevés	303	303
Nombre de cas à déficit élevé	139	149
Nombre de cas à bénéfice élevé	97	107
Volumes déficitaires	17.4 Mio CHF	17.8 Mio CHF
Volumes bénéficiaires	18.4 Mio CHF	18.7 Mio CHF

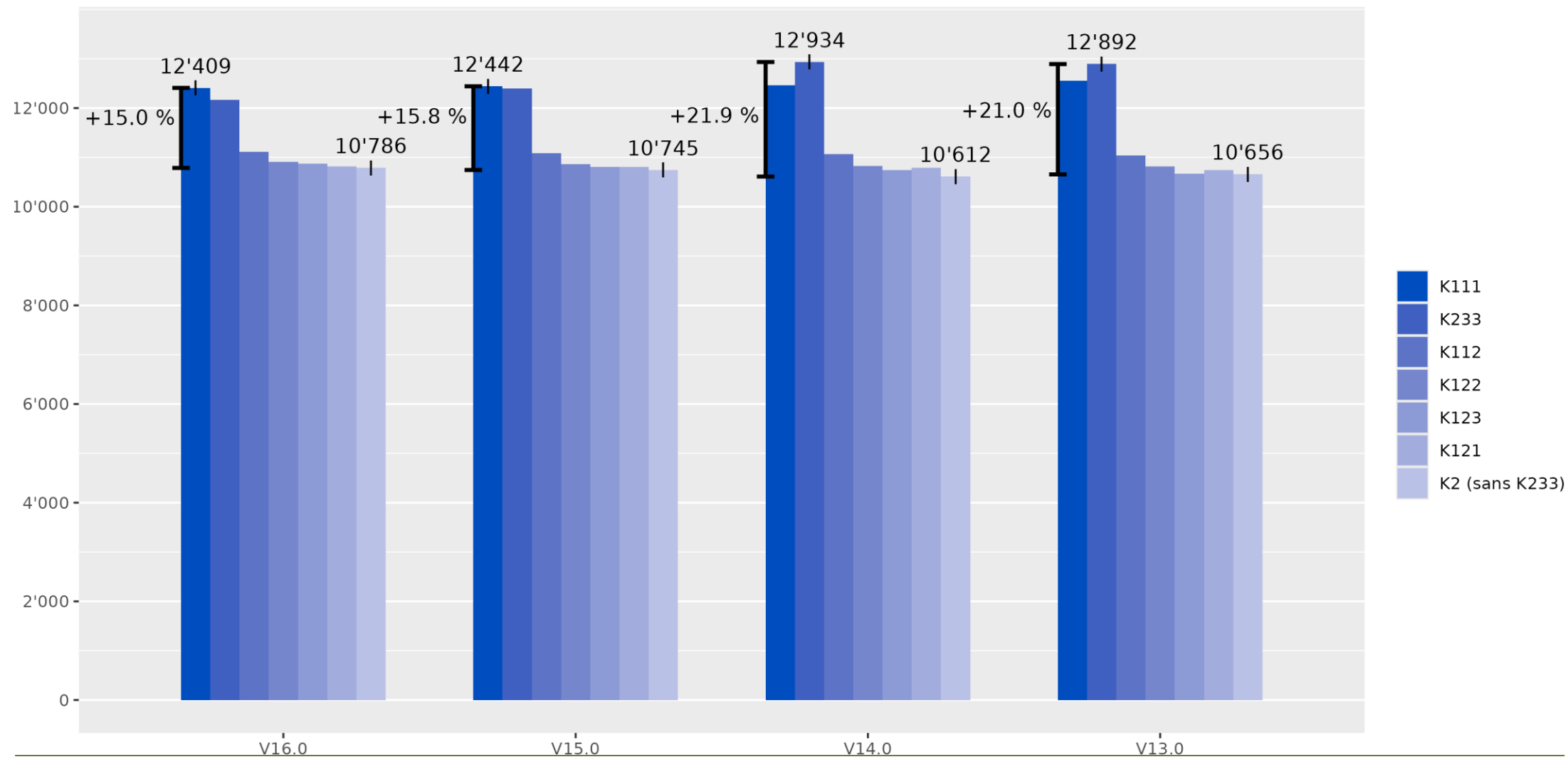
Cas à coûts élevés

Répartition

- 303 cas à coûts élevés
 - 0.027% du total des cas
 - un cas sur 3700 cas
- 4 cas sur 5 des cas à coûts élevés présentent un profit/déficit supérieur à 40 000 CHF
- 75% à coûts élevés sont des High Outlier
- 9 cas sur 10 à coûts élevés sont issus du pré-MDC
- les coûts dans les DRG évalués plus hauts se répartissent généralement plus largement que dans les DRG évalués plus bas
- la probabilité (en termes absolus) d'être rémunérée trop faiblement ou trop fortement augmente avec les coûts totaux

Coûts standardisés par cas selon la typologie

Effets de version



Un grand merci pour votre attention !

SwissDRG SA

Länggassstrasse 31
3012 Berne

 +41 (0)31 310 05 50

e-mail: info@swissdrg.org