



Modifications de la version SwissDRG 16.0 par rapport à la version 15.0

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

Table des matières

1	Collecte des données	4
1.1	Adaptation du codage médical	4
1.2	Saisie des substances et médicaments onéreux.....	4
1.3	Relevé détaillé.....	4
2	Traitement des données	5
2.1	Données de coûts	5
2.2	Correction sur la base des composantes de coûts	5
2.3	Examen de la plausibilité des cas.....	5
2.4	Qualité des données du relevé détaillé	6
3	Développement du Grouper.....	7
3.1	Aperçu des axes de développement de la version 16.0	7
3.1.1	Traumatisme multiple	7
3.1.2	Brûlures sévères	8
3.1.3	Réadaptation précoce	9
3.1.4	Pédiatrie	9
3.1.5	Médecine intensive	10
3.1.6	Médecine palliative	12
3.1.7	Matrice CC	13
3.1.8	Adaptation de la méthode de calcul	13
3.2	Révision de la classification DRG	14
3.2.1	Restructurations inter-MDC – pré-MDC.....	14
3.2.2	Autres restructurations inter-MDC	14
3.2.3	Pré-MDC	17
3.2.4	MDC 01 Maladies et troubles du système nerveux	18
3.2.5	MDC 02 Maladies et troubles de l'œil.....	20
3.2.6	MDC 03 Maladies et troubles de l'oreille, du nez, de la bouche et de la gorge	20
3.2.7	MDC 04 Maladies et troubles des organes respiratoires	21
3.2.8	MDC 05 Maladies et troubles de l'appareil circulatoire.....	23
3.2.9	MDC 06 Maladies et troubles des organes digestifs	28
3.2.10	MDC 07 Maladies et troubles du système hépatobiliaire et du pancréas	32
3.2.11	MDC 08 Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	32
3.2.12	MDC 09 Maladies et troubles de la peau, du tissu sous-cutané et de la glande mammaire	37
3.2.13	MDC 10 Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques.....	40
3.2.14	MDC 11 Maladies et troubles des organes urinaires	40
3.2.15	MDC 12 Maladies et troubles des organes génitaux masculins.....	41
3.2.16	MDC 13 Maladies et troubles des organes génitaux féminins.....	41
3.2.17	MDC 14 Grossesse, naissance et suites de couches.....	42
3.2.18	MDC 15 Nouveau-nés.....	43
3.2.19	MDC 17 Néoformations hématologiques et solides	43
3.2.20	MDC 19 Maladies et troubles psychiques	45
3.2.21	MDC 21A Traumatisme multiple	46
3.2.22	MDC 21B Blessures, empoisonnements et effets toxiques dus aux drogues et médicaments	46
3.2.23	MDC 22 Brûlures.....	46

3.2.24	MDC 23 Facteurs influant sur l'état de santé et autre mise à contribution de la santé publique.....	47
3.2.25	Rémunérations supplémentaires- nettoyage des coûts	47
3.2.26	Rémunérations supplémentaires - Modifications	47
4	Méthode de calcul	50
4.1	Détermination des cost-weights.....	50
4.2	Calcul de la valeur de référence	50
4.3	Calcul des suppléments et réductions	50
ANNEXE A : Chiffres-clés concernant le développement du système		51
	Base des données	51
	Nombre de DRG	52
	Qualité du système.....	53

Introduction

Le présent document fait état des changements qui ont été entrepris entre la version 16.0 (données de 2024) et la version 15.0 (données de 2023) dans le processus de traitement pour la création de la structure tarifaire. Les changements concernent la collecte et le traitement des données ainsi que le calcul des cost-weights et les chiffres-clés correspondants. Ce document s'entend comme un complément comparatif aux documents qui ont été transmis pour l'autorisation tarifaire de la version SwissDRG 16.0. Les données détaillées concernant les différents points peuvent être consultées dans les documents respectifs.

1 Collecte des données

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

- Adaptation aux instruments de codage en vigueur en 2024.
- Perfectionnement continu du relevé détaillé des coûts pour les médicaments onéreux, les implants, les procédés, les produits sanguins et autres procédures.
- Vous trouverez de plus amples informations sur la collecte des données dans le document « *Documentation SwissDRG du relevé 2025* ».

1.1 Adaptation du codage médical

Les classifications suivantes étaient en vigueur pour l'année des données 2024 :

- CIM-10-GM 2022
- CHOP 2024

1.2 Saisie des substances et médicaments onéreux

La « *Liste des médicaments/substances à relever dans la statistique médicale* » a été modifiée concernant les données 2024 par l'ajout ou le retrait de certaines substances.

1.3 Relevé détaillé

La liste des médicaments, implants et procédures à coûts élevés du relevé détaillé a été adaptée. La plupart des adaptations concernaient l'alignement des codes CHOP consultés à la nouvelle version. De nouveaux codes CHOP ont été ajoutés ponctuellement dans le relevé détaillé ou supprimés de celui-ci en raison de la procédure de demande. L'onglet fabrications en interne a été ajouté pour le domaine des soins aigus stationnaires, afin de collecter des données notamment sur les produits fabriqués en interne, tels que les TIL ou les radioligands.

Les rémunérations supplémentaires ont été perfectionnées à l'aide des données de coûts de l'année 2024. En outre, les données relatives au prix des médicaments ont été rendues plausibles à l'aide des listes des spécialités (LS) de 2025 et 2026.

Pour l'année des données 2024, un nombre légèrement plus élevé d'hôpitaux a transmis des informations à SwissDRG SA dans le domaine des médicaments onéreux. En revanche, le nombre d'hôpitaux ayant transmis des données concernant les implants onéreux et les procédures a légèrement diminué, tout en restant supérieur au niveau observé pour l'année des données 2022. SwissDRG SA continue à avoir besoin de la transmission des informations détaillées pour garantir le perfectionnement des rémunérations supplémentaires sur la base des données.

2 Traitement des données

Le processus de traitement des données est présenté dans le document « *Directives données 2024* », partie B. Le processus a été légèrement révisé par rapport à la version précédente. Comme les années précédentes, l'examen de la plausibilité des cas a été adapté aux nouvelles classifications et perfectionné.

2.1 Données de coûts

Les hôpitaux ont pu fournir les données de coûts de 2024, comme l'année précédente, dans le format à 80 colonnes (fichier des coûts par cas) ou dans le format SpiGes. En vue du traitement ultérieur, les données au format SpiGes ont été converties dans le format utilisé jusqu'à présent. Cette solution transitoire a été appliquée uniquement pour l'année de données 2024.

2.2 Correction sur la base des composantes de coûts

Comme dans la version précédente, les coûts dans la version 16.0 ont été ajustés exclusivement sur la base des différentes composantes des coûts. Concrètement, cela signifie que le montant à corriger n'est pas déduit des coûts totaux, mais que les coûts sont corrigés là où ils ont été réellement encourus. Comme les coûts totaux sont constitués de la somme des différentes composantes de coûts, cette correction a également un impact sur les coûts totaux. Cela garantit une meilleure comparabilité des composantes de coûts, puisque, par exemple, les coûts pour les rémunérations supplémentaires sont corrigés directement sur les composantes de coûts concernées (par exemple, les médicaments, les implants).

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

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

2.3 Examen de la plausibilité des cas

Dans le cadre de la livraison des données 2025 (données 2024), les données de chaque hôpital ont été soumises à un examen de plausibilité afin de détecter les erreurs systématiques dans la saisie des données et d'identifier les cas probablement incorrects. Les résultats des tests ont été mis à la disposition des hôpitaux via une interface sécurisée et spécifique à chaque hôpital. Le retour rapide d'informations aux hôpitaux permet d'apporter les corrections éventuellement nécessaires de cas ainsi qu'une nouvelle livraison dans le délai normal de livraison et contribue ainsi à l'amélioration de la qualité des données. En outre, la fonction commentaire permet aux hôpitaux de fournir des explications sur les cas signalés. La fonction commentaire a été utilisée dans plus de 45 000 cas. SwissDRG SA cherche régulièrement à avoir des discussions approfondies avec les différents hôpitaux pour parler des problèmes systématiques et pour les sensibiliser à la qualité des données livrées.

2.4 Qualité des données du relevé détaillé

De manière générale, pour pouvoir utiliser un relevé détaillé reçu, il faut également disposer d'au moins un cas de cet hôpital afin de prendre en compte ce prix dans le calcul. Du côté de SwissDRG SA, les relevés détaillés concernant les médicaments sont vérifiés afin de s'assurer que les informations détaillées correspondantes sont également disponibles pour tous les cas livrés avec des médicaments et vice versa. Malheureusement, cela n'est pas possible pour les implants, car ceux-ci ne peuvent pas toujours être affectés spécifiquement à des codes CHOP. On note également que certaines prestations ne sont proposées que par très peu d'hôpitaux. Les procédures requièrent un calcul complexe des coûts à l'hôpital, et il est complexe pour de nombreux hôpitaux de fournir ce travail dans la qualité souhaitée.

Dans le cas des médicaments, il faut également mentionner que bon nombre des rémunérations supplémentaires correspondent au prix de la liste des spécialités (LS) et que de nombreux hôpitaux affichent également ce prix. L'utilisation des prix de la LS est indiquée dans le document sur le détail des rémunérations supplémentaires. En outre, le document contient, en plus des données détaillées, d'autres mesures de répartition statistiques (quantiles, moyenne, écart-type) des données de prix livrées. En raison de l'adaptation régulière de la liste des spécialités, les prix en vigueur lors du relevé ne sont plus obligatoirement actuels. Pour cette raison, les prix livrés sont comparés plusieurs fois à la liste des spécialités. Dans certains cas, les prix de la version précédente (version 15.0) ont été pris en compte pour le calcul s'il n'y avait que peu de données.

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

3 Développement du Grouper

3.1 Aperçu des axes de développement de la version 16.0

Concernant les axes de développement, on notera en particulier l'examen et la représentation améliorée des cas très coûteux. Cela concerne notamment les cas de figure avec un « *Traumatisme multiple* », des « *Brûlures sévères* » ou une « *Réadaptation précoce* ».

Le perfectionnement dans le domaine de la « *Pédiatrie* » s'est poursuivi, et l'attribution des cas avec un « *Traitement complexe de soins intensifs ou de soins intermédiaires* » a également été révisée.

De plus, la représentation des patients avec un « *Traitement complexe de médecine palliative* » a de nouveau été analysée sur la base des données de l'année 2024 et la méthode de calcul pour les « *DRG implicites d'un jour d'hospitalisation* » a été perfectionnée après un contrôle approfondi.

3.1.1 Traumatisme multiple

Dans les versions précédentes, la MDC 21A « *Traumatisme multiple* » avait déjà fait l'objet d'une révision approfondie. Les analyses des données 2024 ont montré que la fonction « *Traumatisme multiple* » ne présentait plus un degré de séparation suffisant. Alors que certains cas étaient nettement sous-rémunérés, d'autres cas, sans intervention significative ou avec une durée de séjour très courte, remplissaient néanmoins cette fonction et se révélaient sur-rémunérés.

Il est également apparu qu'au sein de cette fonction figuraient en partie des codes CIM non spécifiques et qu'il existait des chevauchements entre certains codes CIM dans les tableaux des diagnostics secondaires traumatiques. C'est pourquoi la logique de la fonction « *Traumatisme multiple* » a été entièrement revue et les tableaux des diagnostics principaux et secondaires traumatiques ont été corrigés. Au total, environ 1 000 codes CIM ont été examinés, dont 813 ont fait l'objet d'une nouvelle évaluation.

- De plus, une nouvelle fonction « *Traumatisme multiple sévère* » a été établie. Pour remplir à cette nouvelle fonction, les cas doivent présenter un diagnostic principal ainsi que plus de trois diagnostics secondaires traumatiques avec différentes localisations.
- La nouvelle fonction a été incluse dans le DRG de base A11 « *Traitement complexe de soins intensif >196/552 points avec situations complexes ou ... traumatisme multiple sévère* » ainsi qu'en tant que critère de split dans le DRG A07A « *Interventions hautement complexes ou traitement complexe de soins intensifs > 2940/3680 points ou ... traumatisme multiple sévère* ».
- La fonction existante « *Traumatisme multiple* » a pu être revalorisée au sein de la pré-MDC dans le DRG A07B, dans le DRG de base A11 avec des conditions supplémentaires, ainsi que dans le DRG de base A46 « *Traitement complexe du patient paraplégique* ».
- Dans la partition opératoire de la MDC 21A, les cas nécessitant beaucoup de ressources, avec la fonction globale « *Procédures opératoires particulières en plusieurs temps* », ont été revalorisés dans le DRG W01E.
- Dans la partition médicale de la MDC 21A, les cas avec plus d'un jour d'hospitalisation et avec une procédure médicale ont pu être revalorisés dans le DRG W61B.
- Suite à la correction des tableaux, certains cas ne remplissaient plus la fonction « *Traumatisme multiple* » et sont désormais représentés dans les MDC par organe correspondantes. Les déplacements de cas inappropriés ont été compensés par d'autres restructurations au sein des MDC concernées. Ces restructurations sont mentionnées dans les MDC correspondantes.

3.1.2 Brûlures sévères

À la suite des demandes soumises ainsi que de cas de figure remarquables, la représentation des cas de brûlures a fait l'objet d'un examen approfondi, notamment en ce qui concerne les cas très complexes dans les centres des grands brûlés en Suisse.

D'une part, les deux fonctions globales « *Brûlures les plus sévères* » et « *Brûlures sévères* » ont été révisées pour la version 16.0.

- La fonction révisée « *Brûlures les plus sévères* » dans le DRG de base A06 « *Traitement complexe de soins intensifs > 2352/2484 points avec situations très coûteuses...* » a été désormais liée à la logique « *and LOS > 1* ». Les cas avec des « *Brûlures couvrant plus de 40 % de la surface du corps et un séjour de plus d'un jour* » sont désormais regroupés dans le DRG A06B. En raison de la révision de la fonction, des cas qui ne remplissaient pas auparavant les conditions sont désormais regroupés dans le DRG A06A.
- La fonction « *Brûlures sévères* » a pu être établie dans le DRG de base A07 « *Traitement complexe de soins intensifs > 1470/2208 points ou traitement complexe en U-IMC > 3430/3680 points...* » en combinaison avec un « *PCCL > 5* ». Les cas avec un diagnostic « *Brûlures de degré 2a, 2b, 3 avec procédures opératoires particulières en plusieurs temps* » sont revalorisés dans le DRG A07A. De plus, pour le DRG A07A « *Traitement complexe de soins intensifs > 1176/1380 points* », la condition « *Procédures opératoires particulières en quatre temps* » a été remplacée par la fonction « *Procédures opératoires particulières en plusieurs temps* ».
- Les brûlures avec « *Traitement complexe de soins intensifs > 784/828 points* » sont désormais regroupées dans le DRG de base A07. Les cas avec un « *Traitement complexe de soins intensifs > 392/552 points* » sont désormais également attribués au DRG de base A36 « *Traitement complexe de soins intensifs > 392/552 points* ». Suite à ces restructurations, les cas très complexes et coûteux ont pu être représentés de manière adéquate à l'aide des données.
- Les travaux sur l'ensemble des MDC ont porté sur la correction des tableaux avec les codes CHOP 86.88.- « *Couverture temporaire de tissu mou par..., étendue, ...* », 86.8A.- « *Couverture de tissu mou et remplacement de la peau par..., étendue, ...* », 86.6C. – « *Remplacement permanent de la peau par..., étendu, ...* ». Ces procédures ont été mises au même niveau dans la structure tarifaire. Le code CHOP 86.A1.12 « *Nécrosectomie épifasciale ou excision tangentielle après brûlure/lésion corrosive* » a été revalorisé dans différents tableaux.
- Au sein de la MDC 22, le DRG de base Y02 « *Autres brûlures avec transplantation de peau ou intervention particulière ou intervention en quatre temps...* » a fait l'objet d'une révision approfondie. D'autres splits de degré de gravité ont pu être établis pour les DRG Y02A et Y02B. Il existe désormais de nouvelles logiques relatives aux « *Débridements/couverture de tissu mou* » en plusieurs temps au cours d'un même séjour pour les DRG Y02B/Y02C/Y02D.
- Dans la partition médicale, pour le DRG Y63 d'un jour d'hospitalisation « *Brûlures, un jour d'hospitalisation* » un nouveau DRG a pu être ajouté. Dans le DRG Y63A sont regroupés les cas avec « *Brûlures multiples* » ou « *Couverture de tissu mou/Remplacement de la peau étendu* » ou « *Âge < 2 ans* » ou « *TC de SI > 65/59 points* » ou les cas qui ont été « *transférés* ».

Les séquelles tardives d'une brûlure sont souvent des cicatrices hypertrophiques, qui apparaissent au fil du temps et sont corrigées chirurgicalement. Ces cas n'étaient pas représentés de manière adéquate dans les données 2024.

- En conséquence, au sein de la MDC 09 « *Maladies et troubles de la peau, du tissu sous-cutané et de la glande mammaire* », dans le DRG de base J10 « *Opérations de chirurgie plastique au...* », les conditions « *Transplantations de peau* » et « *Séquelles de brûlures...* » ont été établies. Ces cas sont désormais représentés dans le DRG J10B de manière à couvrir les coûts.

3.1.3 Réadaptation précoce

Dans le cadre du développement de la version 16.0, la représentation des cas de réadaptation précoce a été vérifiée pour l'ensemble des MDC. Depuis janvier 2024, la réadaptation précoce est rémunérée exclusivement selon la structure tarifaire SwissDRG pour les hôpitaux et les cliniques de réadaptation disposant d'un mandat de prestations en matière de réadaptation précoce. Cela a permis, pour la première fois, à partir des données 2024, de réaliser une analyse complète de la représentation.

- Dans les fonctions globales « *Réadaptation précoce, à partir de 7 jours de traitement* » et « *Réadaptation précoce, à partir de 14 jours de traitement* », sont représentés les codes CHOP 93.8C.1- « *Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce, selon le nombre de jours de traitement* », ainsi que les codes CHOP 93.86 « *Réadaptation précoce interdisciplinaire selon le nombre de jours de traitement* ». Il est apparu que les ressources nécessaires à la réadaptation précoce multidisciplinaire ne diffèrent que très peu de celles requises pour la réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce. C'est pourquoi une représentation des deux types de réadaptation précoce dans la pré-MDC a été examinée et, finalement, la « *Réadaptation précoce multidisciplinaire* » a été mise au même niveau, dans le DRG de base A07, de la « *Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce* » dans les conditions de split déjà existantes.
- Jusqu'à présent, les cas avec une « *Réadaptation précoce* » et une attribution à la MDC 01 dans le DRG de base A90 étaient exclus et regroupés dans la MDC 01 du DRG de base B90. Cette exclusion a été supprimée, de sorte que tous les cas avec une « *Réadaptation précoce, à partir de 7 jours de traitement* » sont désormais représentés sans autres conditions dans le DRG A90C. Les cas avec une « *Réadaptation précoce, à partir de 14 jours de traitement* » sont regroupés sans autres conditions dans le DRG A90B.
- De plus, les revalorisations suivantes ont pu être effectuées :
 - « *Réadaptation précoce, à partir de 7 jours de traitement* »
 - DRG de base A11 : avec « *TC de SI >392/552 points* » ou « *Procédures opératoires particulières en plusieurs temps* » ou « *Traumatisme multiple avec procédures opératoires particulières* »
 - DRG A11B : avec « *TC de SI > 980/1380 points* »
 - DRG A90A : avec « *TC en U-IMC chez l'adulte > 1104 points* »
 - DRG A90B : avec « *Procédures opératoires particulières* »
 - « *Réadaptation précoce, à partir de 14 jours de traitement* »
 - DRG A11B : avec « *Procédure opératoire* »
- Ces restructurations permettent d'obtenir une représentation adéquate de la réadaptation précoce, indépendamment du fait que celle-ci ait été réalisée à la suite d'un traitement aigu ou en tant que traitement isolé.

3.1.4 Pédiatrie

La représentation de la médecine pédiatrique est systématiquement vérifiée chaque année et adaptée si nécessaire. Dans de nombreux groupes de cas au sein de 10 MDC, un nouveau split pédiatrique a été établi ou un split existant a été révisé. Dans la mesure du possible, la limite d'âge pour les splits pédiatriques a été fixée à « *Âge < 18 ans* » afin de garantir une délimitation uniforme entre adultes et enfants.

- Pré-MDC :
 - DRG A15A → « *Âge < 18 ans* »
- MDC 04 :
 - DRG E77B → « *Âge < 16 ans avec diagnostics particuliers* »
 - DRG E05A → « *Âge < 16 ans* »
- MDC 05 :

- DRG F03C → « Âge < 16 ans »
- DRG F06A → « Âge < 16 ans »
- DRG F59C → « Âge < 16 ans »
- MDC 06 :
 - DRG G16B → « Âge < 16 ans »
 - DRG G35A → « Âge < 16 ans »
 - DRG G60B → « Âge < 16 ans »
- MDC 08 :
 - DRG I02B → « Âge < 16 ans avec diagnostics particuliers »
 - DRG I10B → « Âge < 18 ans »
 - DRG I21B → « Âge < 16 ans »
 - DRG I23A → « Âge < 16 ans »
 - DRG I60B → « Âge < 6 ans »
- MDC 11 :
 - DRG L20A → « Âge < 10 ans »
 - DRG L20B → « Âge < 18 ans »
 - DRG L63A → « Âge < 16 ans avec diagnostics particuliers »
 - DRG L69A → « Âge < 16 ans »
- MDC 17 :
 - DRG R60A → « Âge < 18 ans »
 - DRG R61C → « Âge < 16 ans »
 - DRG R62A → « Âge < 18 ans »
- MDC 19 :
 - DRG U60B → « Âge < 12 ans »
- MDC 21A :
 - DRG W61B → « Âge < 16 ans »
- MDC 22 :
 - DRG Y02B → « Âge < 6 ans »
 - DRG Y63A → « Âge < 2 ans »

3.1.5 Médecine intensive

Sur la base des données de l'année 2024 pour toute la Suisse, les cas avec un court séjour en unité de soins intensifs et/ou de soins intermédiaires ont de nouveau été examinés et certains cas de figure ont été revalorisés. En outre, les cas avec des points de dépenses élevés ont pu être mieux placés dans les DRG de base B36 « *Maladies et troubles du système nerveux...* » et P37 « *Nouveau-né avec traitement complexe de soins intensifs...* ». Dans l'ensemble, une meilleure représentation a pu être obtenue tant pour les adultes que pour les nouveau-nés et les enfants dans plus de 14 MDC.

Traitement complexe de soins intensifs et traitement complexe en U-IMC chez le nouveau-né et l'enfant

Dans le prolongement des analyses déjà effectuées l'année dernière pour les nouveau-nés et les enfants, les codes CHOP pour le traitement complexe de soins intensifs ainsi que pour le traitement complexe en U-IMC chez le nouveau-né et l'enfant ont fait l'objet d'un examen approfondi. Il en résulte que les points de dépenses pour les nouveau-nés et les enfants ont pu être adaptés ou ajoutés dans les MDC/DRG suivants :

- MDC 01 :
 - DRG B64A → « TC de SI/ TC en U-IMC > 65 points »
 - DRG B20B → « TC de SI/ TC en U-IMC > 130 points »
- MDC 02 :

- DRG C86A → « TC de SI > 65 points »
- MDC 03 :
 - DRG D24A → « TC de SI > 65 points »
- MDC 05 :
 - DRG F49E → « TC de SI/ TC en U-IMC > 65 points »
- MDC 06 :
 - DRG G03A → « TC de SI > 130 points »
 - DRG G38A → « TC de SI/ TC en U-IMC > 130 points »
- MDC 08 :
 - DRG I08A → « TC de SI > 65 points »
 - DRG I12A, I32A → « TC de SI/ TC en U-IMC > 65 points »
 - DRG I06B, I29A → « TC de SI/TC en U-IMC > 65/190 points »
 - DRG I03A, I27A → « TC de SI > 130 points »
 - DRG de base I95, DRG I95A, DRG de base I87 → « TC de SI/TC en U-IMC > 130 points »
 - DRG I28A → « TC de SI/ TC en U-IMC > 130/196 points »
 - DRG I08B → « TC en U-IMC > 130 points »
- MDC 15 :
 - DRG de base P37 → « TC de SI > 3920 points »
- MDC 19 :
 - DRG U60A → « TC de SI/ TC en U-IMC > 65 points »
- MDC 22 :
 - DRG de base Y02, DRG Y02A, Y63A → « TC de SI > 65 points »
- MDC 23 :
 - DRG de base Z02 → « TC de SI/ TC en U-IMC > 130 points »

Traitement complexe de soins intensifs et traitement complexe en U-IMC chez l'adulte

- MDC 01 :
 - DRG de base B36, DRG B36C → « TC de SI > 184 points »
 - DRG B36A → « TC de SI > 828 points »
 - DRG B20B → « TC de SI/ TC en U-IMC > 119 points »
 - DRG B64A → « TC de SI/ TC en U-IMC > 59 points »
- MDC 02 :
 - DRG C86A → « TC de SI > 59 points »
- MDC 03 :
 - DRG D24A → « TC de SI > 119 points »
- MDC 04 :
 - DRG E05A, E06A → « TC de SI > 119 points »
- MDC 05 :
 - DRG F24A → « TC de SI > 119 points »
 - DRG F24B, F59B → « TC de SI/ TC en U-IMC > 119 points »
 - DRG F12B, F31C, F98D → « TC de SI/TC en U-IMC > 119/184 points »
 - DRG F98C → « TC de SI/ TC en U-IMC > 184/360 points »
- MDC 06 :
 - DRG G35A → « TC de SI > 360 points »
 - DRG G21A → « TC de SI/ TC en U-IMC > 119/184 points »
- MDC 08 :
 - DRG I06B, I08A, I10A, I23A, DRG de base I87 → « TC de SI > 119 points »
 - DRG I05B, I32B → « TC de SI/ TC en U-IMC > 119 points »
 - DRG I29A, I32A → « TC de SI/TC en U-IMC > 119/184 points »
 - DRG I03A, I27A, I15A → « TC de SI > 184 points »

- DRG I05A → « TC de SI/ TC en U-IMC > 184 points »
- DRG I28A → « TC de SI/ TC en U-IMC > 184/360 points »
- DRG I66A → « TC en U-IMC > 119 points »
- DRG I95A → « TC en U-IMC > 360 points »
- MDC 11 :
 - DRG L20A → « TC de SI > 119 points »
 - DRG L20B → « TC en U-IMC > 119 points »
- MDC 17 :
 - DRG R61C → « TC de SI/ TC en U-IMC > 119 points »
- MDC 19 :
 - DRG U64A → « TC de SI/ TC en U-IMC > 59 points »
 - DRG U60A → « TC en U-IMC > 59 points »
- MDC 21B :
 - DRG W61B → « TC de SI/ TC en U-IMC > 119/184 points »
- MDC 22 :
 - DRG Y63A → « TC de SI > 59 points »

3.1.6 Médecine palliative

L'établissement d'une rémunération supplémentaire pour le « *Traitement complexe de médecine palliative* » et pour les « *Soins palliatifs spécialisés* » a de nouveau été examiné sur la base des données de l'année 2024. Au total, les données recensaient 8 276 cas présentant soit un code CHOP du groupe 93.8A.2* (traitement complexe de médecine palliative), soit un code CHOP du groupe 93.8B.2* (soins palliatifs spécialisés). Le taux de couverture de ces cas était en moyenne de 98,32 %. 1 498 cas de soins palliatifs provenant des hôpitaux universitaires n'ont pas été représentés de manière à couvrir les coûts.

Les analyses des données 2024 ont montré qu'une rémunération supplémentaire différenciée pour le « *Traitement complexe de médecine palliative* » et les « *Soins palliatifs spécialisés* » est possible.

Sur la base des données de l'année 2024, une rémunération supplémentaire journalière a été calculée tant pour le « *Traitement complexe de médecine palliative* » que pour les « *Soins palliatifs spécialisés* ». L'application de cette rémunération supplémentaire a été testée dans un espace de travail de simulation dans lequel le DRG de base A97 a été supprimé.

Il a ainsi été possible de comparer la rémunération selon la structure tarifaire (DRG A97) à la rémunération supplémentaire. Il est apparu que la situation actuelle en matière de rémunération des cas de soins palliatifs dans les hôpitaux universitaires se détériorerait avec l'introduction de la rémunération supplémentaire calculée. La structure des coûts des cas de soins palliatifs examinés ne permet pas de justifier une augmentation significative de la rémunération supplémentaire simulée. De plus, une rémunération supplémentaire nettement plus élevée conduirait à une sur-rémunération importante de la plupart des cas de soins palliatifs. Cela créerait des incitations inopportunes considérables.

Par conséquent, SwissDRG SA conclut que la rémunération par le biais d'une rémunération supplémentaire, même en distinguant clairement les « *Soins palliatifs spécialisés* » et les « *Traitement complexe de médecine palliative* », n'améliore pas la représentation des cas universitaires et n'est donc pas efficace. C'est pourquoi les cas de soins palliatifs continueront d'être rémunérés selon la structure tarifaire comme jusqu'à présent.

Dans le cadre des analyses relatives à l'introduction d'une rémunération supplémentaire, des cas sous-rémunérés de la MDC 17 avec un traitement complexe de médecine palliative à partir de 7 jours de traitement ont également été identifiés au sein du DRG de base A97.

- Les cas des DRG R01A « *Interventions opératoires pour néoformations hématologiques et solides...* » et R60A « *Leucémie myéloïde aiguë, ...* » sont exclus du DRG de base A97

« *Traitement complexe de médecine palliative, à partir de 7 jours de traitement* » et sont regroupés dans la MDC 17.

- Les cas avec des soins palliatifs du DRG R60B sont revalorisés dans le DRG A97A, ceux du DRG R01B dans le DRG A97B et ceux du DRG R01C dans le DRG A97D.
- Dans le catalogue CHOP 2024, les codes 93.8A.2– « *Traitement complexe en médecine palliative* » et 93.8B.2– « *Soins palliatifs spécialisés avec prestation supplémentaire...* » ont fait l'objet d'une différenciation supplémentaire pour moins de 7 jours de traitement.
- En dehors du DRG de base A97, le code CHOP 93.8B.27 « *Soins palliatifs spécialisés avec prestation supplémentaire de traitements, au moins 4 à 6 jours de traitement* » a été revalorisé dans les DRG B66A, D60A, E71B, G60B, H61A et J62A.

3.1.7 Matrice CC

Les travaux concernant la matrice CCL, les tableaux d'exclusion et les splits par PCCL se sont poursuivis de manière conséquente pour la version 16.0.

Lors du développement de la structure tarifaire pour la version 15.0, on a déjà constaté une représentation incohérente des codes CIM pour les « *Néoformations malignes* » et les « *Néoformations secondaires* » dans la matrice CC. L'intégration de tous les codes CIM manquants et leur mise à niveau dans la matrice CC ont déjà été vérifiées sur la base des données de l'année 2023. Sur cette base, ces travaux ont été à nouveau vérifiés sur la base des données de l'année 2024 et mis en œuvre de manière définitive. Cela a entraîné de nombreux nouveaux ajouts, ainsi que des revalorisations et dépréciations de codes CIM au sein de la matrice CC.

Les nouvelles données et les nombreux conseils des utilisateurs ont conduit à une représentation encore plus différenciée des cas coûteux. Au total, 229 codes CIM ont été ajoutés à la matrice CC, dont beaucoup dans plus de trois DRG de base, tandis que 19 codes ont été supprimés. Par ailleurs, 35 codes CIM ont été revalorisés au sein de la matrice CC, 18 codes CIM ont été dépréciés et 96 codes CIM ont connu une revalorisation et une dépréciation spécifiques aux DRG.

La logique des degrés de gravité a également été perfectionnée : au total, 29 splits par PCCL ont été établis ou révisés - dont 15 splits nouvellement introduits et 14 avec des adaptations ciblées. Trois splits par PCCL ont été supprimés en raison de l'absence de séparation des coûts dans les données 2024, afin d'augmenter encore le degré de séparation de la logique. Les suppressions de splits par PCCL liées à des fusions de DRG de base ou de DRG ne sont pas prises en compte.

Dans le cadre de la procédure de demande, 51 demandes d'adaptation de la matrice CC ont été soumises au total. 23 demandes ont été largement mises en œuvre et 22 ont dû être rejetées. Six demandes ont été considérées comme « *non calculables* », car elles concernaient, d'une part, des propositions de dépréciation de codes CIM qui n'étaient pas inclus dans la matrice CC ou qui avaient déjà été supprimés avec la version 15.0 et, d'autre part, des propositions de revalorisation de codes CIM qui ne pouvaient pas encore être prises en compte dans le codage de l'année de données 2024. Pour le codage de l'année 2024, le catalogue CIM-10-GM, version 2022, a été utilisé.

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

3.1.8 Adaptation de la méthode de calcul

Si la borne inférieure de la durée de séjour (BIS) d'un DRG spécifique est de deux jours et si l'ensemble de données de calcul comprend au moins 25 cas de ce DRG avec une durée de séjour d'un jour, on parle alors d'un « *DRG implicite d'un jour d'hospitalisation* ».

Dans de tels cas, la réduction était jusqu'à présent calculée sur la base de la différence entre les coûts moyens des inliers et les coûts médians des low-outliers. Le cost-weight effectif des cas avec une durée de séjour d'un jour correspondait donc à la médiane de leurs coûts totaux.

Dans le cadre de la procédure annuelle de demande, SwissDRG SA a été informée à plusieurs reprises de la sous-rémunération des low-outliers dans certains DRG d'un jour d'hospitalisation. Une telle situation peut par exemple se produire lorsque la répartition des coûts totaux des low-outliers au sein d'un DRG concerné est très inégale.

Afin d'atténuer le problème lié aux répartitions irrégulières, sans pour autant perdre les avantages liés à l'utilisation de la médiane en termes de robustesse face aux valeurs extrêmes, différentes approches ont été examinées. Finalement, une méthode a été retenue, qui ajuste la médiane de manière symétrique vers le haut et vers le bas, et permet ainsi de mieux tenir compte d'une distribution asymétrique.

À partir de la version 16.0, le cost-weight effectif des low-outliers d'un DRG implicite d'un jour d'hospitalisation i est déterminé comme suit :

$$effKGW_i^{CHF} = \frac{Med + Q20 + Q80}{3}$$

Où :

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

Cette modification de la méthode de calcul a entraîné une diminution de l'erreur quadratique moyenne (MSE), tant pour les cas concernés que pour l'ensemble des cas du jeu de données de calcul, et constitue ainsi une amélioration du système global.

3.2 Révision de la classification DRG

3.2.1 Restructurations inter-MDC – pré-MDC

Traitement gériatrique aigu

Un demandeur nous a demandé d'examiner la représentation de certains cas de la MDC 08 « *Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif* » et d'un traitement gériatrique aigu au sein du DRG de base A95 « *Réadaptation gériatrique aiguë à partir de 7 jours de traitement* ». En conséquence, les DRG suivants ont pu être revalorisés dans le DRG de base A95 :

- DRG I12A « *Infection/inflammation des os et des articulations avec différentes interventions sur l'appareil musculosquelettique et...* » dans le DRG A95B.
- DRG I12B, DRG I46A « *Implantation, remplacement ou révision d'une endoprothèse de hanche...* » et DRG I46B dans le DRG A95E.

3.2.2 Autres restructurations inter-MDC

Transplantation de tissu avec anastomose microvasculaire

Dans le cadre d'une demande, nous avons réalisé une analyse sur l'ensemble des MDC portant sur la représentation des « *Transplantations de tissu avec anastomose microvasculaire* » dans la structure tarifaire.

- Nous avons ainsi constaté des cas nécessitant beaucoup de ressources dans les MDC les plus diverses.
- En conséquence, le tableau « *Transplantation de tissu avec anastomose microvasculaire* » a pu être établi comme nouveau critère de split dans les DRG suivants :
 - MDC 01 : DRG de base B09, DRG B01A
 - MDC 06 : DRG G38A
 - MDC 08 : DRG I02B avec « *Traitement sous vide complexe* »

- MDC 13 : DRG de base N11
- MDC 17 : DRG R01B avec « *Dissection des ganglions cervicaux* »
- MDC 21B : DRG de base X01

Mesures d'isolement

La représentation des isolements a déjà été examinée de manière approfondie pour l'ensemble des MDC lors des dernières versions de SwissDRG. Dans le cadre de la procédure de demande 2025, nous avons à nouveau reçu deux demandes concernant l'examen d'une rémunération supplémentaire ou d'une revalorisation des différentes mesures d'isolement, en particulier de l'« *Isolement contre l'infection par gouttelettes* ».

- Nous avons réalisé à plusieurs reprises des analyses pour l'ensemble des MDC concernant les différentes mesures d'isolement.
- Il n'a de nouveau pas été possible d'établir une rémunération supplémentaire.
- Une utilisation supplémentaire de ressources liée au groupe de codes CHOP 99.84.2 – « *Isolement contre l'infection par gouttelettes, selon le nombre de jours de traitement* » – n'apparaissait pas clairement non plus dans les données de l'année 2024. Certains cas ont certes présenté des coûts plus élevés, mais ceux-ci étaient principalement imputables à une durée de séjour plus longue.
- En revanche, la consommation de ressources du groupe de codes CHOP 99.84.3 – « *Isolement contre l'infection par aérosol, selon le nombre de jours de traitement* » – a montré une augmentation similaire à celle du groupe de codes CHOP 99.84.1 – « *Isolement de contact, selon le nombre de jours de traitement* ».
- Ainsi, l'« *Isolement contre l'infection par aérosol* » a été mis au même niveau que l'« *Isolement de contact* » dans la structure tarifaire selon les jours de traitement et a été établi comme nouveau critère de split dans les DRG suivants :
 - « *Isolement de contact et contre l'infection par aérosol, à partir de 7 jours de traitement* »
 - MDC 04 : DRG E02A
 - MDC 06 : DRG G67A, G70A
 - MDC 09 : DRG J11A, J61B
 - MDC 16 : DRG Q60A
 - MDC 17 : DRG R60D, R61C
 - « *Isolement de contact et contre l'infection par aérosol, à partir de 14 jours de traitement* »
 - MDC 04 : DRG E76B, E77A
 - MDC 17 : DRG R61B
- Dans le cadre de ces analyses, le groupe de codes CHOP 99.84.5 – « *Isolement protecteur dans une chambre spéciale, selon le nombre de jours de traitement* » – a également été examiné. Ici aussi, une augmentation de la consommation de ressources similaire à celle observée pour les autres isolements pertinents pour le regroupement a été constatée dans certains DRG.
- Ainsi, l'« *Isolement protecteur dans une chambre spéciale, selon le nombre de jours de traitement* » a été mis au même niveau que l'« *Isolement de contact et contre l'infection par aérosol* » en fonction des jours de traitement dans la structure tarifaire et a en outre été revalorisé dans les DRG suivants :
 - « *Isolement protecteur dans une chambre spéciale, à partir de 14 jours de traitement* » :
 - MDC 17 : DRG de base R01, DRG R61B
 - « *Isolement protecteur dans une chambre spéciale, à partir de 21 jours de traitement* » :
 - Pré-MDC : DRG A15B avec « *Chimiothérapie moyennement ou hautement complexe* »
- Grâce à ces restructurations, il est possible d'obtenir une représentation adéquate des cas avec certains types d'isolement.

Situations coûteuses pour néoformation maligne

Dans le cadre de la procédure de demande, il a été signalé que, malgré la revalorisation de situations particulières et d'un tumor board, au cours des dernières années certains cas restent sous-rémunérés. Il a été demandé d'examiner à nouveau la représentation de la fonction globale « *Situations coûteuses pour néoformation maligne* » en tant que critère de split et, éventuellement, d'ajouter le code CHOP 89.93 « *Discussion interdisciplinaire de cas de tumeur (tumor board)* » dans d'autres fonctions globales. Lors des deux derniers développements de la structure tarifaire, la représentation du tumor board a déjà été examinée pour l'ensemble des MDC. Ces analyses ont également été répétées sur la base des données de l'année 2024.

- Les analyses ont mis en évidence de très petits groupes de cas, mais nécessitant beaucoup de ressources.
- L'ajout du code CHOP 89.93 dans d'autres fonctions globales s'est révélé non adéquate.
- Par contre, la fonction globale « *Situations coûteuses pour néoformation maligne* » a pu être revalorisée dans les DRG suivants :
 - Pré-MDC : DRG A97C
 - MDC 01 : DRG B20A
 - MDC 03 : DRG D02A
 - MDC 06 : DRG G35A, G60A
 - MDC 07 : DRG H01B, H12A
 - MDC 08 : DRG I54A
 - MDC 09 : DRG J61A
 - MDC 13 : DRG N01C

Implants individualisés

Pour la représentation des implants individualisés, l'introduction d'une rémunération supplémentaire séparée a été demandée. Cela a été justifié par un écart entre la rémunération forfaitaire par DRG et les coûts effectifs des implants. Plusieurs DRG dans différentes MDC sont concernés.

- L'introduction d'une rémunération supplémentaire séparée a été examinée, mais ne s'est toutefois pas révélée pertinente.
- Le code CHOP 00.9A.61 « *Utilisation d'implants spécifiques au patient, fabriqués en préopératoire ou en peropératoire par imagerie 3D* » a été ajouté dans le DRG B20B.
- Au sein du DRG D02, le nouveau DRG D02A, mieux évalué, a été introduit. Les cas sont regroupés dans ce DRG lorsque les codes suivants sont présents :
 - 00.9A.61 « *Utilisation d'implants, spécifiques au patient, fabriqués en préopératoire par imagerie tridimensionnelle* »
 - 00.9A.62 « *Utilisation d'implants, spécifiques au patient, adaptés en préopératoire par imagerie tridimensionnelle* »
 - 00.9A.64 « *Utilisation d'implants spécifiques au patient, fabriqués en préopératoire par imagerie 3D ainsi que par imprimante 3D* »
 - 02.05.10 « *Insertion d'un implant CAD au niveau des os de la boîte crânienne sans participation des os de la face, défaut simple* »
 - 02.05.11 « *Insertion d'un implant CAD au niveau des os de la boîte crânienne sans participation des os de la face, défaut important ou complexe* »
 - 02.05.20 « *Insertion d'un implant CAD au niveau des os de la boîte crânienne avec participation orbitaire, temporale ou frontale, jusqu'à 2 régions* »
 - 02.05.30 « *Insertion d'un implant CAD au niveau des os de la boîte crânienne avec participation de plusieurs régions de la face, 3 régions et plus* »
 - 76.43.12 « *Insertion d'implant CAD pour réparer un défaut mandibulaire important ou complexe* »

- 76.92.20 « Insertion d'un implant CAD au niveau des os de la face, sans participation de la boîte crânienne, jusqu'à 2 régions »
- 76.92.21 « Insertion d'un implant CAD au niveau des os de la face, sans participation de la boîte crânienne, 3 régions et plus »
- 76.92.31 « Insertion d'implant CAD pour réparer un défaut maxillaire important ou complexe »
- De plus, les cas sont regroupés dans le nouveau DRG D02A lorsque l'une des conditions suivantes est présente :
 - Fonction « Procédures opératoires complexes en plusieurs temps »
 - Fonction « Situations coûteuses pour néoformation maligne »
 - Ou lorsque les conditions du DRG de base D01 sont remplies en combinaison avec une « Transplantation de tissu avec anastomose microvasculaire ».

Monitoring neurophysiologique peropératoire

Pour la représentation de 00.94.31-33 « Monitoring neurophysiologique peropératoire, de plus de 4 heures jusqu'à plus de 8 heures », une demande de revalorisation concernant le DRG D24B « Plasties de la peau complexes et grandes interventions au niveau de la tête et de la gorge avec intervention combinée ou CC extrêmement sévères » a été déposée.

- Les codes CHOP suivants ont pu être revalorisés dans le DRG D24B, comme souhaité, à la suite de plusieurs examens :
 - 00.94.31 « Monitoring neurophysiologique peropératoire, de plus de 4 heures jusqu'à 8 heures »
 - 00.94.32 « Monitoring neurophysiologique peropératoire, de plus de 8 heures jusqu'à 12 heures »
 - Ainsi que 00.94.33 « Monitoring neurophysiologique peropératoire, de plus de 12 heures »
- De plus, les codes CHOP au sein de la MDC 01 ont également pu être représentés dans les DRG suivants :
 - DRG B01A « Procédures opératoires complexes en plusieurs temps ou interventions extracrâniennes et intracrâniennes pour maladies et troubles du système nerveux, avec traitement complexe de soins intensifs chez l'adulte > 184 points ou âge < 16 ans »
 - DRG B20A « Interventions intracrâniennes particulières ou complexes ou grande opération de la colonne vertébrale avec traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 130/119 points ou CC sévères, ou âge > 15 ans »
 - Ainsi que DRG B36C « Maladies et troubles du système nerveux avec traitement complexe de soins intensifs > 196/360 points », ici, en lien avec un faible nombre de points de dépense pour les soins intensifs pour les adultes (Chapitre 3.1.5 « Médecine intensive »).

3.2.3 Pré-MDC

Paraplégie

Malgré les adaptations déjà apportées dans les versions précédentes afin d'améliorer la représentation des cas paraplégiques, des cas coûteux, caractérisés par une longue durée de séjour et des coûts élevés, ont de nouveau été identifiés au sein du DRG de base A46, dont la consommation de ressources n'était pas encore suffisamment prise en compte dans la structure tarifaire existante. Il s'agit notamment de cas dans lesquels plusieurs interventions opératoires ont été réalisées à des moments différents. De plus, des cas avec un traumatisme multiple avec traitement complexe du

patient paraplégique ont également été identifiés. Les résultats de l'analyse ont permis de poursuivre le développement de la version 16.0.

- La fonction « *Procédures opératoires particulières en quatre temps* » a été ajoutée à la version 16.0 en tant que condition de split dans le DRG A46B.
- La fonction « *Traumatisme multiple* » a été ajoutée dans les critères de split des DRG A46B (dans situations particulières) et A46E.
- Par ailleurs, le diagnostic T83.5 « *Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse, un implant et une greffe de l'appareil urinaire* » constitue une complication fréquente dans les cas paraplégiques. Ce diagnostic secondaire entraîne une augmentation de la consommation de ressources. Il a donc été intégré, en combinaison avec les « *Procédures opératoires particulières* », dans les critères de split du DRG A46D, de manière équivalente par rapport aux diagnostics d'ulcère de décubitus.

3.2.4 MDC 01 Maladies et troubles du système nerveux

Les conditions de split « *CC sévères ou infarctus cérébral* » pour le DRG B04B ne se sont plus avérées être une caractéristique claire de séparation des coûts.

- Les DRG B04B et B04C ont été fusionnés pour former le DRG B04B « *Interventions sur les vaisseaux extracrâniens, fermeture de communication interauriculaire ou stimulateur cardiaque avec CC sévères ou lors d'un infarctus cérébral* ».

Dans le cadre du développement de la structure tarifaire, on a remarqué des cas sous-rémunérés dans le DRG B09D « *Autres interventions sur le crâne* ».

- La revalorisation du code CHOP pour « *Biopsie stéréotaxique du cerveau, de méninges cérébrales et de vaisseaux intracrâniens* » dans le DRG B09B a permis de revaloriser ces cas.
- Il est toutefois apparu que les autres conditions de split du DRG B09B ne présentaient plus de caractéristiques de séparation des coûts par rapport au DRG B09C.
- Les DRG B09B et B09C ont été fusionnés pour former le DRG B09B.

Les analyses ont révélé que les conditions de split du DRG B20A ne convenaient plus comme caractéristique de séparation des coûts.

- L'ancien DRG B20A a été supprimé et la condition de split « *TC de SI/TC en U-IMC > 196/184 points* » a été intégrée dans le nouveau DRG B20A.
- D'autres restructurations dans le DRG de base B20 sont mentionnées au chapitre 3.2.2.

Selon un demandeur, les cas avec une stimulation du nerf hypoglosse dans le traitement de l'apnée du sommeil sont sous-rémunérés dans le DRG de base B21 « *Implantation d'un neurostimulateur ou d'électrodes* ». Les nouvelles conditions de split introduites avec la version 15.0 pour les neurostimulations rechargeables ne s'appliquent pas à ce type de traitement, raison pour laquelle une revalorisation au sein du DRG de base B21 a été demandée.

- La sous-rémunération de ces cas était clairement visible.
- Une nouvelle condition de split a été établie avec le groupe de codes CIM G47.3 – « *Syndrome d'apnée du sommeil* » et les codes CHOP 03.9A.1 – « *Implantation ou remplacement d'un neurostimulateur pour neurostimulation épidurale, ...* » et 04.95.1 – « *Implantation ou remplacement d'un neurostimulateur pour neurostimulation périphérique, ...* » pour le DRG B21C.
- Ces cas bénéficient ainsi d'une revalorisation.

Dans le cadre des analyses, nous avons identifié des cas nécessitant beaucoup de ressources dans les DRG de base B01 et B02, qui n'étaient pas rémunérés de manière appropriée.

- L'ajout de la fonction globale « *Procédures opératoires complexes* » pour le DRG B36C nous a permis d'obtenir une représentation adéquate de ces cas complexes.

À la suite d'analyses, nous avons identifié des groupes de cas hétérogènes au sein du DRG de base B63 « *Démence et autres troubles chroniques de la fonction cérébrale* ».

- Le split par PCCL et l'acte diagnostique neurologique complexe ne se sont plus révélés être des séparateurs de coûts appropriés.
- Ainsi, les DRG B63A et B63B ont été fusionnés pour former le DRG B63Z.
- Cela entraîne certes une diminution du cost-weight du DRG, mais les cas reçoivent plus tôt un supplément pour les high-outliers.

Au sein du DRG B69 « *Accident ischémique transitoire (AIT) et occlusion de vaisseaux extracrâniens* », le DRG B69A présentait un nombre de cas très faible dans les données 2024.

- Les DRG B69A et B69B ont été fusionnés pour former le DRG B69A.

Un demandeur a nous signalé un manque d'homogénéité au sein du DRG de base B70 « *Apoplexie* » et a demandé que d'autres split par PCCL soient examinées, notamment « *PCCL > 2* » et « *PCCL > 3* ».

- Les données ont confirmé un manque d'homogénéité des cas dans le DRG de base B70. De nouveaux split par PCCL, même en combinaison avec d'autres conditions, ne se sont toutefois pas révélés appropriés.
- Diverses analyses ont néanmoins mis en évidence que certaines conditions de split au sein du DRG de base B70 ne constituaient plus des caractéristiques de séparation des coûts, raison pour laquelle les DRG B70B et B70C ont été fusionnés pour former le DRG B70B.
- Ainsi, la qualité de la représentation des cas au sein du DRG de base B70 a pu être améliorée.

Dans le DRG de base B72 « *Infection du système nerveux sauf méningite virale* », il est apparu que le split par PCCL > 2 ne constituait plus une caractéristique de séparation des coûts appropriée.

- Le split par PCCL a été supprimé.

Les données de l'année 2024 ont révélé des manques d'homogénéité dans le DRG de base B76 « *Crises convulsives ou vidéo-EEG ou traitement complexe pour épilepsie à partir de 7 jours de traitement...* ».

- Certaines conditions de split ne se sont plus avérées être une caractéristique de séparation des coûts, ce qui a conduit à fusionner les DRG suivants :
 - DRG B76A et B76B en DRG B76A
 - DRG B76F et B76G supérieur en DRG B76D
 - DRG B76G inférieur et B76H en DRG B76E
- Ces fusions ont permis d'obtenir une représentation adéquate des cas dans le DRG de base B76.

Dans le cadre du développement de la structure tarifaire, on a remarqué des cas coûteux dans le DRG B85B.

- La réduction du split par PCCL à « *PCCL > 2* » a permis de revaloriser ces cas.

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

- Des analyses ont montré que même les cas avec un acte diagnostique neurologique complexe sont sous-rémunérés dans ce DRG de base.

- Les codes CHOP 99.A7 « *Diagnostic complexe de l'AVC aigu en stroke unit ou stroke center, jusqu'à 24 heures maximum* » et 99.A6.1 « *Diagnostic neurologique complexe, avec...* » ont ainsi été ajoutés comme nouvelle condition de split pour le DRG B86A.

3.2.5 MDC 02 Maladies et troubles de l'œil

Dans le DRG C86Z d'un jour d'hospitalisation « *Maladies et troubles de l'œil, un jour d'hospitalisation* », une sous-rémunération de stroke mimics par le code CHOP 99.A7 « *Diagnostic complexe de l'AVC aigu en stroke unit ou stroke center, jusqu'à 24 heures maximum* » nous a également été signalée.

- Les analyses ont confirmé la sous-rémunération de ces cas, mais en raison du faible nombre de cas, d'autres caractéristiques de séparation des coûts ont été recherchés.
- C'est ainsi que le DRG C86Z a finalement pu être divisé selon les conditions suivantes et représenté de manière adéquate dans le nouveau DRG C86A :
 - « *Acte diagnostique neurologique complexe* »
 - « *Acte diagnostique neurologique complexe 24-48 heures* »
 - « *Chimiothérapie* »

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

La systématique tarifaire est conçue pour une procédure en plusieurs temps pour le traitement des fentes labio-alvéolo-palatines (Q35-Q37). Avec le développement des techniques chirurgicales, une procédure en un seul temps est toutefois de plus en plus souvent privilégiée, par exemple sous la forme d'une fermeture combinée du palais dur et du voile du palais, ou d'une fermeture complète de la lèvre avec rhinoplastie primaire ainsi que reconstruction du palais dur et du voile du palais.

L'intervention en un temps est associée à une durée d'intervention et d'anesthésie plus longue et entraîne, par conséquent, des coûts plus élevés, sans modifier la durée de séjour. Il en résulte, dans les DRG D03A-C, un déséquilibre entre les coûts et la rémunération. Il a donc été proposé d'introduire un split par DRG spécifique afin de représenter le traitement en un temps par des combinaisons définies de codes ICD et CHOP.

- Diverses simulations de revalorisation ainsi que différentes combinaisons de codage ont été examinées.
- Dans le DRG D03A sont désormais regroupés les patientes et patients de moins de deux ans avec le diagnostic principal Q37.5 « *Fente de la voûte et du voile du palais avec fente labiale unilatérale* » en combinaison avec l'une des interventions 27.54.10 « *Chéiloplastie de fente labiale (congénitale)* », 27.62.10 « *Réparation plastique primaire du palais osseux, sans greffe osseuse* » ou 27.62.12 « *Réparation plastique primaire du voile du palais* ».
- Dans le DRG D03B sont désormais regroupés les cas avec le diagnostic principal Q35.5 « *Fente de la voûte et du voile du palais* » en combinaison avec les interventions 27.62.10 ou 27.62.12 ou, comme auparavant, en cas d'âge inférieur à deux ans.

Les interventions sur les sinus nasaux sont généralement regroupées dans le DRG de base D06 « *Interventions coûteuses sur les sinus nasaux...* ». En cas de polypectomie supplémentaire avec 21.31.10 « *Excision locale de lésion intranasale, par abord intranasal* » ou 21.31.12 « *Destruction de lésion intranasale* », les cas sont toutefois regroupés dans le DRG D38A « *Interventions très complexes sur le nez* » avec un cost-weight plus élevé. Selon le demandeur, ces cas ne sont pas représentés de manière adéquate et influencent l'homogénéité des autres cas du DRG D38A. Il a donc été proposé de supprimer ces codes du tableau D38-2 et de les ajouter au tableau D12-1.

- Les conséquences de la suppression des codes 21.31.10 « *Excision locale de lésion intranasale, par abord intranasal* » et 21.31.12 « *Destruction de lésion intranasale* » du tableau D38-2, ainsi que de leur ajout au tableau D12-1, ont été analysées.

- Les cas déplacés ont présenté, dans les analyses, une structure de coûts plus homogène au sein des DRG concernés, raison pour laquelle la restructuration proposée a été mise en œuvre.

Les septorhinoplasties peuvent être réalisées aussi bien avec des greffons cartilagineux locaux qu'avec des greffons cartilagineux périphériques. Selon le demandeur, les cas avec le code CHOP 21.83.11 « *Septorhinoplastie avec correction de cartilage ou d'os, avec transplant autologue distal ou transplant allogène ou xénogène* » au sein du DRG D38A « *Interventions très complexes sur le nez* » présentent notamment des coûts plus élevés que le reste de l'ensemble des cas et entraînent par conséquent une sous-rémunération. Pour ces raisons, l'ajout du code CHOP comme condition de split au sein du DRG de base D38, respectivement une analyse d'homogénéité du DRG de base D38, a été demandée.

- La structure des coûts du DRG D38A a été analysée et le code CHOP 21.83.11 a fait l'objet d'un examen approfondi.
- Sur la base de ces analyses, un nouveau DRG D38A a été introduit, regroupant les cas présentant un codage supplémentaire correspondant aux codes CHOP suivants :
 - 21.83.11 « *Septorhinoplastie avec correction de cartilage ou d'os, avec transplant autologue distal ou transplant allogène ou xénogène* » ou
 - 21.83.20 « *Reconstruction totale du nez, avec implantation de matériel alloplastique* ».
- L'ancien DRG D38A est devenu le nouveau DRG D38B à conditions inchangées, tandis que l'ancien DRG D38B est devenu le nouveau DRG D38C.

Selon le demandeur, le DRG de base D60 « *Néoforations malignes à l'oreille, au nez, à la bouche et dans la gorge* » présente une sous-rémunération des patients admis en urgence. De plus, depuis le dernier développement du système, certains cas du DRG de base D60 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* », ce qui entraîne une dévalorisation supplémentaire ; c'est pourquoi une réévaluation du DRG de base D60 serait souhaitable.

- Le DRG de base D60 a fait l'objet d'une analyse concernant la structure des coûts et la proportion de cas d'urgence. On a certes constaté une augmentation de la proportion de patients admis en urgence, mais ces cas couvrent, dans l'ensemble, leurs coûts au niveau national. Un déficit significatif n'a été constaté que dans un seul hôpital, de sorte que les cas d'urgence ne se sont pas révélés être des caractéristiques de séparation des coûts appropriées.
- De plus, des analyses ont montré que certains cas dans le DRG D60A sont sur-rémunérés. Une adaptation du split par PCCL, qui est passé de « *PCCL > 2* » à « *PCCL > 3* », a permis de représenter de manière adéquate les cas concernés.
- Dans le cadre du regroupement mentionné de certains cas du DRG de base D60 vers le DRG de base D86, des analyses approfondies ont également été effectuées au sein du DRG de base D86. En conséquence, les procédures suivantes du DRG D86B ont été revalorisées dans le DRG D86A afin d'obtenir une représentation adéquate.
 - 43.11 « *Gastrostomie percutanée [endoscopique] [PEG]* »
 - 99.25.52 « *Chimiothérapie moyennement complexe et intensive* »
 - 99.25.53 « *Chimiothérapie hautement complexe et intensive* »
 - 99.25.54 « *Chimiothérapie hautement complexe et intensive : deux chimiothérapies au cours d'une hospitalisation* »

3.2.7 MDC 04 Maladies et troubles des organes respiratoires

Le DRG E06B présentait un faible nombre de cas et ne différait que peu des coûts moyens du DRG E06A.

- Les DRG E06A et E06B ont été fusionnés pour former le DRG E06A « *Autres résections pulmonaires, biopsie des organes thoraciques et interventions sur la paroi thoracique avec CC* »

extrêmement sévères ou réduction chirurgicale du volume pulmonaire ou intervention particulière ».

Dans les données 2024, les cas du DRG E64C « *Insuffisance respiratoire ou embolie pulmonaire* » avec un « *PCCL = 3* » présentaient des coûts similaires à ceux des cas du DRG E64B.

- Les DRG E64B et E64C ont été fusionnés pour former le DRG E64B.

Dans le cadre du traitement d'une demande de revalorisation des codes CHOP 93.9E.1 – « *Ventilation non invasive [NIV] hors unité de soins intensifs, à partir de...* » dans les MDC 04 et MDC 05, une surévaluation des cas du DRG E70A « *Coqueluche et bronchite aiguë...* » a été constatée.

- La condition de split correspondante a été supprimée pour le DRG E70A, mais a été ajoutée à la condition de split pour le DRG E70B.
- Ainsi, les cas avec une « *Ventilation non invasive [NIV] hors unité de soins intensifs, à partir de 3 jours / lunettes nasales haut débit* » du DRG E70C sont également revalorisés dans le DRG E70B.

Dans le cadre du développement de la structure tarifaire, on a remarqué une surévaluation des cas avec un « *PCCL = 3* » dans le DRG E73A.

- Le split par PCCL a été augmenté à « *PCCL > 3* ».

Nous avons reçu plusieurs demandes concernant le DRG de base E77 « *Autres infections et inflammations des organes respiratoires* ». Dans une demande, certaines pneumonies ou un pyothorax ont été mentionnés comme des séparateurs de coûts potentiels.

- Les analyses ont montré que les pneumonies sévères étaient représentées de manière adéquate dans le DRG de base E77.
- Nous avons toutefois également constaté que les coûts au sein du DRG E77B n'étaient pas homogènes, ce qui nous a permis de diviser ce DRG et d'établir un nouveau DRG E77B avec les critères de split suivants :
 - « *CC extrêmement sévères* »
 - « *Âge < 16 ans* » et « *Abcès thorax* »
- Le groupe de cas décrit dans une autre demande, avec le code CHOP 93.9E.1 – « *Ventilation non invasive [NIV] hors unité de soins intensifs, à partir de 4 jours* », a pu être revalorisé dans le DRG E77A.
- L'« *Isolement de contact, à partir de 7 jours de traitement* » a été augmenté à « *Isolements particuliers, à partir de 14 jours de traitement* » pour le DRG E77A. Ainsi, les cas avec « *Isolements particuliers, à partir de 7 jours de traitement* » sont représentés dans le DRG E77C.
- De même, les « *Anomalies chromosomiques particulières* » ont été revalorisées dans le DRG E77C et sont désormais mises au même niveau que les « *Malformations congénitales* ».

Ces restructurations ont permis d'améliorer la représentation des cas dans le DRG de base E77.

Selon un demandeur, les patients atteints de tuberculose sont insuffisamment représentés. Le traitement des patients atteints de tuberculose serait coûteux, quel que soit le motif principal de leur hospitalisation. Le demandeur a proposé l'ajout des codes CIM pour la tuberculose dans la matrice CC.

- Les codes CIM mentionnés dans la demande figurent déjà dans la matrice CC ; ou ont été ajoutés ou revalorisés pour la version SwissDRG 15.0.
- Selon le commentaire de la Société suisse de pneumologie, ce sont surtout les cas avec une tuberculose dans le DRG de base E86 d'un jour d'hospitalisation et dans le DRG de base E02 « *Autres procédures opératoires sur l'appareil respiratoire ou intervention coûteuse sur les bronches* » qui sont sous-rémunérés.

- Dans ces DRG, il s'agit de petits groupes de cas, mais une revalorisation a néanmoins pu être effectuée.
- Dans le DRG de base E86, les codes CIM pour la tuberculose ont été ajoutés comme critère de split pour le DRG E86B « *Maladies et troubles des organes respiratoires pour néoformation maligne ou ..., un jour d'hospitalisation* », ce qui a permis une revalorisation de ces codes CIM.
- Dans le DRG de base E02, les cas de tuberculose bénéficient indirectement d'une revalorisation grâce à l'ajout de « *Isolements particuliers, à partir de 7 jours de traitement* ».
- Dans le cadre des analyses relative à cette demande, il est apparu une hétérogénéité des coûts dans le DRG de base E76, dans lequel étaient jusqu'à présent regroupés les cas avec une tuberculose ou un pneumothorax.
- Le code CIM pour un pneumothorax ou un emphysème interstitiel a été supprimé du DRG de base E76 et établi dans un nouveau DRG de base E79 « *Pneumothorax* ». En conséquence, une suppression des DRG au sein du DRG de base E76 « *Tuberculose* » a été effectuée, permettant ainsi d'améliorer l'hétérogénéité des coûts.
- Les cas avec une consommation de ressources élevée sont représentés de manière adéquate dans le DRG de base E79 avec un split par PCCL > 3 dans le DRG E79A.

Suite à la restructuration de la fonction « *Traumatisme multiple* », des cas avec des lésions traumatiques pulmonaires ne remplissaient plus les critères de cette fonction et ont été regroupés dans le DRG de base E86 d'un jour d'hospitalisation.

- L'ajout de la condition de split « *Lésions traumatiques pulmonaires* » pour le DRG E86B a permis d'obtenir une représentation adéquate de ces cas.

3.2.8 MDC 05 Maladies et troubles de l'appareil circulatoire

Au sein du DRG de base F01, des restructurations ont été effectuées après que les analyses ont montré que plusieurs critères de split ne constituaient plus des séparateurs de coûts appropriés.

- Les deux DRG F01A existants ont été fusionnés pour former le seul DRG F01A. Les conditions du DRG F01E « *PCCL > 3* » et « *LOS > 1* » ont été transférées vers le DRG F01A, puis le DRG F01E a été supprimé.
- Les DRG F01C et F01B ont également été fusionnés pour former le nouveau DRG F01B.
- De ce fait, l'ancien DRG F01D a été reclassé, sans modification des conditions, pour devenir le nouveau DRG F01C, et l'ancien DRG F01F est devenu le nouveau DRG F01E.

Les cas avec le remplacement d'une valve aortique ou pulmonaire, ou d'une prothèse de valve aortique ou pulmonaire par allogreffe décellularisée sont actuellement regroupés dans les DRG F03D et F03E. Selon le demandeur, ces cas présentent une sous-rémunération en raison des coûts élevés des implants, qui pourrait être compensé par une revalorisation dans le DRG F03B.

- Les codes CHOP correspondants ont fait l'objet d'un examen approfondi, qui a confirmé l'existence d'une sous-rémunération.
- Un nouveau regroupement dans le DRG F03B s'est avéré insuffisant.
- Les procédures suivantes ont donc été revalorisées dans le DRG F03A :
 - 35.F1.81 « *Remplacement de la valve aortique par allogreffe décellularisée [homogreffe], avec sternotomie totale comme voie d'abord* »
 - 35.F1.82 « *Remplacement de la valve aortique par allogreffe décellularisée [homogreffe], avec thoracotomie mini-invasive (sternotomie partielle supérieure, thoracotomie latérale) comme voie d'abord* »
 - 35.F3.81 « *Remplacement de la valve pulmonaire par allogreffe décellularisée [homogreffe], avec sternotomie totale comme voie d'abord* »

- 35.F3.82 « Remplacement de la valve pulmonaire par allogreffe décellularisée [homogreffe], avec thoracotomie mini-invasive (sternotomie partielle supérieure, thoracotomie latérale) comme voie d'abord »
- 35.H1.81 « Retrait d'une prothèse valvulaire aortique ainsi qu'implantation d'une allogreffe décellularisée [homogreffe], avec sternotomie totale comme voie d'abord »
- 35.H1.82 « Retrait d'une prothèse valvulaire aortique ainsi qu'implantation d'une allogreffe décellularisée [homogreffe], avec thoracotomie mini-invasive (sternotomie partielle supérieure, thoracotomie latérale) comme voie d'abord »
- 35.H3.81 « Retrait d'une prothèse valvulaire pulmonaire ainsi qu'implantation d'une allogreffe décellularisée [homogreffe], avec sternotomie totale comme voie d'abord »
- 35.H3.82 « Retrait d'une prothèse valvulaire pulmonaire ainsi qu'implantation d'une allogreffe décellularisée [homogreffe], avec thoracotomie mini-invasive (sternotomie partielle supérieure, thoracotomie latérale) comme voie d'abord »

Pour la représentation des pacemakers sans sonde, un nouvel examen du DRG F12B a été demandé. Le demandeur a souligné que tant le code CHOP 37.8A.42 « *Implantation de pacemaker transveineux sans sonde, stimulation simple-chambre* » que le code CHOP 37.8A.43 « *Implantation de pacemaker transveineux sans sonde, stimulation double-chambre* » sont actuellement regroupés dans le DRG F12B, alors que les systèmes à double chambre sont associés à des coûts d'implantation nettement plus élevés.

- La structure des coûts au sein du DRG de base F12 a été analysée, notamment en ce qui concerne les cas avec le code CHOP 37.8A.43 « *Implantation de pacemaker transveineux sans sonde, stimulation double-chambre* ». Une nécessité de revalorisation par rapport aux cas avec des systèmes sans sonde à simple chambre a ainsi été identifiée.
- Le code CHOP 37.8A.43 « *Implantation de pacemaker transveineux sans sonde, stimulation double-chambre* » a été revalorisé du DRG F12B dans le DRG F12A. Les cas avec le code CHOP 37.8A.42 « *Implantation de pacemaker transveineux sans sonde, stimulation simple-chambre* » continuent d'être regroupés dans le DRG F12B.
- La fonction globale « *Procédures opératoires complexes en plusieurs temps* » a été ajoutée comme critère de split supplémentaire dans le DRG F12A.
- Les cas avec les codes CHOP 37.8A.21 « *Implantation de pacemaker à double chambre, sans stimulation antitachycardique* » ou 37.8A.22 « *Implantation de pacemaker à double chambre, avec stimulation antitachycardique* » sont désormais regroupés dans le DRG F12B, à condition qu'il y ait en outre une implantation d'électrodes dans le cœur ainsi que des procédures opératoires complexes en plusieurs temps.

Dans le cadre de la procédure de demande, nous avons reçu une demande concernant le DRG F19Z « *Autre intervention transluminale percutanée sur le cœur, l'aorte et les vaisseaux pulmonaires ou procédés particuliers* », relative à certains cas avec le code CHOP 37.90.10 « *Fermeture percutanée de l'oreillette gauche* », qui ne sont pas représentés de manière adéquate au sein de ce DRG en raison des coûts plus élevés des implants. Il a été proposé une revalorisation au sein du DRG F19Z par l'introduction d'un split par F19 plus élevé.

- La structure des coûts du DRG F19Z a été analysée, notamment en ce qui concerne les cas avec le code CHOP 37.90.10 « *Fermeture percutanée de l'oreillette gauche* ».
- Un nouveau DRG F19A a été introduit au-dessus de l'ancien DRG F19Z. Dans ces DRG sont regroupés les cas présentant le code CHOP 37.90.10.
- Le DRG F19Z existant a été transformé en un nouveau DRG F19B avec les mêmes conditions.

Un examen du code CHOP 00.66.37 « *Intervention vasculaire transluminale percutanée sur les coronaires par lithotripsie* » au sein du groupe DRG F24 a été demandé. Selon le demandeur, ces

interventions ne sont pas suffisamment représentées dans les DRG existants en raison de coûts de matériel plus élevés et d'un investissement en temps accru. Il a été proposé de mettre ces interventions au même niveau que le code CHOP 00.66.30 « *Angioplastie coronaire transluminale percutanée [PTCA] par l'athérectomie rotative* » par l'ajout au tableau F24-10 dans le DRG F24B.

- La structure des coûts au sein du DRG de base F24 a été analysée, notamment en ce qui concerne les cas avec le code CHOP 00.66.37 « *Intervention vasculaire transluminale percutanée sur les coronaires par lithotripsie* ». À cette occasion, la nécessité d'une revalorisation de ces cas s'est confirmée.
- L'ajout demandé du code CHOP 00.66.37 « *Intervention vasculaire transluminale percutanée sur les coronaires par lithotripsie* » au tableau F24-10 a été examiné, mais ne s'est pas révélé pertinent au vu des résultats des analyses et de la structure logique existante du DRG de base F24.
- Au sein du DRG F24A, une logique de combinaison supplémentaire a été introduite. Les cas sont désormais revalorisés dans le DRG F24A lorsqu'ils remplissent les conditions du DRG F24B et présentent en outre soit le code CHOP 00.66.37 « *Intervention vasculaire transluminale percutanée sur les coronaires par lithotripsie* » ou 00.66.36 « *Angioplastie coronaire transluminale percutanée par thrombectomie* », ainsi qu'un code CHOP du groupe de codes CHOP 36.08.2- « *Implantation par voie transluminale percutanée de stents, dans des artères coronaires* ».

Les analyses du DRG de base F36 ont montré que les DRG F36A et F36B ne présentaient pratiquement aucune différence en termes de structure des coûts et de durée de séjour. Parallèlement, les cas du DRG F36C, ayant fait l'objet de plusieurs interventions particulières réalisées à des jours différents au cours du séjour, présentent une sous-rémunération.

- La fonction « *Procédures opératoires particulières en plusieurs temps* » a donc été ajoutée comme condition de split supplémentaire dans le DRG F36B afin de revaloriser les cas concernés du DRG F36C.
- Ensuite, les DRG F36A et F36B ont été fusionnés pour former le DRG F36A.
- Les DRG suivants ont été renommés avec les mêmes conditions :
 - Le DRG F36C existant a été transformé en un nouveau DRG F36B,
 - Le DRG F36D est devenu le nouveau DRG F36C
 - Et le DRG F36E est devenu le nouveau DRG F36D

Dans le cadre des analyses du DRG de base F39 « *Ligature et stripping de veines ou traitement particulier* », il est apparu que la condition de split « *Intervention bilatérale* » ne permettait plus une séparation suffisante des coûts.

- La condition de split « *Intervention bilatérale* » a donc été supprimée du DRG F39A.
- Ensuite, les DRG F39A et F39B ont été fusionnés pour former le DRG F39Z.

D'autres analyses internes ont montré que les critères de split utilisés jusqu'à présent pour les DRG de base F41 « *Actes diagnostiques cardiologiques invasifs pour infarctus du myocarde aigu* » et F49 « *Actes diagnostiques cardiologiques invasifs sauf pour infarctus du myocarde aigu* » ne permettaient plus une séparation suffisante des coûts.

- Plusieurs simulations ont permis d'examiner le regroupement des deux DRG de base, qui a ensuite été mis en œuvre.
- Il en est résulté le nouveau DRG de base F49 « *Actes diagnostiques cardiologiques invasifs* ».
- En outre, les points de dépense faibles pour TC de SI/TC en U-IMC pour les enfants ont été ajoutés au DRG F49E (Chapitre 3.1.5 « *Médecine intensive* »)

Les cas avec une ablation complexe sont actuellement regroupés dans un DRG du DRG de base F50 « *Mesures ablatives pour tachyarythmie* », indépendamment de la réalisation supplémentaire d'une échocardiographie intracardiaque avec le code CHOP 37.28. Selon le demandeur, l'utilisation de cette procédure coûteuse entraîne une sous-rémunération au sein des DRG existants, raison pour laquelle on vise une revalorisation au sein du DRG ou l'introduction d'une rémunération supplémentaire.

- La représentation du code CHOP 37.28 « *Échocardiographie intracardiaque [EIC]* » au sein du DRG de base F50 a fait l'objet d'une nouvelle analyse.
- Sur la base de ces analyses, le code CHOP 37.28 « *Échocardiographie intracardiaque [EIC]* » a été ajouté comme critère de split supplémentaire dans le DRG F50A. Les cas avec le codage correspondant sont désormais regroupés dans le DRG F50A lorsqu'ils remplissent un critère de split du DRG F50B et présentent en outre le code CHOP 37.28 « *Échocardiographie intracardiaque [EIC]* ».
- L'introduction d'une rémunération supplémentaire séparée pour le code CHOP 37.28 « *Échocardiographie intracardiaque [EIC]* » a été examinée, mais s'est révélée désavantageuse.

Au cours d'analyses relatives aux implantations de stents, des adaptations structurelles ont été effectuées au sein du DRG de base F51.

- Un nouveau DRG F51A a été introduit au-dessus du DRG F51A existant, dans lequel sont regroupés les cas avec l'implantation d'au moins cinq stents vasculaires.
- Dans le DRG F51A existant, désormais dénommé DRG F51B, sont regroupés les cas avec l'implantation d'au moins trois stents vasculaires, tandis que le nouveau DRG F51C (anciennement DRG F51B) comprend les cas avec l'implantation d'au moins deux stents vasculaires.

Dans le DRG de base F59 « *Interventions vasculaires complexes ou moyennement complexes* », plusieurs adaptations ont été effectuées à la suite de demandes et d'analyses internes. Les analyses ont montré que certains critères de split ne se sont plus révélés être des séparateurs de coûts appropriés, car ils entraînaient des problèmes liés au degré de gravité au sein de la structure DRG.

Par ailleurs, dans le cadre d'une demande, une revalorisation du groupe de codes CIM I74.* « *Embolie et thrombose des artères* » ainsi que le groupe de codes CHOP 38.0* « *Incisions de vaisseaux* » a été examinée. Une autre demande provenant du développement de l'année précédente, concernant la revalorisation de l'imagerie intravasculaire (IVUS), a fait l'objet d'une nouvelle analyse sur la base des données actualisées.

Les adaptations ont entraîné les modifications structurelles suivantes au sein du DRG de base F59 :

- DRG F59A :
 - La logique reste inchangée.
- DRG F59B :
 - Les DRG F59B et F59C existants ont été fusionnés pour former le DRG F59B.
 - Suite à la fusion, la logique existante du DRG F59C a été intégrée dans le nouveau DRG F59B.
 - De plus, les transpositions d'artères ont été ajoutées dans le DRG de base F59 ainsi que dans le DRG F59B :
 - Codes CHOP 39.59.11-19 « *Transposition d'artères* »
 - Les points de dépense faibles pour TC de SI/TC en U-IMC pour les adultes ont également été ajoutés dans le DRG F59B (Chapitre 3.1.5 « *Médecine intensive* »).
- DRG F59C :
 - Les DRG F59D et F59E existants ont été fusionnés pour former le DRG F59C.
 - La logique du DRG F59D existant a ainsi été maintenue et complétée par les critères de split de l'ancien DRG F59E.

- Avec l'ajout du groupe de codes 39.B* « *Implantation transluminale (percutanée) de stents dans des vaisseaux sanguins* », les cas sont également regroupés dans le DRG F59C lorsqu'au moins deux procédures du groupe de codes CHOP 39.B* sont présentes.
- Les cas présentant une embolie des artères ou une thrombose (groupe de codes CIM I74*) en combinaison avec les incisions de vaisseaux artérielles mentionnées ci-dessous ont également été ajoutés dans le DRG F59C :
 - 38.03.11-21 et 38.03.41 « *Incision de vaisseaux du membre supérieur* »
 - 38.04.10-40 « *Incision de l'aorte* »
 - 38.05.10 et 38.05.31 « *Incision d'autres vaisseaux thoraciques* »
 - 38.06.11-15 « *Incision d'artères abdominales* »
 - 38.08.10-21 « *Incision d'artères des membres inférieurs* »
- De plus, un split pédiatrique a été établi pour le DRG F59C (chapitre 3.1.5 « *Médecine intensive* »).
- Par ailleurs, les cas avec imagerie intravasculaire ont été ajoutés dans le DRG F59C avec les codes CHOP suivants :
 - 00.2- « *Imagerie intravasculaire de vaisseaux sanguins* »
 - 37.23 « *Cathétérisme cardiaque combiné, droit et gauche* »
 - 37.24.10 « *Biopsie fermée [percutanée] [à l'aiguille] du péricarde* »
 - 37.24.99 « *Biopsie du péricarde, autre* »
 - 37.25.10 « *Biopsie fermée [percutanée] [à l'aiguille] du myocarde* »
 - 37.25.99 « *Biopsie du cœur, autre* »
 - 37.26 « *Test électrophysiologique invasif par cathéter* »
 - 37.2A.1- « *Imagerie intravasculaire de vaisseaux coronaires* »
 - 37.2A.21 « *Diagnostic coronarien intravasculaire invasif par cathéter, mesure de pression* »
 - 37.9C.1- « *Examen par cathétérisme transseptal du cœur* »
 - 37.9C.2- « *Intervention transseptale par cathéter dans le cœur* »
 - 92.05.0- « *Scintigraphie cardio-vasculaire et hématopoïétique et étude radio-isotopique de fonction* »
- DRG F59D :
 - Les DRG F59F et F59G existants ont été fusionnés pour former le DRG F59D.

Les cas avec les codes CHOP 93.9E.1- « *Ventilation non invasive hors unité de soins intensifs* » sont actuellement regroupés dans le DRG de base F62 « *Insuffisance cardiaque et choc* », sans que ce traitement coûteux ne soit pris en compte de manière différenciée. Selon le demandeur, cela entraîne notamment une sous-rémunération dans le DRG F62D.

- La représentation du groupe de codes CHOP 93.9E.1- « *Ventilation non invasive hors unité de soins intensifs* » au sein du DRG de base F62 a été analysée.
- L'analyse a mis en évidence des cas avec une ventilation non invasive hors unité de soins intensifs à partir de 4 jours de traitement qui n'étaient pas représentés de manière adéquate.
- Les cas avec les codes CHOP 93.9E.1- « *Ventilation non invasive hors unité de soins intensifs* » à partir de quatre jours de traitement ont donc été revalorisés dans le DRG F62B.

Dans le cadre d'analyses, une sur-rémunération de certains cas au sein du DRG F63A a pu être constatée.

- Des analyses approfondies ont montré qu'il s'agissait de cas avec un PCCL de 3 au sein du DRG F63A.
- Le split par PCCL du DRG F63A a donc été augmenté de « *PCCL > 2* » à « *PCCL > 3* ».

Les séjours stationnaires avec chimiothérapie sont en règle générale exclus du regroupement des cas lors d'une réadmission. Cela n'est actuellement pas prévu pour les tumeurs du cœur. Les cas avec chimiothérapie et néoformation du cœur sont regroupés dans le DRG F75D, ce qui entraîne des regroupements de cas lors de réadmissions. Il a donc été demandé de créer un DRG spécifique pour les néoformations du cœur au sein du DRG de base F75 « *Autres maladies et néoformations du système circulatoire* », avec les diagnostics principaux D48.7 « *Tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue : Autres sièges précisés* » et C38.0 « *Tumeur maligne : Cœur* ».

- La représentation du code CIM D48.7 a été examinée et n'a révélé aucun besoin d'adaptation.
- Au sein du DRG de base F75, des analyses plus approfondies ont été réalisées, lesquelles ont conduit à la fusion des DRG F75B et F75C pour former le nouveau DRG F75B. Le DRG F75D est ainsi devenu le nouveau DRG F75C. Le DRG F75A a resté inchangé.
- Dans le nouveau DRG F75B, des cas présentant comme diagnostic principal tumeurs malignes du cœur particuliers ont été ajoutés :
 - C38.0 « *Tumeur maligne : Cœur* »,
 - C45.2 « *Mésothéliome du péricarde* »,
 - C79.83 « *Tumeur maligne secondaire du péricarde* » et
 - C79.84 « *Autres tumeurs malignes secondaires du cœur* »
- De plus, les DRG F75A et F75B sont désormais indiqués avec la mention « *Exception de réadmission* ».

Afin de représenter le remplacement endovasculaire de la valve tricuspide, une analyse du code CHOP 35.F4.23 « *Remplacement de la valve tricuspide par xénogreffe (bioprothèse), par voie endovasculaire* » en combinaison avec les codes CIM I07.1 « *Insuffisance tricuspidienn*e » ou I36.1 « *Insuffisance non rhumatismale (de la valvule) tricuspide* » au sein du DRG de base F98 a été demandée. Selon le demandeur, le regroupement actuel de ces cas dans le DRG F98B entraîne une sous-rémunération.

- La représentation du code CHOP 35.F4.23 « *Remplacement de la valve tricuspide par xénogreffe (bioprothèse), par voie endovasculaire* » au sein du DRG de base F98 a été analysée.
- Sur la base des analyses, un nouveau DRG F98B a été établi au-dessus du DRG F98B existant. Dans ce DRG sont regroupés les cas avec les codes CHOP suivants :
 - 35.F2.24 « *Remplacement de la valve mitrale par xénogreffe (bioprothèse), par voie transapicale* »
 - 35.F2.26 « *Remplacement de la valve mitrale par xénogreffe (bioprothèse) avec ancrage transapical, par voie transapicale* »
 - 35.F4.23 « *Remplacement de la valve tricuspide par xénogreffe (bioprothèse), par voie endovasculaire* »
- Une combinaison supplémentaire avec les codes CIM I07.1 « *Insuffisance tricuspidienn*e » ou I36.1 « *Insuffisance non rhumatismale (de la valvule) tricuspide* » ne s'est pas avérée pertinente.
- Le DRG F98B existant a été transformé en un nouveau DRG F98C. Les DRG suivants sont déplacés en conséquence.

3.2.9 MDC 06 Maladies et troubles des organes digestifs

Dans le cadre d'une demande, on nous a demandé d'examiner le DRG de base G09 « *Interventions pour hernies* » en vue d'y introduire des split par PCCL supplémentaires, afin de mieux représenter les diagnostics secondaires sévères dans ce DRG opératoire. À la suite des analyses, des critères de split liés au PCCL ont pu être implémentés.

- Un nouveau split du DRG G09A avec un « *PCCL > 3* » a été introduit.
- Un nouveau split par PCCL avec « *PCCL > 2* » a été ajouté au DRG G09C.

- Des fusions ont également été effectuées : la différenciation entre les DRG G09B et G09C (interventions pour hernie incisionnelle ou interventions pour hernie en plusieurs temps) n'avait plus de fonction de séparation des coûts. Ces deux DRG ont été fusionnés.
- Les DRG B09F et G09G ont également été fusionnés.

Dans le cadre du développement de la structure tarifaire, il a été décidé de représenter les interventions de résection du rectum, jusqu'alors dispersées entre les différents DRG de base G16 et G17, dans un seul DRG de base.

- Les deux DRG de base G16 et G17 ont été fusionnés par l'ajout de toutes les interventions de résection du rectum pour former le DRG de base G16.
- En raison du nouveau groupe de cas obtenu, un nouveau split du DRG G16B a été implémenté. Les critères de split suivants ont été identifiés comme séparateurs de coûts :
 - « *Procédures complexes de la rate* »
 - « *Âge < 16 ans* ».
 - « *PCCL > 3* »
 - Ainsi que la logique de l'ancien DRG de base G16
- Ainsi, les cas avec une seule résection du rectum sont regroupés sans autres conditions dans le DRG G16C.

Un utilisateur a demandé une réévaluation du DRG de base G60 « *Néof ormation maligne des organes digestifs* ». Nous y avons reçu l'indication que les cas admis en urgence présentent notamment une consommation élevée de ressources en raison des mesures diagnostiques mises en œuvre.

- Les analyses ont permis d'identifier d'autres situations coûteuses. Par conséquent, la fonction « *Situation coûteuse pour néof ormation maligne* » a été ajoutée dans le split du nouveau DRG G60A.
- Les diagnostics de sepsis se sont également révélés complexes et ont été revalorisés dans le DRG G60A.
- De plus, le split pour le DRG G60B a été étendu pour les enfants avec « *Âge < 16 ans* ».
- Les cas décrits sont ainsi revalorisés.

Une autre demande nous est parvenue, indiquant que, chez les patients avec une entérocolite à *Clostridium difficile*, des mesures d'hygiène particulières ainsi que des durées de séjour prolongées entraînent une consommation élevée de ressources. Une revalorisation des diagnostics A04.7- dans les DRG de base G67, G86 et G46 a été demandée.

- Déjà dans la version 15.0, les diagnostics ont été revalorisés de manière appropriée dans les DRG G86A et G67C.
- Pour la version 16.0, une revalorisation du groupe de codes CIM A04.7- « *Entérocolite à Clostridium difficile* » a été effectuée au sein du DRG de base G46 « *Gastroscopie ou coloscopie...* » dans le DRG G46C.

Dans le cadre des analyses, il a été constaté que les cas avec des prothèses (non auto-expansibles/auto-expansibles) de l'œsophage ou de l'intestin sont des cas très coûteux au sein du DRG de base G46, et que cette consommation de ressources n'est pas suffisamment représentée.

- Le DRG G46A a été divisé sur la base des codes CHOP 46.99.50-63 « *Prothèse non auto-expansible/auto-expansible dans l'intestin, par endoscopie* » ou 42.81.10-42 « *Prothèse non auto-expansible/auto-expansible dans l'œsophage, par endoscopie* ».
- Ces cas sont ainsi revalorisés de manière appropriée.

Concernant le DRG de base G46, une demande supplémentaire a été reçue. Il y a été indiqué que des cas hétérogènes avec une proportion élevée de cas d'urgence restent dans le DRG de base G46, notamment en cas de perforation, d'hémorragie ou d'obstruction.

- L'analyse a montré que ces cas sont coûteux et qu'une revalorisation est justifiée.
- Les groupes de diagnostics suivants ont pu être ajoutés dans le DRG G46C. Cette revalorisation contribuera à une rémunération adéquate des cas concernés.
 - Codes CIM K22.2 « *Obstruction de l'œsophage* » et K22.3 « *Perforation de l'œsophage* »
 - Codes CIM K25.0-2 « *Ulcère de l'estomac : Aigu avec hémorragie/avec perforation/avec hémorragie et perforation* »
 - Codes CIM K26.0-2 « *Ulcère du duodénum : Aigu avec hémorragie/avec perforation/avec hémorragie et perforation* »
 - Code CIM K31.82 « *Angiodysplasie de l'estomac et du duodénum avec saignement* »
 - Codes CIM K55.22 « *Angiodysplasie du côlon : Avec saignement* » et K55.32 « *Angiodysplasie de l'intestin grêle avec hémorragie* »

Une autre demande a également été reçue concernant le DRG de base G67. Les diagnostics particuliers de maladies perforantes du tractus gastro-intestinal devraient être examinés en vue d'une revalorisation.

- À la suite des analyses, certains diagnostics du groupe de codes CIM K57.- « *Diverticulite avec perforation* » ont pu être ajoutés dans le DRG G67A, ce qui permet une revalorisation des cas concernés.
- Dans les DRG G67C et G67D, les cas présentant d'autres diagnostics se sont révélés plus coûteux. Les DRG G67C et G67D ont été divisés sur la base des codes CIM suivants :
 - K22.3 « *Perforation de l'œsophage* »
 - K25.1-6 « *Ulcère de l'estomac : avec hémorragie/perforation* »
 - K26.1-6 « *Ulcère du duodénum : avec hémorragie/perforation* »

Une remarque concernait le diagnostic « *Septicémie* » dans les cas au sein de la MDC 06. Les cas concernés seraient sous-rémunérés dans divers DRG.

- À la suite des analyses, le tableau avec les diagnostics de septicémie a pu être établi comme nouveau critère de split dans quatre DRG :
 - DRG G21A « *Intervention pour adhérences avec CC extrêmement sévères ou âge < 16 ans ou diagnostic particulier...* »
 - DRG G46B « *Gastroskopie complexe ou coloscopie avec CC extrêmement sévères ou procédure de complication pour affection sévère...* »
 - DRG G60A « *Néof ormation maligne des organes digestifs avec situation coûteuse pour néof ormation maligne ou...* »
 - DRG G86C « *Maladies et troubles des organes digestifs avec diagnostic de complication ou...* »
- Cela permettra à l'avenir de tenir compte des ressources supplémentaires liées aux cas concernés et de les revaloriser.

Une autre demande portait sur la révision des DRG de base G70, G71 et G72. À cet égard, plusieurs diagnostics principaux ont été proposés comme critères de split. Toutefois, les résultats des simulations ne se sont pas avérés concluants en faveur de cette proposition. En revanche, des analyses ont conduit à d'autres révisions dans ces DRG.

- Il est apparu que les cas dans les DRG de base G71 et G72 présentent une structure de coûts similaire. C'est pour cette raison que ces deux DRG de base ont été fusionnés. Désormais, il n'existe plus que le DRG de base G71. Les conditions du DRG de base G72 ont été ajoutés.

- De plus, de nouveaux critères de split ont ainsi pu être introduits. Un nouveau split par PCCL dans le nouveau DRG G71A permettra à l'avenir une revalorisation des cas avec un « *PCCL > 3* ».
- Un autre split avec la condition « *Deux jours d'hospitalisation* » représente de nombreux cas avec une structure de coûts particulière. Ce split bénéficie à tous les cas au sein du DRG de base G71.

Un utilisateur a demandé que d'autres critères de split soient examinés dans le DRG de base G86 « *Maladies et troubles des organes digestifs, un jour d'hospitalisation* ». Comme solution, un split par PCCL ainsi que des diagnostics tels que les néoformations malignes, les entérites et d'autres maladies des organes digestifs ont été proposés. Toutefois, ces diagnostics et le split par PCCL ne se sont pas révélés être des séparateurs de coûts.

- En revanche, lors des analyses, un groupe de cas avec une intervention particulière a été identifié.
- À la suite de ces analyses, le groupe de codes 42.33.2- « *Excision ou destruction de lésion ou de tissu de l'œsophage, par endoscopie* » a pu être revalorisé par un split du DRG G86C, car ces interventions entraînent des coûts supplémentaires significatifs.

Dans le cadre d'analyses globales, des cas présentant des coûts particulièrement élevés ont été identifiés dans le DRG G86B. Il s'agit de cas avec le diagnostic principal T18.2 « *Corps étranger dans l'estomac* » et le diagnostic secondaire X84.9 « *Lésion auto-infligée délibérée* ». D'autres facteurs expliquant les coûts élevés supplémentaires sont les transferts nécessitant des ressources importantes, que nous avons pu mettre en évidence dans un grand nombre de cas.

- La combinaison du code CIM X84.9 « *Lésion auto-infligée délibérée* » et de la variable « *Transfert* » a été ajoutée au DRG G86A.
- Ces cas concernés seront ainsi revalorisés de manière appropriée à l'avenir.

Lors des travaux de développement du système, il a été constaté que le split par PCCL existant du DRG G19A « *Autres interventions sur l'estomac, l'œsophage et le duodénum...avec CC sévères* » (PCCL > 3) n'assurait plus une séparation suffisante des coûts.

- Le split par PCCL a été renforcé. Désormais, pour le DRG G19A, est nécessaire un « *PCCL > 4* » pour être regroupé dans ce DRG.
- Les cas avec un « *PCCL > 3* » arrivent désormais dans le DRG G19B.

Une structure de coûts homogène a également été identifiée dans les DRG G21A et G21B.

- Les DRG G21A et G21B ont été fusionnées en supprimant le split basé sur les points de dépense pour TC de SI/TC en U-IMC.

À la suite de nos analyses, des cas coûteux ont été identifiés dans le DRG G35B « *Traitement sous vide complexe pour maladies et troubles des organes digestifs ou diagnostic complexe avec intervention complexe* ».

- Des adaptations ont pu être effectuées dans le split du DRG G35A.
- La condition supplémentaire « *Traitement sous vide* » pour le DRG G35A a été supprimée. Ainsi, les cas avec un « *Âge < 16 ans* » y sont désormais regroupés sans autre condition.
- En outre, la condition « *TC de SI chez l'adulte > 360 points* » en combinaison avec « *Procédures opératoires particulières en quatre temps* » a été ajoutée dans le DRG G35A, ainsi que la fonction « *Situation coûteuse pour néoformation maligne* ».

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

Dans une demande, il a été signalé que, dans la MDC 07, certains cas présentant un diagnostic de septicémie (groupe de codes CIM A41.-) sont plus coûteux et présentent une structure de coûts hétérogène par rapport aux autres cas.

- Le tableau avec les diagnostics de septicémie a été ajouté dans les DRG suivants en tant que critère de revalorisation :
 - DRG H01A « *Interventions sur le pancréas avec traitement sous vide ou traitement complexe de soins intensifs > 196/360 points... »*
 - DRG H07B « *Cholécystectomie particulière avec âge > 11 ans ou traitement complexe de soins intensifs/TC en U-IMC NN/enf. > 130 points... »*
 - DRG H37A « *Maladies et troubles du système hépatobiliaire et du pancréas avec traitement complexe de soins intensifs/TC en U-IMC > 196/360 points... »*

Un demandeur nous a signalé que, lors d'interventions sur les voies biliaires, telles que des biopsies, un cholangioscope à usage unique est utilisé. Cela entraîne des coûts élevés de matériel. Ces coûts supplémentaires ne sont pas couverts dans les DRG actuels.

- L'intervention est codée avec le code CHOP 51.17 « *Cholangioscopie perorale* ».
- Les analyses ont permis de démontrer les coûts supplémentaires de matériel dans le DRG de base H41.
- Le code CHOP 51.17 a été ajouté dans les critères de split des DRG H41A et H41C. Ces cas sont ainsi revalorisés de manière appropriée.

Une autre demande a été soumise, indiquant que les DRG de base H01 et H09 incluent des interventions sur le foie et le pancréas, bien que ces interventions présentent des structures de coûts différentes. Alors que, selon le demandeur, des techniques mini-invasives sont majoritairement utilisées pour les résections du foie, les pancréatectomies sont encore réalisées par voie ouverte. Cette procédure entraîne une durée de séjour plus longue et des coûts plus élevés. Il a été demandé de différencier les types d'intervention selon le système d'organes et selon qu'ils sont invasifs ou mini-invasifs.

- Dans le cadre des analyses, l'hétérogénéité fondamentale des coûts décrite entre les interventions sur le pancréas et le foie n'a pas pu être démontrée.
- Seuls les cas avec le code CHOP 52.52.11 « *Pancréatectomie caudale, par chirurgie ouverte* » sont associés à des coûts nettement plus élevés.
- Pour cette raison, le code CHOP 52.52.11 a été ajouté dans le DRG de base H01, ce qui équivaut à une revalorisation.

Un autre groupe de cas coûteux a été identifié dans ce contexte et a pu être revalorisé. La condition « *Intervention multiviscérale* » en combinaison avec un diagnostic « *Néofformation maligne des organes digestifs* » a été ajoutée dans le critère de split du DRG H01B, et les cas concernés seront ainsi revalorisés à l'avenir.

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

Lors d'analyses internes, il a été constaté que les cas avec une « *Dissection des ganglions cervicaux* » 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* » étaient sous-rémunérés.

- L'ajout du tableau « *Dissection des ganglions cervicaux* » avec les codes CHOP 40.4- « *Curage sélectif (fonctionnel)/radical des ganglions lymphatiques cervicaux, ... »* dans le DRG I02A a entraîné une représentation adéquate de ce groupe de cas.

Lors d'une analyse, il s'est avéré que le critère de split « *Prothèse à tige longue* », code CHOP 81.A1.13, ne convenait plus comme séparateur de coûts à plusieurs endroits du système.

- Le code CHOP 81.A1.13 « *Prothèse à tige longue* » a ainsi été déprécié dans les DRG de base I04 « *Révision ou remplacement de l'articulation du genou avec diagnostic de complication ou arthrodèse* », I43 « *Implantation ou changement complet d'une endoprothèse du genou* » et I46 « *Implantation, remplacement ou révision d'une endoprothèse de hanche* ».
- Dans le DRG de base I04, le code CHOP 81.A1.12 « *Prothèse modulaire* » a également été déprécié, car ce critère s'est lui aussi avéré ne plus convenir comme séparateur de coûts.
- Dans le cadre des analyses, il a également été identifié des cas sous-rémunérés dans le DRG de base I46. Grâce à l'intégration de la fonction globale « *Procédures opératoires particulières en plusieurs temps* », ces cas ont pu être revalorisés dans le DRG I46A et ainsi être représentés de manière adéquate.

Nous avons reçu une demande indiquant que les remplacements de prothèse de l'épaule, notamment lors de l'utilisation de prothèses à tige longue ou modulaires, étaient sous-rémunérés dans le DRG I05B « *Remplacement d'articulation ou révision aux membres supérieurs avec intervention complexe* ». En conséquence, le groupe de codes CHOP 81.80.2- « *Implantation endoprothèse totale d'épaule lors d'un remplacement de prothèse* » devrait être revalorisé.

- La situation en lien avec l'utilisation d'une « *Prothèse à tige longue* » (code CHOP 81.A1.13) ou d'une « *Prothèse modulaire* » (code CHOP 81.A1.12) n'a pas pu être confirmée sur la base des données à notre disposition.
- De même, les cas avec un code CHOP 81.80.2- « *Implantation endoprothèse totale d'épaule lors d'un remplacement de prothèse* » sont représentés de manière adéquate dans le DRG I05B, et aucune utilisation supplémentaire de ressources n'a pu être constatée par rapport à la « *Première implantation endoprothèse totale d'épaule* » code CHOP 81.80.1-.
- Dans le cadre des analyses réalisées, des cas avec un remplacement de prothèse effectué à des jours différents ont toutefois été identifiés. Ces cas sont associés à une consommation plus élevée de ressources. En conséquence, un nouveau DRG I05B a pu être créé au-dessus de l'ancien I05B à l'aide de la fonction globale « *Procédures opératoires complexes en plusieurs temps* ».
- L'ancien DRG I05B est devenu, sans modification du critère de split, le nouveau DRG I05C et l'ancien DRG I05C est devenu le nouveau DRG I05D.
- Par ailleurs, après des tests approfondis, le split par degré de gravité pour le DRG I05A a pu être renforcé, passant de « *PCCL > 3* » à « *PCCL > 4* ». Le critère de split permet d'identifier un groupe de cas approprié pour le nouveau DRG I05B et a donc pu être réintroduit.
- À la suite des restructurations mentionnées, les cas des DRG I05C et I05D ont présenté des coûts si proches qu'il n'était plus pertinent de les maintenir dans deux DRG distinctes. La fusion de ces deux DRG a permis de constituer un groupe de cas homogène, qui forme le nouveau DRG I05C.
- Les points de dépense pour TC de SI/TC en U-IMC pour les adultes ont été nouvellement ajoutés dans les DRG I05A et I05B avec des différents seuils (chapitre 3.1.5 « *Médecine intensive* »).

Nous avons reçu plusieurs demandes concernant la représentation de la chirurgie de la colonne vertébrale. Il nous a été demandé d'évaluer de manière différenciée les cas selon le niveau du segment ainsi que selon la voie d'abord dorsale ou ventrale de l'intervention. Depuis plusieurs années, une incertitude récurrente concernant le codage des interventions sur la colonne vertébrale est constatée chez les utilisateurs. Dès le courant de l'année, des divergences ont été constatées concernant les codes CHOP, ainsi que les définitions et les recommandations de codage. Les analyses des données ont révélé une situation très hétérogène. SwissDRG SA a recommandé aux sociétés de la discipline

médicale une révision des codes CHOP afin de parvenir à un codage uniforme. Les restructurations suivantes ont pu être effectuées pour la version 16.0 :

- Les interventions pour « *Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse sans fusion des vertèbres, ...* » ont été mises au même niveau que celles pour « *Stabilisation dynamique de la colonne vertébrale, ...* ».
- Pour le DRG I06B « *Interventions complexes sur la colonne vertébrale...* », les interventions combinées « *dorsale* » et « *ventrale* » ont déjà été ajoutées dès le premier segment.
- Au sein du DRG de base I09 « *Fusion de corps vertébraux...* », un « *PCCL > 4* » a pu être établi pour le DRG I09B et un « *PCCL > 3* » pour le DRG I09C.
- Le critère de split « *Néoformation de la colonne vertébrale / de la moelle épinière* » a été ajouté dans le DRG I09C.
- Les cas avec une intervention combinée « *dorsale* » et « *ventrale* » dès un segment sont regroupés dans le DRG I09D.
- Une « *Décompression de la colonne vertébrale, 3 segments ou plus* » a été revalorisée dans le DRG I09E.
- Le split par PCCL pour le DRG I10A a été renforcé, passant de « *PCCL > 3* » à « *PCCL > 4* ».
- Les cas avec « *TC de SI chez l'adulte > 119 points* » ont été dépréciés dans le DRG I10C.

Un demandeur a demandé un examen de tous les cas avec des codes CIM pour défaillance rénale chronique et/ou aiguë, à tous les stades.

- En conséquence, les codes CIM N17.*3 pour insuffisance rénale aiguë, stade 3 ont été ajoutés dans la matrice CC.
- En outre, les cas avec le code CIM N18.3 « *Maladie rénale chronique, stade 3* » ont pu être revalorisés dans le DRG I13B « *Interventions sur l'humérus, le tibia, le péroné et la cheville, ...* », tandis que les cas avec une maladie rénale chronique à partir du stade 4 (codes CIM N18.4 / N18.5) ont été revalorisés dans le DRG I13A.
- Les cas avec une maladie rénale chronique à partir du stade 3 ont également été ajoutés comme critère de split dans le DRG I08B « *Autres interventions sur l'articulation de la hanche et le fémur avec interventions multiples...* ».

À la suite de la révision complète de la fonction globale « *Traumatisme multiple* », des cas sont désormais regroupés dans la MDC 08, où ils ne sont pas représentés de manière à couvrir les coûts. Les restructurations suivantes ont permis d'obtenir une représentation adéquate de ces cas :

- Ajout de la condition « *Procédures opératoires particulières en plusieurs temps* » dans le DRG I08A « *Autres interventions sur l'articulation de la hanche et le fémur avec CC extrêmement sévères et intervention multiple ou procédure complexe...* ».
- Le critère de split « *Intervention sur plusieurs localisations* » a été ajouté dans le DRG I21B « *Interventions particulières sur l'articulation de la hanche et le fémur, âge < 16 ans...* ».

Selon une demande, les cas avec un diagnostic « *Artérite à cellules géantes* » et des diagnostics secondaires graves, pour lesquels une biopsie de l'artère temporale est pratiquée, sont sous-rémunérés dans le DRG de base I28 « *Autres interventions sur les os ou tissu conjonctif* ». Une vérification du critère de split par PCCL a été demandée.

- Les données ont montré qu'un critère de split par degré de gravité n'était pas approprié et que, dans l'ensemble, les cas étaient bien représentés dans la structure tarifaire.
- Les analyses ont toutefois montré que les critères de split entre les DRG I28B et I28C ne se sont plus avérés être des caractéristiques de séparation des coûts. En conséquence, ces deux DRG ont été fusionnés pour former un nouveau DRG I28B.

Nous avons reçu un retour indiquant que les cas nécessitant un « *Rattachement de tendon, épaule* » (code CHOP 83.73.11) dans le cadre d'un « *Syndrome de la coiffe des rotateurs* » (code CIM M75.1) ou d'une « *Lésion traumatique de muscles et de tendons de la coiffe des rotateurs* » (code CIM S46.0), étaient sous-rémunérés dans le DRG I29C « *Interventions complexes sur l'omoplate, la clavicule, les côtes ou l'épaule* ».

- Avec l'ajout des diagnostics du syndrome de la coiffe des rotateurs (codes CIM M75.1 ou S46.0) comme diagnostic principal ou secondaire, en combinaison avec une intervention sur un tendon de l'épaule (codes CHOP 83.64.11, 83.73.11, 83.88.41 ou 83.88.91) comme critère de split d'un nouveau DRG I29C situé au-dessus de l'ancien DRG I29C, ces cas sont désormais représentés de manière adéquate.
- En outre, les points de dépense pour TC de SI/TC en U-IMC ont été réduits ou nouvellement introduits dans le DRG I29A (chapitre 3.1.5 « *Médecine intensive* »).

Dans le cadre du développement de la structure tarifaire, il a été identifié des cas sous-rémunérés dans le DRG de base I30 « *Interventions complexes sur l'articulation du genou* ».

- Le tableau I30-1 a pu être complété par les codes CHOP 81.43 « *Réparation de la triade malheureuse du genou* » et 81.45.10-29 « *Autre réparation des ligaments croisés* ».

Dans une demande, il a été signalé que les cas avec la procédure « *Implantation d'endoprothèse d'articulation trapézo-métacarpienne du pouce* » (code CHOP 81.74.10) étaient sous-rémunérés aussi bien dans le DRG I32F d'un jour d'hospitalisation « *Interventions sur le poignet et la main, un jour d'hospitalisation* » que dans le DRG I32C plus d'un jour d'hospitalisation « *Interventions sur le poignet... plus d'un jour d'hospitalisation* ».

- En conséquence, la création d'un nouveau DRG I32F pour un jour d'hospitalisation, situé au-dessus de l'ancien DRG I32F, a été effectuée. Le tableau I32-10 déjà existant, qui comprend notamment l'implantation d'endoprothèse d'articulation trapézo-métacarpienne du pouce, a été utilisé comme critère de split.
- Une analyse plus détaillée des codes CHOP contenus dans le tableau mentionné ci-dessus a montré que les cas avec des interventions telles que « *Remplacement total du poignet, y compris révision/remplacement* » (codes CHOP 81.73, 81.97.15), « *Transfert de doigt* » (codes CHOP 82.81, 82.61, 82.89.16) ou « *Correction de syndactylie, main* » (codes CHOP 86.85.30, 86.85.50, 86.85.70, 86.85.99) sont associés à une consommation de ressources nettement plus élevée. Ces cas sont désormais revalorisés dans le DRG I32E.
- Même en cas d'une durée d'hospitalisation de plus d'un jour, les interventions « *Transfert de doigt* » se sont révélées comme nécessitant beaucoup de ressources et ont ainsi pu être revalorisées dans le DRG I32B. Les critères de split du DRG I32B ont en outre été complétés par le diagnostic principal ou secondaire « *Fasciite nécrosante main/avant-bras* » (codes CIM M72.63–M72.64), ainsi que par la fonction « *Procédures opératoires particulières en plusieurs temps* ».
- En outre, un « *PCCL > 3* » s'est avéré constituer un critère de split approprié pour le DRG I32A et a été introduit.
- Dans le DRG I32C, la situation décrite dans la demande n'a pas pu être confirmée au niveau national. En conséquence, les cas avec une « *Implantation ou révision/remplacement d'endoprothèse d'articulation trapézo-métacarpienne du pouce* » avec plus d'un jour d'hospitalisation présentent globalement un bon taux de couverture.
- Un examen plus approfondi des cas du DRG I32C a toutefois montré que les interventions telles que l'« *Arthroplastie avec implant* » (codes CHOP 81.71.99, 81.74.21, 81.74.99), la « *Transplantation, transposition ou suture de nerf périphérique de la main* » (codes CHOP 04.3X.*4, 04.51.12, 04.6X.60, 04.6X.73, 04.74.99, 04.75, 04.76, 04.79.13, 04.79.24) ou la « *Correction de syndactylie de la main* » se sont révélées être des interventions

particulièrement coûteuses. Ces interventions ont été utilisées pour créer un nouveau DRG I32C, de sorte que le DRG I32C (v15.0) correspond désormais au DRG I32D (v16.0).

- Dans le cadre de la restructuration décrite ci-dessus, la numérotation des DRG d'un jour d'hospitalisation a également été déplacée d'une position. En conséquence, le DRG I32E (v15.0) correspond au DRG I32F (v16.0), le nouveau DRG I32F correspond au DRG I32G (v16.0) et le DRG I32F (v15.0) correspond au DRG I32H (v16.0).
- Les points de dépense pour TC de SI/TC en U-IMC ont été nouvellement ajoutés dans les DRG I32A et I32B avec des différents seuils (chapitre 3.1.5 « Médecine intensive »).

Selon un demandeur, les « *Fractures du fémur* » traitées de manière conservatrice (codes CIM S72*) sont sous-rémunérées dans le DRG I60B « *Fractures du bassin, du col du fémur et du fémur, âge > 2 ans* », car elles entraînent notamment une utilisation de ressources nettement plus élevée que les fractures du bassin traitées de manière conservatrice. En outre, les cas avec un « *PCCL > 2* » dans le DRG I60B ne seraient pas représentés de manière adéquate.

- Dans nos analyses, les fractures traitées de manière conservatrice se sont révélées, dans leur ensemble, bien représentées. Seule la procédure « *Réduction fermée de fracture sans fixation interne* » avec le code CHOP 79.05 s'est avérée associée à une consommation plus élevée de ressources et a ainsi pu être revalorisée dans un nouveau DRG I60B.
- Le nouveau DRG I60B a en outre été complété par le critère de split « *PCCL > 2* » ou « *Âge < 6 ans* ». En revanche, les cas avec « *Âge < 3 ans* » continuent d'être regroupés, sans modification, dans le DRG I60A.

Dans le cadre du développement de la MDC 21A « *Traumatisme multiple* », des cas ont été dépréciés dans le DRG I61B d'un jour d'hospitalisation « *Maladies et troubles du tissu musculosquelettique et conjonctif, âge > 15 ans et un jour d'hospitalisation* », où ils sont sous-rémunérés.

- Afin de représenter à nouveau ces cas de manière adéquate, les tableaux existants PTR-7, PTR-8 et PTR-9 (comprenant des lésions traumatiques de la colonne cervicale, thoracique et lombaire ainsi que du bassin) de la fonction « *Traumatisme multiple* » ont été utilisés comme critères de split pour le DRG I61A.

Une autre demande concernait l'examen d'une représentation adéquate des cas avec une « *Polymyalgie rhumatismale* » (code CIM M35.3) comme diagnostic principal dans le DRG de base I66 « *Affections du tissu conjonctif ou arthrite particulière* ».

- Sur la base des données nationales, il s'agit d'un petit groupe de cas avec le diagnostic principal « *Polymyalgie rhumatismale* », qui est représenté de manière adéquate dans le DRG de base I66.
- Les analyses ont toutefois montré une surévaluation des codes CIM M35.8 « *Autres atteintes systémiques précisées du tissu conjonctif* » et M35.9 « *Atteinte systémique du tissu conjonctif, sans précision* » dans le DRG de base I66. Ces codes ont été déplacés dans le DRG de base I76 « *Autres affections du tissu conjonctif* ».
- En revanche, dans le DRG I76, on a constaté une sous-rémunération des codes CIM M00* « *Arthrite à bactéries pyogènes* », A54.4 « *Infection gonococcique du système ostéo-articulaire et des muscles* » et A66.6 « *Lésions ostéo-articulaires pianiques* » lorsqu'ils étaient utilisés comme diagnostic principal. Pour cette raison, ces codes CIM ont été déplacés dans le DRG de base I66.
- Les points de dépense pour TC en U-IMC pour les adultes ont été nouvellement ajoutés dans le DRG I66A (chapitre 3.1.5 « Médecine intensive »).

Selon un demandeur, les affections de la colonne vertébrale confirmées par examen mécanique, telles que les codes CIM M51.1 « *Atteintes d'un disque lombaire et d'autres disques intervertébraux avec*

radiculopathie » ou M48.0- « *Rétrécissement du canal médullaire* », sont sous-rémunérées dans le DRG I68D « *Affections et blessures dans la région de la colonne vertébrale traitées de manière non opératoire, âge > 15 ans* ». Il en va de même pour les cas avec les codes CIM M46.4 – « *Discite, sans précision* » et « *PCCL < 3* ».

- La différenciation proposée dans la demande entre les affections de la colonne vertébrale confirmées par examen mécanique (codes CIM-10 M51.1 et M48.0-) et les douleurs dorsales non spécifiques s'est révélée inappropriée selon nos données.
- En revanche, la sous-rémunération des cas avec une « *Discite, sans précision* » et un « *PCCL > 3* » a pu être confirmée. Ainsi, les cas avec une discite ou une spondylopathie infectieuse (codes CIM M46.40-48 et M46.50-58) sont désormais revalorisés dans le DRG I68B, indépendamment du degré de gravité. En combinaison avec un « *PCCL > 3* », ils sont regroupés dans le DRG I68A.

Nous avons reçu une autre demande d'examen du diagnostic M80.0 – « *Ostéoporose avec fracture pathologique* » en tant que critère de split dans le DRG de base I69 « *Maladies des os et arthropathies* ». En outre, le seuil du critère de split par PCCL devait être vérifié.

- Selon notre analyse, les cas avec une « *Ostéoporose avec fracture pathologique* » (code CIM M80.0-) sont représentés de manière adéquate dans le DRG I69C.
- Lors de l'examen du split par PCCL, les cas avec un « *PCCL > 3* » se sont révélés particulièrement consommateurs de ressources. En conséquence, cette condition de split a été utilisée pour créer un nouveau DRG I69A au-dessus de l'ancien DRG I69A.
- L'ancien DRG I69A est devenu le nouveau DRG I69B avec les mêmes conditions, l'ancien DRG I69B est devenu le DRG I69C et l'ancien DRG I69C est devenu le DRG I69D.

Dans le cadre du développement du système, des cas sous-rémunérés ont été identifiés dans le DRG de base I95 « *Implantation d'une endoprothèse pour tumeur ou procédure complexe en plusieurs temps...* ».

- Avec l'introduction du critère de split « *PCCL > 3* », ces cas sont désormais regroupés dans le DRG I95A et y sont représentés de manière adéquate.
- Les points de dépense pour TC de SI/TC en U-IMC ont été réduits ou nouvellement introduits dans le DRG I95A (chapitre 3.1.5 « *Médecine intensifiée intensive* »).

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

Nous avons été informés que les codes CIM pour « *...complications dues à une prothèse ou un implant mammaire* » sont représentés de manière différente dans la structure tarifaire.

- Le code CIM T85.83 « *Autres complications dues à une prothèse ou un implant mammaire* » a été déplacé de la MDC 21B vers la MDC 09 et mis au même niveau que le code CIM T85.4 « *Complication mécanique d'une prothèse et d'un implant mammaires* ».

Dans le cadre des analyses réalisées dans la MDC 09, des cas sous-rémunérés ont été identifiés dans le DRG J11A avec traitement sous vide. Jusqu'à présent, la fonction « *Traitement sous vide* » n'était représentée dans la MDC 09 que dans le DRG de base J11.

- La fonction « *Traitement sous vide* » a désormais été revalorisée dans les DRG suivants :
 - DRG J02A « *Transplantation de peau, plastie par lambeaux, lymphadénectomie étendue, transplantation de tissu avec anastomose microvasculaire avec...traitement sous vide* »
 - DRG de base J03 et DRG J03A « *Interventions sur la peau... avec CC extrêmement sévères ou traitement sous vide* »

- Cela a permis d'améliorer la représentation des cas et de supprimer la fonction « *Traitement sous vide* » du DRG de base J11.

Selon une demande, chez les patients atteints, par exemple, d'un mélanome malin, la réadmission dans un milieu dermatologique stationnaire pour la couverture plastique de la lésion intervient généralement environ une semaine après l'excision initiale. Cette procédure thérapeutique en deux temps, cliniquement indiquée, y compris lorsque des réexcisions sont nécessaires, entraîne des regroupements de cas et une représentation non adéquate de ces cas.

- Avec l'introduction de la fonction globale « *Procédures opératoires complexes en plusieurs temps* » dans le DRG J10A « *Opérations de chirurgie plastique au niveau de la peau, du tissu sous-cutané et de la glande mammaire avec intervention particulière ou sur plusieurs localisations ou procédures opératoires complexes en plusieurs temps, âge < 16 ans* », ces cas ont pu être revalorisés et sont désormais représentés de manière adéquate.

Suite à une remarque, il a été constaté que le code CIM E88.29 « *Autre lipomatose, non classée ailleurs* » est regroupé dans la MDC 10 lorsqu'il est utilisé comme diagnostic principal, tandis que les autres codes CIM de ce groupe sont représentés dans la MDC 23. De plus, il a été signalé que, dans le cas des lipœdèmes, des réductions de tissu ou des aspirations de tissu adipeux sont fréquemment réalisées et entraînent ainsi une consommation plus élevée de ressources.

- Les données ont confirmé une consommation de ressources similaire pour les diagnostics et les procédures.
- Les codes CIM suivants ont été déplacés du tableau des diagnostics principaux de la MDC 23 vers le tableau des diagnostics principaux de la MDC 10 et le DRG de base K62 :
 - E88.20 « *Lipœdème, stade I* »
 - E88.21 « *Lipœdème, stade II* »
 - E88.22 « *Lipœdème, stade III* »
 - E88.28 « *Autre lipœdème ou lipœdème non précisé* »
- Les codes CHOP 86.83.09 « *Remodelage de la silhouette et liposuccion, autre* » et 86.83.21 « *Aspiration de tissu adipeux* » ont été revalorisés en tant que procédures médicales et ajoutés dans le déplacement « *Autres interventions pour obésité/lipomatose* » vers la MDC 09.
- De plus, ces deux codes CHOP sont également représentés dans le DRG de base J11 « *Autres interventions sur la peau, le tissu sous-cutané et la glande mammaire* ».
- Grâce au déplacement existant vers la MDC 09 et à l'ajout des codes CHOP en tant que procédures pertinentes pour le regroupement, une représentation adéquate des cas avec un lipœdème et une liposuccion au sein de la MDC 09 a pu être obtenue.

En ce qui concerne le DRG de base J11, nous avons également constaté une représentation non adéquate de certains groupes de cas.

- Ainsi, le critère de split « *Ulcère/Érysipèle* » du DRG J11A s'est révélé surévalué et a donc été supprimé.
- En revanche, les cas avec les conditions suivantes ont pu être revalorisés dans le DRG J11A :
 - « *Maladie rénale chronique, à partir du stade III* » avec les CIM codes N18.3-5,
 - « *Procédures de complication* » et
 - les isolements déjà mentionnés ci-dessus (chapitre 3.2.2 sous « *Mesures d'isolement* »)
- Des codes CHOP pour interventions particulières sur le système urinaire ont été ajoutés dans le DRG de base J11, permettant ainsi de revaloriser des cas sous-rémunérés de la partition médicale.

Dans une demande, il a été signalé que les interventions multiples en un temps ne sont pas suffisamment différenciées dans la systématique tarifaire. Concrètement, la demande concernait les

mastectomies associées, lors de la même intervention, à des ablations des ganglions lymphatiques ainsi qu'à des interventions de chirurgie plastique ou à des implantations de prothèses. Selon le demandeur, la représentation insuffisante de ces interventions en un temps crée une incitation inopportune à une augmentation des volumes ainsi qu'à des interventions multiples plus contraignantes pour les patients.

- Nous avons pu constater une légère sous-rémunération des cas avec les situations décrites ci-dessus dans la MDC 09.
- Les cas avec les conditions suivantes sont désormais regroupés dans le DRG J14Z, où ils sont représentés de manière adéquate :
 - « *Néoformation maligne de la glande mammaire* » et
 - « *Mastectomie* » et
 - « *Excision de ganglions lymphatiques sentinelles* » et
 - « *Interventions de chirurgie plastique particulières* » ou « *Implantation de prothèse* »

Les cas présentaient des coûts trop faibles pour une revalorisation dans le DRG de base J06.

Dans le cadre des analyses, nous avons constaté une surévaluation du code CHOP 85.D1 « *Injection intramammaire pour augmentation* ».

- Le code CHOP a été supprimé de toutes les fonctions globales et déprécié dans la MDC 09.
- Désormais, ce code CHOP est représenté de manière adéquate 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* ».

Un utilisateur a demandé la revalorisation du groupe de codes CHOP 93.59.7- « *Traitement dermatologique complexe multimodal : Traitement dermatologique du corps entier* » dans la structure tarifaire. Selon le demandeur, la balnéothérapie dermatologique est une modalité bien établie et très efficace lorsqu'elle est indiquée correctement et réalisée de manière appropriée. Elle est toutefois intensive en ressources et, en fonction du tableau clinique, de l'état général des patients et des comorbidités existantes, ne peut être réalisée qu'en milieu stationnaire et n'est actuellement pas représentée de manière adéquate.

- Dans les analyses, une consommation plus élevée de ressources liée à la balnéothérapie dermatologique n'a pas pu être identifiée.
- En raison des conditions de split déjà existantes, ces cas sont bien représentés dans les DRG correspondants.
- Dans les analyses, des cas coûteux en raison de la réalisation d'une biopsie non chirurgicale ont toutefois pu être identifiés dans le DRG J61D. Ainsi, le tableau J61-6 a été établi comme nouveau critère de split pour le DRG J61B.
- Les cas avec un tumor board ont également été revalorisés grâce à l'ajout, déjà décrit ci-dessus (chapitre 3.2.2 sous « *Situations coûteuses pour néoformations malignes* »), de la fonction globale « *Situations coûteuses pour néoformation maligne* » dans le DRG J61A. Une simple revalorisation des néoformations malignes n'aurait pas été appropriée.

Nous avons reçu une demande de revalorisation des groupes de codes CIM L02.- « *Abcès cutané, furoncle et anthrax* » et L08.- « *Autres infections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané* » au sein du DRG de base J64 « *Infection/inflammation de la peau et du tissu sous-cutané* ».

- Les codes CIM mentionnés ne se sont pas révélés être des séparateurs de coûts appropriés. Toutefois, les analyses ont révélé des cas avec des incisions de peau avec drainage ou incisions d'abcès, pour lesquels une légère sous-rémunération a été constatée.
- Ainsi, les groupes de codes CHOP 08.04.1- « *Incision avec drainage de peau et de tissu sous-cutané* » et 86.0A.0- « *Incision de peau et de tissu sous-cutané* » (en raison de l'inclusion « *Incision d'un abcès* ») ont été ajoutés en tant que procédure médicale et critère de split pour

le DRG J64B « *Infection/inflammation de la peau et du tissu sous-cutané avec intervention particulière ou âge < 16 ans* ».

- Dans le cadre de ces analyses, il est toutefois apparu que les cas du DRG J64C présentaient des coûts similaires à ceux des cas du DRG J64A. Ainsi, ces deux DRG ont été fusionnés pour former le DRG J64A « *Infection/inflammation de la peau et du tissu sous-cutané avec CC sévères ou affections particulières avec procédure particulière ou isolement particulier à partir de 7 jours de traitement* ».

3.2.13 MDC 10 Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques

Les analyses réalisées dans le cadre du développement du système tarifaire ont montré que les deux DRG K06A et K06B présentaient une structure des coûts très similaire.

- Les DRG K06A et K06B ont été fusionnés pour former le DRG K06A.
- Le DRG K06C existant a été transformé en un nouveau DRG K06B avec les mêmes conditions.

Selon le demandeur, les cas avec le diagnostic principal C74.- « *Tumeur maligne de la glande surrénale* » présentent, au sein de différents DRG, des coûts nettement plus élevés que le reste des cas collectifs. Une représentation insuffisante de ces cas est notamment décrite dans le DRG de base K64 et le DRG K86A.

- La représentation du groupe de codes CIM C74.- « *Tumeur maligne de la glande surrénale* » a été analysée et ajoutée dans la matrice des CC.
- Dans le DRG K86A, les cas avec une tumeur maligne se sont déjà révélés suffisamment différenciés, de sorte qu'aucun besoin d'adaptation supplémentaire n'a été mis en évidence.
- Au sein du DRG de base K64, le groupe de diagnostics a été examiné comme critère de split, mais ne s'est pas révélé approprié.
- Le critère de split « *PCCL > 3* » a également été ajouté dans le DRG K64A. Les cas avec un degré de gravité plus élevé sont ainsi de plus en plus souvent regroupés dans le DRG K64A.

Des analyses internes ont en outre mis en évidence des cas coûteux dans le DRG K86B, qui ne sont pas liés au groupe de codes CIM C74.-. Avec l'ajout des critères de split « *transféré* » et « *transféré à l'admission* », ces cas sont désormais revalorisés dans le DRG K86A et y sont représentés de manière adéquate.

3.2.14 MDC 11 Maladies et troubles des organes urinaires

Les analyses des données 2024 ont montré un manque d'homogénéité des coûts au sein du DRG de base L42 « *Lithotripsie extracorporelle par ondes de choc (LECO) pour calculs urinaires* ». Les critères de split « *Interventions moyennement sévères au système urinaire* » ainsi que les diagnostics secondaires « *Paraplégie/tétraplégie* » ne se sont plus avérés être des caractéristiques claires de séparation des coûts.

- Les DRG L42A et L42B ont été fusionnés pour former le nouveau DRG L42Z.

Dans le cadre d'analyses globales, il a été constaté dans le DRG de base L63 que les conditions de split existantes ne permettaient plus d'obtenir la séparation des coûts souhaitée. Une révision a ensuite été effectuée.

- Comme les cas avec des enfants de moins de 16 ans se sont révélés coûteux, le split par âge du DRG L63A a donc été adapté. Le split a été étendu de « *Âge < 6 ans* » à « *Âge < 16 ans* ».
- Le tableau « *Biopsie du rein* » ne s'est plus révélé être un séparateur de coûts approprié et a été retiré de la condition de split du DRG L63A.
- Les DRG L63B et L63C ont été fusionnés en raison d'une structure de coûts similaire.

3.2.15 MDC 12 Maladies et troubles des organes génitaux masculins

Un demandeur a décrit une situation concernant le carcinome du pénis, pour lequel le pronostic dépend en grande partie de l'état des ganglions lymphatiques. En particulier, en cas de stades tumoraux avancés à partir de cN1, une lymphadénectomie région inguinale serait pertinente. Le demandeur a indiqué que les amputations du pénis (codes CHOP 64.3X.10-12) associées à une lymphadénectomie région inguinale (codes CHOP 40.24.11 ou 40.3X.25) entraînent des coûts nettement plus élevés que le reste des cas collectifs du DRG M03B.

- Nous avons pu simuler cette proposition de revalorisation de certains codes CHOP et confirmer les coûts plus élevés.
- De nouvelles conditions de split ont été ajoutées pour le DRG M03A :
 - La combinaison des codes CHOP 64.3X.10-12 « *Amputation du pénis* » avec 40.24.- « *Excision de ganglions lymphatiques inguinaux* » ou un « *PCCL > 2* » a été revalorisée dans le DRG M03A.

3.2.16 MDC 13 Maladies et troubles des organes génitaux féminins

Dans le cadre d'une demande, la couverture des coûts du DRG de base N01 « *Hystérectomie pour néoformation maligne* » a été analysée. L'accent a notamment été mis sur les cas avec le code CIM C56 « *Tumeur maligne de l'ovaire* » en combinaison avec le code CHOP 65.42 « *Salpingo-ovariectomie, par chirurgie ouverte* ». Selon le demandeur, ces cas de figure présentaient une rémunération insuffisante dans la structure tarifaire existante.

- Ces cas ont été examinés dans le cadre du développement du système, mais aucun indice de sous-rémunération n'a été identifié.
- Dans le cadre des analyses, une autre situation s'est révélée insuffisamment représentée.
- La combinaison des procédures 68.6- « *Hystérectomie radicale* », 65.3-, 65.4-, 66.4- et 66.7- « *Salpingo-oophorostomie* » ainsi que 40.5- « *Excision radicale de ganglions lymphatiques* » s'est révélée particulièrement consommatrice de ressources. Les coûts élevés ont conduit à la revalorisation de cette situation dans le DRG N01B.

Dans le contexte de l'introduction de nouveaux codes CHOP pour la représentation du traitement chirurgical de prolapsus, une demande de développement a été soumise. Il a été signalé que le traitement chirurgical de prolapsus avec implantation d'un filet est associé à une consommation de ressources particulièrement élevée. En particulier, les interventions laparoscopiques dans ce domaine ne sont pas suffisamment représentées dans le système DRG actuel. Pour cette raison, il a été proposé d'établir un split différencié au sein des DRG N04 et N06. Ce split doit tenir compte en particulier de la voie d'abord chirurgicale afin de représenter de manière adéquate les différences de consommation de ressources entre les procédures ouvertes et laparoscopiques.

Dans le cadre du développement du DRG de base N06 « *Interventions réparatrices complexes sur les organes génitaux féminins* », les critères de split ont été révisés :

- Le DRG N06B comprend désormais les codes CHOP 70.A1/A2.22 « *Traitement chirurgical de prolapsus, par voie laparoscopique, avec filet* ».
- Le DRG N06C comprend les interventions chirurgicales ouvertes (codes CHOP 70.A1/A2.12), les interventions vaginales avec filet (codes CHOP 70.A1/A2.32) ainsi que les interventions laparoscopiques sans filet (codes CHOP 70.A1/A2.21).
- Le DRG N06D comprend enfin les interventions chirurgicales de prolapsus ouvertes et par voie vaginale sans implantation d'un filet (codes CHOP 70.A1.11/31 et 70.A2.11/31).
- Par ailleurs, le split par PCCL du DRG N06A a été renforcé, passant de « *PCCL > 2* » à « *PCCL > 3* ».

Des adaptations concernant le traitement chirurgical de prolapsus ont également pu être mises en œuvre dans le DRG de base N04 « *Hystérectomie ou ovariectomie ou interventions complexes sur les trompes utérines, sauf pour néoformation maligne* ».

- À cette occasion, les interventions laparoscopiques de prolapsus avec implantation d'un filet (codes CHOP 70.A1/A2.22) ainsi que l'intervention chirurgicale ouverte avec implantation d'un filet sur deux ou trois compartiments (code CHOP 70.A2.12) ont été revalorisées dans le DRG N04B.
- Cette distinction selon la voie d'abord et l'étendue de l'intervention permet une rémunération plus précise et mieux adaptée aux prestations.

Nous avons reçu une demande indiquant que le traitement de l'endométriose (profondément infiltrante), en raison des interventions chirurgicales souvent complexes qu'elle nécessite, constitue un défi particulier. Il est souvent nécessaire de pratiquer des interventions complexes sur différents organes, ce qui implique une durée opératoire prolongée. Dans ce contexte, l'introduction d'un DRG de base avec plusieurs degrés de sévérité a été demandée. Celui-ci doit permettre une représentation différenciée de la réalité des traitements, notamment par la prise en compte du nombre et de la localisation des interventions réalisées.

- Suite aux simulations réalisées, nous avons pu adhérer à la proposition de solution et introduire un nouveau DRG de base N17.
- La classification dans les différents degrés de sévérité s'effectue selon le nombre et la combinaison des procédures réalisées sur différentes localisations telles que l'ovaire, l'utérus, la paroi abdominale, l'intestin ou l'uretère.
- Ainsi, les cas avec au moins cinq procédures sur des localisations différentes sont regroupés dans le DRG N17A.
- Dans le DRG N17B sont regroupés cas avec quatre procédures sur différentes localisations ou avec au moins deux procédures sur différentes localisations avec adhésiolyse.

Dans le cadre d'une autre demande, le DRG de base N23 « *Autres interventions réparatrices sur les organes génitaux féminins ou énucléation de myome* » ainsi que le groupe de cas de jeunes patientes ont été mis en évidence. Selon le demandeur, il s'agit notamment de cas dans lesquels une excision ou une destruction par laparoscopie d'un ou plusieurs myomes de l'utérus (code CHOP 68.29.48) est réalisée. Ces interventions visent souvent à éviter une hystérectomie et ainsi à préserver l'utérus. Selon le demandeur, ces cas sont déficitaires.

- Dans le cadre du développement de la structure tarifaire, un nouveau split du DRG N23A a pu être introduit.
- Ainsi, les cas avec les codes CHOP 68.29.4- « *Excision et destruction d'un ou plusieurs myomes de l'utérus* », sont revalorisés de manière adéquate au sein de leur groupe de cas homogène.

3.2.17 MDC 14 Grossesse, naissance et suites de couches

Dans le cadre de la procédure de demande, plusieurs demandes concernant la représentation des accouchements ont été soumises. D'une part, une réévaluation générale du DRG de base O60 a été demandée. Un autre utilisateur a demandé que les accouchements par voie basse, avec ou sans complication ou traitement particulier, ne soient pas moins rémunérés que les césariennes programmées à la demande de la mère ou les césariennes programmées après une première césarienne. À cet effet, les accouchements avec des codes d'induction du groupe de codes CHOP 73.* « *Autres inductions ou assistances de l'accouchement* » devaient être revalorisés dans le DRG de base O60 ou les codes CHOP 73.7X.1- « *Traitement hospitalier avant l'accouchement durant la même hospitalisation, selon le nombre de jours de traitement* » devaient être vérifiés dans le DRG de base O60. Enfin, un autre utilisateur a demandé que le code CHOP 73.7X.11 « *Traitement hospitalier avant*

l'accouchement durant la même hospitalisation, d'au moins 3 à 6 jours de traitement » soit représenté dans les DRG de base O01, O02 et O60 ou, à titre alternatif, dans le DRG de base O50.

- L'évaluation différente des diverses procédures d'accouchement a été confirmée dans le cadre des analyses.
- Les codes CHOP 73.7X.1- *« Traitement hospitalier avant l'accouchement durant la même hospitalisation, selon le nombre de jours de traitement »* sont déjà regroupés, à l'exception du niveau le plus bas, dans le DRG de base O50 et y sont mieux valorisés. Le niveau le plus bas avec le code CHOP 73.7X.11 *« Traitement hospitalier avant l'accouchement durant la même hospitalisation, d'au moins 3 à 6 jours de traitement »* est toutefois désormais revalorisé dans le DRG O60B. Une revalorisation au sein des DRG de base O01 ou O02, ou un ajout dans le DRG de base O50, n'ont pas montré de potentiel positif.
- Les codes d'induction du groupe de codes CHOP 73.* *« Autres inductions ou assistances de l'accouchement »* ne se sont toutefois pas révélés être des critères de split appropriés.
- En revanche, notre analyse a montré que certains codes CHOP du groupe 72.* *« Accouchement par forceps, par ventouse et par le siège »* entraînent des coûts importants. Les codes CHOP suivants sont désormais regroupés dans le DRG O60C :
 - 72.01 *« Forceps bas effectué avec épisiotomie »*
 - 72.09 *« Forceps bas effectué, autre »*
 - 72.11 *« Forceps bas avec épisiotomie »*
 - 72.19 *« Forceps bas, autre »*
 - 72.21 *« Forceps moyen avec épisiotomie »*
 - 72.29 *« Forceps moyen, autre »*
 - 72.31 *« Forceps haut avec épisiotomie »*
 - 72.39 *« Forceps haut, autre »*
 - 72.51 *« Extraction partielle du siège avec forceps sur tête dernière »*
 - 72.52 *« Autre extraction partielle du siège »*
 - 72.53 *« Extraction totale du siège avec forceps sur tête dernière »*
 - 72.54 *« Autre extraction totale du siège »*
 - 72.6 *« Forceps sur tête dernière »*
 - 72.71 *« Extraction par ventouse avec épisiotomie »*
 - 72.79 *« Extraction par ventouse, autre »*

3.2.18 MDC 15 Nouveau-nés

Un codage non homogène a été constaté en lien avec la ventilation mécanique et l'assistance respiratoire par pression positive continue (CPAP) chez les nouveau-nés. Les codes CHOP 93.9F.11 *« Ventilation mécanique et assistance respiratoire par pression positive continue [CPAP] chez le nouveau-né et le nourrisson »* ainsi que 99.65 *« Traitement aigu d'un trouble adaptatif chez le nourrisson (réanimation primaire) »* étaient notamment concernés.

Les analyses ont montré une représentation différente de ces prestations au sein du système tarifaire, ce qui a entraîné une pratique de codage non homogène.

- Les codes CHOP 93.9F.11 *« Ventilation mécanique et assistance respiratoire par pression positive continue [CPAP] chez le nouveau-né et le nourrisson »* ainsi que 99.65 *« Traitement aigu d'un trouble adaptatif chez le nourrisson (réanimation primaire) »* ont été mis au même niveau dans le système tarifaire afin de garantir une représentation cohérente.

3.2.19 MDC 17 Néoformations hématologiques et solides

Dans le cadre des analyses, des cas sous-rémunérés ont été identifiés dans le DRG de base R01 *« Interventions opératoires pour néoformations hématologiques et solides... »* et dans le DRG de base R61 *« Lymphome et leucémie non aiguë... »*.

- Des procédures en plusieurs temps ont pu être identifiées comme séparateurs de coûts.
- La fonction globale « *Procédures opératoires particulières en plusieurs temps* » a été revalorisée dans le DRG R01A « *Interventions opératoires pour néoformations hématologiques et solides... et procédures opératoires particulières en plusieurs temps* ».
- Une revalorisation des cas avec « *Procédures opératoires complexes en plusieurs temps* » a été effectuée dans le DRG de base R50 « *Chimiothérapie hautement complexe deux séries de traitement ou chimiothérapie hautement complexe avec...* ».

Un demandeur a signalé des cas représentés de manière inadéquate dans le DRG de base R60 « *Leucémie myéloïde aiguë, ... ou prélèvement autologue de CS ou Graft versus Host Disease (réaction du greffon contre l'hôte)* », en particulier des cas avec le diagnostic principal C92.00 « *Leucémie myéloblastique aiguë [LMA] : Sans mention de rémission complète* », qui seraient concernés par une sous-rémunération au niveau national. Comme autres séparateurs de coûts potentiels, il a mentionné l'aplasie en association avec des infections consécutives ou un éventuel choc cytokinique avec le code CIM D76.4.

- Une revalorisation du groupe de codes CIM C92* « *Leucémie myéloïde* » en tant que diagnostic principal au sein du DRG de base R60 ne s'est pas révélée appropriée.
- L'établissement de nouveaux splits par PCCL ou la revalorisation de chimiothérapies a également entraîné des déplacements de cas non inappropriés.
- Dans le cadre des analyses, des groupes de cas très hétérogènes ont toutefois été identifiés dans le DRG R60B avec chimiothérapies particulières.
- En conséquence, les restructurations suivantes ont été effectuées :
 - Le DRG R60A a été divisé et les cas avec situations particulières avec le code CIM D76.4 « *Syndrome de libération de cytokines [cytokine release syndrome]* » ou avec « *Âge < 18 ans* » sont regroupés dans le nouveau DRG R60A.
 - La condition « *Chimiothérapie complexe* » pour le nouveau DRG R60C a été renforcée avec la fonction globale « *Procédures de complication* ».
 - La condition « *Procédures opératoires non complexes ou moyennement complexes et PCCL > 3* » a également été renforcée. Les « *Chimiothérapies moyennement ou hautement complexe et PCCL > 3* » sont désormais regroupés dans le DRG R60C.
 - Les « *Chimiothérapies complexes* » sont désormais représentées dans le DRG R60D sans autres conditions.
- Grâce à ces restructurations, les cas complexes ont pu être revalorisés et l'homogénéité des coûts au sein du DRG de base R60 a été fortement améliorée.

Le même demandeur a décrit, dans une autre demande, une sous-rémunération des cas avec un lymphome à cellules B dans le DRG de base R61 « *Lymphome et leucémie non aiguë, plus d'un jour d'hospitalisation* ».

- La sous-rémunération décrite pour les cas avec un lymphome à cellules B n'a pas pu être confirmée sur la base des données 2024, et une revalorisation de ces diagnostics ne s'est pas révélée appropriée.
- Les analyses ont toutefois permis d'identifier d'autres séparateurs de coûts et de revaloriser en conséquence les isolements et les enfants déjà décrits au chapitre 3.2.2.
- Par ailleurs, au sein de l'ancien DRG R61E, un groupe de cas avec une consommation élevée de ressources a été identifié, principalement liée à la réalisation de biopsies non opératoires. En conséquence, l'ancien DRG R61E a été divisé en fonction de ces petites interventions, de sorte que ces cas sont désormais représentés de manière adéquate dans le nouveau DRG R61E.
- Dans le cadre de ces restructurations, nous avons identifié des cas nettement sur-rémunérés dans le DRG R61D ; nous avons donc renforcé le split par PCCL > 2 relatif à la réalisation de

petites interventions pour le DRG R61D, ce qui a permis de revaloriser les cas nécessitant beaucoup de ressources.

- Ces restructurations ont permis d'améliorer la qualité de la représentation des cas au sein du DRG de base R61 et augmenter l'homogénéité des coûts.

Dans le cadre des restructurations décrites ci-dessus dans la MDC 17, il est apparu que la qualité de la représentation de certains cas de la MDC 17 serait inférieure dans la pré-MDC par rapport à certains DRG de la MDC 17, en raison d'une radiothérapie supplémentaire ou d'un traitement complexe de médecine palliative.

- Ainsi, les DRG suivants ont été exclus du DRG de base A93 « *Radiothérapie, plus de 8 séances d'irradiation* » :
 - DRG R60A et R60B
 - DRG R50A et R50B
- Des exclusions ont également été adaptées en lien avec le traitement complexe de médecine palliative. Les restructurations correspondantes sont présentées au chapitre 3.1.6 « *Médecine palliative* ».

Ces exclusions ont permis d'obtenir une représentation adéquate des cas concernés.

3.2.20 MDC 19 Maladies et troubles psychiques

Dans le cadre de nos analyses, les critères de split ont été développés dans le DRG U60 :

- Les points de dépense pour TC en U-IMC pour les adultes ainsi que les points de dépense pour TC de SI/TC en U-IMC pour les nouveau-nés et les enfants ont été nouvellement ajoutés dans le DRG U60A (chapitre 3.1.5 « *Médecine intensive* »).
- Les codes CHOP 94.35.1- et 94.35.2- « *Intervention psychiatrique et psychothérapeutique de crise en psychiatrie de l'adulte/l'enfant et de l'adolescent, > 4 heures par jour* » ont été revalorisés dans le DRG U60B.
- Les codes CIM suivants ont donc été revalorisés dans le DRG U60B :
 - F31.2 « *Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque avec symptômes psychotiques* »
 - F31.5 « *Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère avec symptômes psychotiques* »
 - F32.3 « *Episode dépressif sévère avec symptômes psychotiques* »
 - F33.3 « *Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques* »
- Un nouveau DRG U60C « *Maladies et troubles psychiques, âge > 17 ans et transféré, un jour d'hospitalisation* » a été créé pour les cas transférés.

Une demande a signalé que les cas avec le diagnostic principal anorexie mentale étaient sous-rémunérés à plusieurs endroits. Cela concernait en particulier les DRG suivants : A36A, A36B, A90C, A96B, U60A, U60B, U66A.

- Les analyses ont montré qu'une revalorisation dans les DRG de la pré-MDC n'était pas pertinente. En revanche, les codes CIM F50.0- et F50.1 ont pu être revalorisés dans le DRG U60B.
- Dans le DRG de base U66, plusieurs restructurations ont été nécessaires, permettant notamment une meilleure représentation de différents cas de figure avec anorexie mentale :
 - Dépréciation des codes CHOP 94.3G.14 et 94.3G.15 « *Traitement complexe en cas de trouble de l'alimentation en psychiatrie, au moins 28/42 jours de traitement* » et 99.BD.1E et 99.BD.1F « *Traitement complexe intégré en cas de trouble sévère de l'alimentation, au moins 28/42 jours de traitement* » dans le DRG U66B
 - Dépréciation de l'anorexie mentale (codes CIM F50.0- et F50.1) dans le DRG U66C.

- Suppression de la boulimie et des autres troubles de l'alimentation (codes CIM F50.*) du DRG U66C.
- Revalorisation des codes CHOP 94.3G.12-1F « *Traitement complexe en cas de trouble de l'alimentation en psychiatrie, au moins 7 à 238 jours de traitement et plus* » et 99.BD.1C-1P « *Traitement complexe intégré en cas de trouble sévère de l'alimentation, au moins 7 à 238 jours de traitement et plus* » dans le DRG U66C.

Dans le cadre du développement du système, il est également apparu que les traitements complexes jusqu'alors regroupés dans le DRG U66B n'y étaient plus représentés de manière adéquate. Par conséquent, les codes CHOP suivants ont été dépréciés dans le DRG U66C :

- 94.35.1- « *Intervention psychiatrique et psychothérapeutique de crise en psychiatrie et médecine psychosomatique de l'adulte, ...* »
- 94.35.2- « *Intervention psychiatrique et psychothérapeutique de crise en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, ...* »
- 94.3A.1- « *Traitement psychothérapeutique et psychosomatique complexe, ...* »
- 94.3A.2- « *Traitement clinique psychosomatique intégré complexe, ...* »
- 94.3B.1- « *Traitement complexe du patient psychiatrique gériatrique polymorbide en soins aigus, ...* »
- 94.3C.1- « *Traitement complexe lors de démence avec complications psychiatriques et psycho-organiques, ...* »
- 94.3H.1- « *Traitement complexe du patient neuropsychiatrique polymorbide en soins aigus avec trouble du développement intellectuel, ...* »

D'autres analyses ont en outre montré que les points de dépense pour TC de SI/TC en U-IMC pour les adultes représentent un critère de split approprié dans le DRG U64A. Ils y ont donc été désormais ajoutés (chapitre 3.1.5 « *Médecine intensive* »).

3.2.21 MDC 21A Traumatisme multiple

Toutes les restructurations relatives à cette MDC sont présentées au chapitre 3.1.1 « *Traumatisme multiple* ».

3.2.22 MDC 21B Blessures, empoisonnements et effets toxiques dus aux drogues et médicaments

Dans le cadre des analyses et des restructurations relatives au « *Traumatisme multiple* », des cas sous-rémunérés ont été identifiés dans le DRG X06B « *Autres interventions pour autres blessures avec CC sévères ou avec intervention complexe* ».

- L'introduction de la fonction globale « *Procédures opératoires complexes* » dans le DRG X37A « *Blessures, empoisonnements et effets toxiques dus aux drogues et médicaments avec...* » a permis de revaloriser ces cas nécessitant beaucoup de ressources
- Une revalorisation de cette fonction dans le DRG X06A n'était pas appropriée.

3.2.23 MDC 22 Brûlures

Toutes les restructurations relatives à cette MDC sont présentées au chapitre 3.1.2 « *Brûlures sévères* ».

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

Dès l'année précédente, nous avons reçu une demande concernant l'examen de l'homogénéité du DRG Z02Z. Le demandeur a indiqué que les groupes de cas inclus, à savoir les dons de foie et de rein de donneurs vivants, présentaient une forte hétérogénéité. Ainsi, les donneurs de foie présentaient notamment, par rapport aux donneurs de rein, une durée de séjour plus longue ainsi qu'un recours plus fréquent à un séjour en unité de soins intensifs (USI).

- Nous avons pu confirmer cette situation sur la base des données. En raison du faible nombre de cas, aucune solution n'a encore pu être trouvée dans la version 15.0.
- Avec la version 16.0, il a toutefois été possible de diviser le DRG Z02Z. Sur la base du code CIM Z52.6 « *Donneur de foie* », les cas concernés sont désormais regroupés dans le nouveau DRG Z02A. Les donneurs de rein, en revanche, sont regroupés dans le DRG Z02B, ce qui permet une différenciation adéquate de ces cas complexes.
- En raison du faible nombre de cas, le calcul a été effectué sur la base de quatre années de données.

3.2.25 Rémunérations supplémentaires- nettoyage des coûts

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

Dans l'ensemble, un nettoyage des coûts dans les composantes des coûts à hauteur de CHF 157 738 270,95 au total a été entrepris pour 35 977 cas issus des données de calcul.

3.2.26 Rémunérations supplémentaires - Modifications

Il n'y a pas de nouvelles rémunérations supplémentaires basées sur les codes CHOP.

La rémunération supplémentaire « *Hémodialyse pour l'élimination de protéines de masse moléculaire jusqu'à 60 000* » a été supprimée en raison du faible nombre de cas au cours des cinq dernières années et intégrée à la rémunération supplémentaire « *Hémodialyse, Hémodiafiltration, Hémofiltration, intermittente* ».

Des adaptations structurelles ou des précisions ont été apportées aux rémunérations supplémentaires suivantes basées sur les codes CHOP :

- « *Hémodialyse, Hémodiafiltration, Hémofiltration, intermittente* » : l'ajout des codes CHOP de la rémunération supplémentaire supprimée « *Hémodialyse pour l'élimination de protéines de masse moléculaire jusqu'à 60 000* ».
- « *Oxygénation par membrane extracorporelle (ECMO)* » : l'exception relative à l'utilisation peropératoire en tant que machine cœur-poumon lors d'interventions cardiaques a désormais également été étendue aux interventions pulmonaires.
- « *Nature et type de greffes endovasculaires implantées dans des vaisseaux du bassin* » : cette rémunération supplémentaire a été davantage différenciée. Désormais, les greffes endovasculaires implantées dans des vaisseaux du bassin sont rémunérés au moyen d'un forfait par endoprothèse.

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

- Alemtuzumab, voie intraveineuse

- Amivantamab, voie sous-cutanée
- Bélantamab mafodotinoie, intraveineuse
- Bromélaïnes, voie topique
- Capivasertib, voie orale
- Ceftazidim et Avibactam, voie intraveineuse, CZC
- Cladribine, voie orale
- Clesrovimab, voie intramusculaire
- Cultured Epidermal Autograft, voie topique, CHUV (limitée à l'année 2027)
- Edaravon, voie intraveineuse et orale
- Fidaxomicin, voie orale
- Couverture cutanée, alloplastique, voie topique, HNB (limitée à l'année 2027)
- Couverture cutanée, allogénique, voie topique, HPS/ HEB (limitée à l'année 2027)
- Couverture cutanée, xénogénique, voie topique, HKR (limitée à l'année 2027)
- Icatibant, voie sous-cutanée
- Immunoglobuline, humaine, pour l'administration extravasculaire, voie sous-cutanée
- Iptacopan, voie orale
- Ivosidenib, voie orale
- Lazertinib, voie orale
- Lebrikizumab, voie sous-cutanée
- Lisocabtagene Maraleucel, thérapie cellulaire CAR-T autologue contre le lymphome à cellules du manteau, voie intraveineuse, MCL
- Lurbinectédine, voie intraveineuse
- Maribavir, voie orale
- Mirvetuximab Soravtansin, voie intraveineuse
- Nirmatrelvir et Ritonavir, voie orale
- Nivolumab et Relatlimab, voie intraveineuse
- Patisiran, voie intraveineuse
- Pegaspargase, voie intraveineuse/intramusculaire
- Pegcétacoplan, voie sous-cutanée
- Quizartinib, voie orale
- Remdesivir, voie intraveineuse
- Ribociclib, voie orale
- Risankizumab, voie intraveineuse/sous-cutanée
- Sarilumab, voie sous-cutanée
- Tafasitamab, voie intraveineuse
- Vutrisiran, voie sous-cutanée

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

- Pemetrexed, voie intraveineuse

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

- Binimetinib, voie orale
- Dabrafénib, voie orale
- Dinutuximab bêta, voie intraveineuse, CQZ
- Elranatamab, voie sous-cutanée
- Nivolumab, voie intraveineuse
- Pemigatinib, voie orale
- Rasburicase, voie intraveineuse
- Tramétinib, voie orale

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

- Adalimumab, voie sous-cutanée/intraveineuse
- Bévacizumab, voie intraveineuse
- Bortézomib, voie intraveineuse/sous-cutanée
- Caspofungine, voie intraveineuse
- Pegfilgrastim, voie sous-cutanée
- Posaconazole, voie orale
- Rituximab, voie intraveineuse/sous-cutanée

Les classes posologiques ont été élargies vers le haut pour les rémunérations supplémentaires suivantes basées sur les codes ATC, sur la base des doses fournies par les données de tous les hôpitaux du réseau 2024 :

- Amivantamab, voie intraveineuse
- Bortézomib, voie intraveineuse/sous-cutanée
- Inhibiteur C1, dérivé du plasma, voie intraveineuse
- Caplacizumab, voie intraveineuse/sous-cutanée
- Céfidérol, voie intraveineuse
- Cytarabine et Daunorubicine, voie intraveineuse
- Durvalumab, voie intraveineuse
- Elranatamab, voie sous-cutanée
- Enfortumab védotin, voie intraveineuse
- Enzalutamide, voie orale
- Gilteritinib, voie orale
- Glécaprévir et Pibrentasvir, voie orale, CMA
- Ipilimumab, voie intraveineuse
- Osimertinib, voie orale
- Posaconazole, voie intraveineuse
- Ruxolitinib, voie orale
- Sacituzumab govitecan, voie intraveineuse
- Talquetamab, voie sous-cutanée
- Terlipressine, voie intraveineuse

Les classes posologiques des rémunérations supplémentaires suivante basées sur le code ATC ont été restructurées :

- Andexanet alfa, voie intraveineuse
- Rasburicase, voie intraveineuse

Les modes d'administration ont été modifiés pour les rémunérations supplémentaires suivantes basées sur les codes ATC :

- Natalizumab, voie sous-cutanée a été ajoutée.
- Onasemnogène abéparvovec, voie intrathécale a été ajoutée.
- Terlipressine, voie endotrachéobronchique et par inhalation ont été supprimées.

4 Méthode de calcul

La méthode de calcul détaillée est disponible dans le document « *Méthode de calcul* ».

Dans le cadre de la procédure annuelle de demande, SwissDRG SA a été informée à plusieurs reprises de la sous-rémunération des low-outliers dans certains DRG d'un jour d'hospitalisation. Une telle situation peut par exemple se produire lorsque la répartition des coûts totaux des low-outliers au sein d'un DRG concerné est très inégale.

Afin de mieux représenter les cas concernés, sans pour autant renoncer aux avantages liés à l'utilisation de la médiane pour les cas extrêmes des outliers, la méthode de calcul des réductions applicables aux DRG implicites d'un jour d'hospitalisation a été adaptée. Désormais, outre la médiane des coûts totaux des low-outliers, le 20 % et le 80 % quantiles de ces coûts sont également pris en compte dans le calcul du cost-weight effectif de ces cas.

4.1 Détermination des cost-weights

Pour la version SwissDRG 16.0, 1 081 DRG ont été calculés dans le résultat sur la base des données suisses.

Pour 18 DRG, les données de l'année 2023 ont également été utilisées en raison d'un nombre trop faible de cas. Pour trois autres DRG, des cas de trois années de données (2022-2024) ont été pris en compte. En outre, quatre années de données ont été utilisées pour le calcul des cost-weights d'un DRG (2021-2024). Les cas des années précédentes n'ont pu être pris en compte que lorsqu'une délimitation claire était possible dans les données des années antérieures. Cette condition était remplie lorsque aucune restructuration n'avait été effectuée dans les DRG concernés.

4.2 Calcul de la valeur de référence

Pour le calcul de la valeur de référence, tous les cas présents dans le domaine d'application de SwissDRG sont pris en compte. Les cost-weights effectifs utilisés dans le calcul du casemix pour déterminer la valeur de référence ont été corrigés des éventuelles modifications de la quantité de prestations par rapport à l'année précédente. Ainsi, la rémunération selon la version 16.0 d'une quantité de prestations définie a été comparée à la rémunération de cette quantité de prestations selon la version 15.0.

La valeur de référence a maintenant été choisie de telle sorte que, pour une année de données identique, la somme des cost-weights effectifs (casemix) des cas groupés avec la version 16.0 corresponde à la somme des cost-weights effectifs de ces cas avec la version 15.0 :

$$Casemix_{Version\ 16.0}^{Données\ 2024} = Casemix_{Version\ 15.0}^{Données\ 2024}$$

La valeur de référence pour la version SwissDRG 16.0 s'élève à 11 104 CHF. Pour la version 15.0, une valeur de référence de 11 097 CHF a été déterminée.

4.3 Calcul des suppléments et réductions

Les suppléments et réductions pour la version 16.0 sont calculés selon la même méthode que pour la version 15.0.



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

Pour la version 16.0, il en résulte 192 DRG implicites d’un jour d’hospitalisation, contre 185 DRG implicites d’un jour d’hospitalisation pour la version 15.0.

ANNEXE A : Chiffres-clés concernant le développement du système

Base des données

Les données 2024 ont été utilisées pour la version 16.0. Les données globales de la statistique médicale de l’Office fédéral de la statistique contenaient les données de 185 hôpitaux de médecine somatique aiguë. L’échantillon des hôpitaux du réseau SwissDRG est de 151.

Tableau 1 : Nombre d’hôpitaux

	Version 16.0 Données 2024	Version 15.0 Données 2023
Hôpitaux du réseau	151	153
Données globales	185	185

Au total, 1 234 879 cas pertinents pour le système SwissDRG ont été fournis par les hôpitaux du réseau.

Tableau 2 : Nombre de cas livrés

		Version 16.0 Données 2024	Version 15.0 Données 2023
Hôpitaux réseau	Livrés	1 236 012	1 243 232
	Domaine d’application SwissDRG	1 234 879	1 235 163

Pour la version 16.0, 24 106 cas privés ou semi-privés avaient été exclus des cas livrés. Pour ces cas, aucune adaptation des coûts supplémentaires dus à la classe d’assurance n’était possible ou les cas ne remplissaient pas les conditions mentionnées pouvant empêcher une exclusion. Pour la version 15.0, 25 129 cas privés ou semi-privés avaient été exclus.

Durant la phase de contrôle de la plausibilité, 100 116 cas (8,3 % de la base de données avant contrôle de la plausibilité) ont été identifiés comme non plausibles. Dix hôpitaux ou cliniques ont été notamment complètement exclus. Les données rendues plausibles correspondent à la base de données pour le développement de la structure tarifaire SwissDRG 16.0. Ainsi, 89,8% des cas livrés à SwissDRG SA pour le perfectionnement de la structure tarifaire ont pu être utilisés.



Le calcul des cost-weights pour la version 16.0 a été réalisé sur 1 110 387 cas de l’année 2024 plus 584 cas de l’année 2023, 107 cas de l’année 2022 et deux cas de l’année 2021.

Tableau 3 : 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

Nombre de DRG

Tableau 4 : Nombre de DRG et rémunérations supplémentaires

	Version 16.0 Données 2024	Version 15.0 Données 2023
Nombre total de DRG	1081	1081
DRG facturables	1077	1077
DRG pour maisons de naissance	8	8
DRG non évalués, annexe 1	0	0
Rémunérations supplémentaires évaluées, annexe 2	270	230
Rémunérations supplémentaires non évaluées, annexe 3	1	1

Qualité du système

La qualité de la structure tarifaire SwissDRG est mesurée par la réduction de la variance (R²). La R² mesure la part de dispersion des coûts des cas qui est expliquée par la classification. Plus la R² est élevée, plus la qualité du système est bonne.

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

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

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

Dispersion totale

Dispersion expliquée

Dispersion non expliquée

Où :

- x_{ij}*: coûts du cas j dans le DRG i
- ̄x_i*: coûts moyens du DRG i
- n_i*: nombre de cas dans le DRG i
- ̄x*: coûts moyens pour tous les cas
- n*: nombre de cas
- p*: nombre de DRG

Le coefficient R² résulte de la division de la dispersion expliquée par la dispersion totale :

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

Le coefficient R² est compris entre 0 et 1. Un coefficient R² égal à 1 signifie que tous les cas dans un DRG présentent les mêmes coûts. La dispersion totale est expliquée par les seules différences de coûts entre les DRG. Un coefficient R² égal à 0 signifie que la moyenne des coûts de tous les DRG est identique et que la variance vient des seules différences de coûts dans les DRG.

Le tableau 5 montre le R² des données de calcul et des inliers pour les versions SwissDRG 14.0, 15.0 et 16.0, respectivement sur la base des données 2024. Par conséquent, le tableau 5 montre le seul effet du perfectionnement du Grouper sur le R².

Tableau 5 : Coefficient R² des données de calcul 2024

Version du Grouper	Année des données	Tous les cas	Inliers (selon V16.0)
V16.0	2024	0,788	0,871
V15.0	2024	0,786	0,862
V14.0	2024	0,783	0,858

Remarque : Le R² est un paramètre technique utilisé pour améliorer et développer le groupement. Il s’agit d’une indication statistique de la qualité du groupement, mais pas de la qualité d’une rémunération basée dessus. Il n’y a pas de relation directe entre cette valeur et l’adéquation de la rémunération.