



Rapport sur le perfectionnement de la structure tarifaire SwissDRG 7.0 / 2018

- Développement du Groupe
- Méthode de calcul
- Chiffres-clés concernant le développement du système

Introduction

Le présent document fait état des changements qui ont été entrepris entre la version 7.0 (données de 2015) et la version 6.0 (données de 2014) dans le processus de traitement pour la création de la structure tarifaire.

Les classifications suivantes étaient en vigueur pour l'année des données 2015:

- CIM10 GM 2014
- CHOP 2015

1. Développement du Grouper

1.1 Aperçu des axes de développement de la version 7.0

La structure tarifaire SwissDRG version 7.0 comprend des étapes d'évolution d'ordre médical pour de nouvelles prestations, pour des différenciations de prestations ainsi que pour des rémunérations supplémentaires. Comme dans les versions précédentes, la structure SwissDRG a été examinée de manière à identifier les DRG qui présentent encore des charges non homogènes. Des analyses complètes ont été menées pour essayer d'identifier les séparateurs de coûts respectifs (marqueurs d'un coût plus élevé) pour finalement atteindre un renforcement de la définition des DRG et ainsi une représentation appropriée des cas concernés.

Parmi les principaux axes de développement, on peut citer en particulier la représentation de cas très coûteux, la révision complète des MDC 05, 17 et 22, le perfectionnement de la matrice CCL ainsi que la meilleure représentation des cas de soins intensifs en unité de soins intermédiaires (U-IMC) et en unité de soins intensifs (USI) pour nourrissons, enfants et adultes.

1. Traitement complexe de soins intensifs (unité de soins intensifs – USI; unités de soins intermédiaires – U-IMC pour nourrissons, enfants et adultes)

Indépendamment du diagnostic principal, il a été systématiquement vérifié dans la pré-MDC et dans les MDC par organe dans quelle mesure l'USI ou l'U-IMC peut être revalorisée en tant que caractéristique de regroupement. Cela a permis de représenter de manière différenciée aussi bien les longs séjours en USI / U-IMC que les traitements de courte durée.

Les cas complexes coûteux sont ainsi mieux représentés dans la version 7.0 du système DRG.

2. Révision complète des MDC 05, 17, 22

MDC 05 «Maladies et troubles de l'appareil circulatoire»

Les cas au contenu similaire étaient regroupés jusqu'à présent dans différents DRG de base, par ex. angioplasties coronaires, pontages coronariens. Des analyses de plusieurs années ont montré que des conditions partielles de split ne fonctionnaient pas en tant que séparateurs de coûts. Il était en effet possible d'influencer le groupement de cas par des variations dans le codage. Il en résultait un remboursement inférieur pour des prestations fournies supérieures. Une révision complète de cette MDC a permis d'affecter des cas au contenu similaire au même DRG

de base, avec vérification et, le cas échéant, adaptation des conditions de split. L'établissement de DRG à grand nombre de cas a permis de revaloriser des cas de figure nécessitant beaucoup de ressources.

MDC 17 «Néoplasmes hématologiques et solides»

Des propositions concernant une revalorisation de certaines complications après des traitements par chimiothérapie ont été transmises via la procédure de demande. Les simulations de ces demandes n'ont cependant pas conduit à une amélioration de la qualité de représentation. Quelques DRG présentaient encore un nombre très faible de cas, certains traitements coûteux n'ont pas pu être revalorisés en raison du nombre de cas.

C'est pourquoi une révision complète de cette MDC a été entreprise avec une réduction du nombre de DRG opératoires au profit de la définition de nouvelles conditions de split. Des cas du DRG explicite d'un jour ont pu être redifférenciés par âge et type de traitement. Des cas très coûteux avec au moins deux séries de chimiothérapie lors d'une hospitalisation ainsi que des traitements très coûteux (par ex. inflammation généralisée des muqueuses, traitement complexe de germes multirésistants) ont été revalorisés.

MDC 22 «Brûlures»

De nombreuses analyses ont donné des résultats indiquant que des interventions particulières consécutives à des brûlures étaient également affectées à la MDC 22. Etant donné que ces cas ne sont pas comparables, en termes de consommation de ressources, aux traitements aigus pratiqués en cas de brûlures et influencent ainsi négativement le cost-weight des DRG, une large révision de la MDC «Brûlures» a été réalisée. Les conditions de split ont été systématiquement renforcées et les tableaux de procédure adaptés. Les situations particulièrement coûteuses, par ex. les interventions multiples, les séjours en soins intensifs ainsi que les greffes de peau coûteuses, ont pu être revalorisées.

Les révisions complètes des MDC par organe ont entraîné une amélioration marquée de la qualité de représentation avec, dans le même temps, une réduction des incitations inopportunes en lien avec le groupement et le codage de cas.

1.2 Bases du perfectionnement

Le perfectionnement de la structure tarifaire SwissDRG repose principalement sur les piliers suivants:

- Vérification et simulation des demandes relatives au perfectionnement de SwissDRG
- Examen des questions transmises chaque année par les utilisateurs concernant une adaptation éventuellement nécessaire du Groupier
- Examen des demandes concernant les problèmes de sécurité du codage en lien avec la pertinence pour la structure tarifaire DRG
- Propres analyses et simulations complètes
- Suggestions issues de la restructuration des G-DRG

Toutes les requêtes transmises via la procédure de demande pour le perfectionnement de SwissDRG ont été examinées et leur faisabilité a été testée lors de simulations étendues.

1.3 Révision de la classification DRG

1.3.1 Représentation des cas très coûteux, restructurations indépendantes des MDC

- Un contrôle systématique réalisé au début du développement de la version 7.0 a montré que des cas coûteux complexes plausibles sont souvent liés à des interventions multiples, un traitement sous vide de longue durée ou des traitements complexes de soins intensifs (USI) et / ou des traitements en unité de soins intermédiaires (U-IMC). Ces cas sont largement déficitaires.
- Suite à cette constatation, des restructurations complètes à l'échelle du système ont été entreprises pour représenter ces cas de manière différenciée.

1.3.2 Thérapie sous vide complexe

- Jusqu'à présent, la fonction «Thérapie sous vide complexe» définissait un traitement continu par aspiration après scellement sous vide sur 8 jours ou plus, avec la pose ou le remplacement d'un système de scellement sous vide et certaines opérations en plusieurs temps sur quatre jours différents. Cette logique repose sur le tableau des procédures globales MDC «Procédures opératoires particulières» (contenant 6746 codes).
- Pour pouvoir représenter de manière appropriée ces cas extrêmement coûteux, le tableau de procédure utilisé a été renforcé. Un nouveau tableau de procédures globales MDC intitulé «Procédures opératoires particulières sans interventions moyennement complexes» (contenant 5558 codes) a été créé.
- La fonction existante «Thérapie sous vide complexe» (VAC I) a été complétée par une nouvelle fonction «Thérapie sous vide hautement complexe» (VAC II).

A cette dernière sont attribués des cas avec traitement continu par aspiration après scellement sous vide sur 8 jours et plus, avec la pose ou le remplacement d'un système de scellement sous vide et certaines interventions en plusieurs temps sur huit jours différents (au lieu de «quatre jours»).

Ainsi, des cas déficitaires incluant une thérapie sous vide hautement complexe sont désormais revalorisés dans le DRG A43Z «Réhabilitation précoce pour coma vigile et syndrome de verrouillage ou traitement sous vide hautement complexe ou traitement complexe en U-IMC > 1764 / 1932 points».

1.3.3 Médecine intensive en USI / U-IMC

- Il existe différents cas de figure en lien avec la médecine intensive en USI / U-IMC
- Les cas de figure suivants ont été examinés à l'échelle de tout le système:
 - Prise en charge principalement en USI ou U-IMC
 - Prise en charge en U-IMC et USI
 - Court séjour en USI ou U-IMC; pas de traitement principal

- Les cas avec un taux élevé de points USI n'étaient pas représentés de manière adéquate dans le DRG de base A07.
- Les cas avec traitement complexe de soins intensifs > 2940 / 3680 points ont été intégrés dans la logique du DRG A07A et ainsi revalorisés.
- Les cas avec traitement complexe au long cours en U-IMC sont sous-rémunérés.
- Les cas avec traitement complexe en U-IMC > 1764 / 1932 points sont intégrés dans le DRG A43Z et ainsi revalorisés.
- Les cas avec un nombre élevé de points U-IMC et les cas qui remplissent la condition «Procédures opératoires complexes» ont été analysés au sein de la MDC 01.
- Il y a eu aussi bien une revalorisation des cas enfants avec un nombre élevé de points U-IMC (à partir de 1176 points) dans le DRG B90A qu'une revalorisation des cas avec la condition «Procédures opératoires complexes» dans le DRG B90A.
- Les courts séjours aux soins intensifs ne sont pas représentés de manière adéquate dans le DRG B20.
- Les cas USI (> 196 / 184 points) sont revalorisés dans le nouveau DRG B20A.
- La qualité de représentation de cas avec courts séjours en USI / U-IMC dans la MDC 03 a fait l'objet d'un contrôle différencié.
- Un nouveau DRG D37Z pour les cas intensifs avec faible nombre de points a été établi et les cas avec la condition «Procédures opératoires complexes» sont revalorisés.
- Les cas U-IMC avec > 196 / 184 points sont affectés au DRG de base D15 puis revalorisés dans le DRG D15A.
- Les cas de traitement complexe de soins intensifs / U-IMC avec > 196 / 184 points sont affectés au DRG de base D02A et ainsi revalorisés.
- Les cas de traitement complexe de soins intensifs ne sont pas représentés de manière suffisamment différenciée dans le DRG de base E36.
- Le seuil d'admission pour les cas USI est abaissé à 196 / 184 points et les cas avec > 392 / 552 points et «*Procédures opératoires complexes*» sont représentés de manière différenciée dans les DRG E36A et E36B.
- Les cas USI avec > 196 / 184 points sont affectés au DRG E36C.
- Les cas de traitement complexe en unité de soins intermédiaires ne sont pas représentés de manière suffisamment différenciée dans le DRG de base E90.
- Le seuil d'admission pour les cas de traitement complexe en unité de soins intermédiaires est abaissé à 196 / 184 points et les cas avec > 392 / 552 points et «*Procédures opératoires complexes*» sont représentés de manière différenciée dans les DRG E36A et E36B.
- Les cas de traitement complexe en unité de soins intermédiaires avec > 196 / 184 points sont affectés au DRG E90C.

- La qualité de représentation de cas avec courts séjours en USI / U-IMC dans la MDC 11 a fait l'objet d'un contrôle différencié.
- Un nouveau DRG de base L37 a été établi pour les cas de traitement complexe de soins intensifs / traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196 / 184 points.
- Les cas coûteux sont représentés de manière différenciée à l'aide de la fonction «*Procédures opératoires complexes*» dans le DRG L37A.

1.3.4 Cellules souches, allogènes

- Les cas dans le DRG de base A04 «Traitement de cellules souches, allogènes» présentent des coûts non homogènes, les conditions de split ne sont plus adéquates. L'analyse des données de coût a mis en évidence un problème dans la saisie des coûts de laboratoire pour la préparation in vitro.
- Les critères de split ont été révisés, ce qui permet une représentation adéquate des cas dans la version 7.0.

1.3.5 Cellules souches, autologues

- Le DRG de base A15 «Traitement de cellules souches, autologue» présente une quantité hétérogène de cas.
- De nouveaux critères de split ont pu être identifiés à l'aide des données de prestations et de coûts de l'année 2015 et les cas peuvent ainsi être affectés à une rémunération adéquate.

1.3.6 Traitement de cellules souches

- Les codes de procédure portant la désignation «Traitement de cellules souches, allogènes» se trouvent dans le DRG de base A15 «Transplantation de moelle osseuse ou transfusion de cellules souches, autologue».
- Attribution médicalement correcte des codes – les cas avec cellules souches «allogènes» dans le DRG de base A04 «Transplantation de moelle osseuse ou transfusion de cellules souches, allogène» et les cas avec cellules souches «autologues» dans le DRG de base A15.
- Dans le même temps, la désignation du DRG a été modifiée: «autogène» a été remplacé par «autologue». Autologue s'est établi ces dernières années comme la désignation correcte dans le domaine.

1.3.7 Transplantation

- Le DRG A16A «Transplantation d'intestin ou de pancréas» présentait peu de cas depuis des années. Les coûts élevés de laboratoire, facturés pour le traitement de tissus pancréatiques (cellules d'ilots de Langerhans), n'étaient pas visibles dans les données de coûts.
- Une livraison complémentaire de données permet désormais d'affecter les cas incluant une «Transplantation de cellules d'ilots de Langerhans» au DRG A16Z. Dans la version 7.0, les cas du DRG A16A «Transplantation d'intestin ou de pancréas» sont regroupés dans le DRG A02Z «Transplantation du rein et du pancréas ou de l'intestin».

1.3.8 Réhabilitation précoce

- Les cas avec une réhabilitation précoce à partir de 14 jours de traitement (sans MDC 01) ne sont plus représentés de manière adéquate dans le DRG A90B.
- Ces cas ont été inclus dans le critère de split pour le DRG A90A et les cas avec une réhabilitation précoce à partir de 14 jours de traitement (sans MDC 01) ont été revalorisés.

1.3.9 Radiothérapie

- Jusqu'à la version 6.0, il y avait un propre DRG dans le pré-MDC pour les cas avec > 20 séances d'irradiation. Ces cas étaient cependant exclus de la MDC 01. Il s'est avéré qu'un propre DRG n'est pas possible dans la MDC 01 lors d'un petit nombre de cas.
- La logique du DRG de base A93 a été adaptée si bien que les cas de la MDC 01 avec > 8 séances d'irradiation sont désormais regroupés dans ce DRG de base A93. Cette adaptation permet de revaloriser les cas avec > 20 séances d'irradiation.

1.3.10 Débridements étendus

- Les cas avec un débridement étendu et des interventions en plusieurs temps présentent des coûts très élevés. Ces cas affichent cependant des coûts trop faibles pour la fonction «Thérapie sous vide complexe».
- Les codes présentant une logique en quatre temps et certaines interventions ont été admis dans les DRG I02B, J02B, Y02A.

1.3.11 Traitement complexe de médecine palliative

- Les données relatives aux coûts et aux prestations pour le «traitement complexe spécialisé de médecine palliative» ont été transmises pour la première fois à SwissDRG SA avec les données de l'année 2015. Les analyses des données n'ont montré aucune sous-rémunération de ces cas dans le DRG de base A97 par rapport au «traitement complexe de médecine palliative».
- Les deux codes sont toujours au même niveau et ainsi représentés de manière adéquate dans la version tarifaire 7.0.
- Les cas avec un «traitement complexe de médecine palliative / spécialisée > 7 jours de traitement et procédure de complication» ont pu être revalorisés dans le DRG A97C.

1.3.12 Traitement complexe de réhabilitation précoce gériatrique

- Les cas avec interventions complexes sur la colonne vertébrale et un traitement complexe de réhabilitation précoce gériatrique ne sont plus représentés de manière adéquate dans le DRG de base A95 incluant la MDC.
 - La logique est adaptée dans le DRG de base A95 «Traitement complexe de réhabilitation précoce gériatrique à partir de 7 jours de traitement» avec une exclusion pour ces cas.
 - Au sein du DRG de base I06, les cas avec «Traitement complexe de réhabilitation précoce gériatrique à partir de 14 jours de traitement» ont été revalorisés dans le DRG I06A.
- Les DRG A95C «Traitement complexe de réhabilitation précoce gériatrique, à partir de 14 jours de traitement» et A95E «Traitement complexe de réhabilitation précoce gériatrique, 7 à 13 jours de traitement» présentent des coûts non homogènes.
 - Pour ces deux DRG, l'index de Barthel / FIM moteur avec nombre de points élevé en conséquence s'est révélé un bon séparateur de coûts. Ces deux DRG ont donc finalement été divisés avec le critère «Trouble sévère des fonctions motrices».

1.3.13 Traumatisme multiple

- Dans la version 6.0, les patients polytraumatisés avec un traitement complexe de réhabilitation précoce gériatrique ont été affectés au DRG de base A95 englobant la MDC en raison d'un très petit nombre de cas.
 - Un nouveau contrôle de ces cas a montré un nombre considérablement plus élevé de cas par rapport aux données livrées les années précédentes. Dans la version 7.0, les cas avec un traumatisme multiple et un traitement complexe de réhabilitation précoce gériatrique avec une intervention chirurgicale sont désormais regroupés dans le DRG W02B «Traumatisme multiple avec interventions particulières ou réhabilitation gériatrique précoce à partir de 14 jours de traitement» et les cas traités de manière purement conservatrice se retrouvent dans le DRG W61B «Traumatisme multiple sans interventions significatives avec diagnostic de complication ou réhabilitation gériatrique précoce à partir de 14 jours de traitement».

1.3.14 Traitement complexe de médecine complémentaire

- Le DRG A96Z affiche une quantité de cas aux coûts non homogènes.
 - Le DRG de base A96 a été divisé pour obtenir le DRG A96A «Traitement complexe de médecine complémentaire, sans procédure opératoire, à partir de 26 séances de traitement» et le DRG A96B «..., à partir de 10 séances de traitement».

1.3.15 Traitement rhumatologique complexe multimodal

- Les cas avec un traitement rhumatologique complexe à partir de 14 jours de traitement sont regroupés dans le DRG de base A92 englobant la MDC et les cas avec une intervention

supplémentaire sur le système musculo-squelettique dans le DRG I97Z. Les cas avec un traitement à partir de 7 jours sont sous-rémunérés.

- Le code 93.38.01 Traitement rhumatologique complexe multimodal, d'au moins 7 à 13 jours au maximum est désormais regroupé dans le DRG de base A92 et dans le nouveau DRG I97B. Il en résulte une nette revalorisation de ces cas.

1.3.16 Maladies et troubles du système nerveux MDC 01

- Un groupe de cas non homogène a été relevé dans le B01Z.
- Les cas avec procédures opératoires complexes en plusieurs temps en lien avec un traitement complexe en USI sont désormais regroupés dans le DRG B01A.
- Jusqu'à présent, les interventions sur la colonne vertébrale et la moelle osseuse étaient représentées dans deux DRG différents, B03Z et B18Z. Les groupes de cas n'ont cependant montré aucune différence significative dans les coûts et la durée de séjour, si bien qu'un regroupement des DRG s'accompagne d'une représentation homogène et claire des cas.
- Les cas des DRG B03Z et B18Z ont été rassemblés en un DRG de base B03. Une différenciation a eu lieu ensuite selon les points USI > 196 / 119 et U-IMC > 184 / 196 et la fonction «*Procédures de complication*».
- Les nombres de cas dans ces DRG ont montré une mauvaise homogénéité, si bien qu'une meilleure répartition / différenciation des groupes de cas a été examinée.
- Il en a résulté une restructuration dans le DRG B78 avec un DRG à 1 jour d'hospitalisation (B78D) et le DRG B78A avec points USI / U-IMC et un split selon l'âge < 12 ans dans le DRG B78B.
- Dans le DRG de base B85, les points USI / U-IMC ont été introduits pour atteindre le code B85A. Le split selon l'âge < 16 ans conduit au code B85B et les diagnostics secondaires particulièrement difficiles ou les diagnostics de complication sont regroupés dans le code B85C.
- Les cas du DRG de base B70 Apoplexie ont été une nouvelle fois examinés, car ces cas affichaient des coûts non homogènes.
- Les DRG B70A, C, F ont été complétés par des codes pour les restrictions fonctionnelles motrices graves (index de Barthel).

1.3.17 Maladies et troubles de l'œil MDC 02

- Les interventions bilatérales de la glande lacrymale, des voies lacrymales et les reconstructions du nez avec un diagnostic principal de la MDC 02 sont sous-rémunérées.
- Ce cas de figure est intégré au DRG de base C13 puis utilisé en tant que critère de split pour le DRG C13A.

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

- Les cas avec implantation d'une endoprothèse d'articulation temporo-mandibulaire ne sont pas représentés de manière adéquate.
 - Ces procédures sont intégrées dans la logique du DRG de base D01 et ainsi revalorisées.
- Les cas avec une valeur de PCCL particulièrement sévère ne sont pas représentés de manière adéquate dans le DRG de base D62.
 - Ces cas sont revalorisés dans le DRG D62A.

1.3.19 Maladies et troubles des organes respiratoires MDC 04

- En abaissant le seuil d'admission pour les séjours de courte durée en USI dans le DRG de base E36 «Traitement complexe de soins intensifs > 196 / 184 points» ainsi qu'en U-IMC dans le DRG de base E90 «Traitement complexe en U-IMC > 196 / 184 points», le nombre de cas du DRG de base E40 «Maladies et troubles de l'appareil respiratoire avec ventilation artificielle > 24 heures ou SDRA» a été réduit à une taille défavorable au calcul.
 - Les cas avec ventilation artificielle > 24 heures sont regroupés dans le DRG de base E90 «Traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196 / 184 points ou ventilation artificielle > 24 heures». Le DRG E90Z a ensuite été différencié.
 - Les cas avec SDRA sont désormais regroupés dans le DRG de base E60 «Fibrose kystique (mucoviscidose) ou autre maladie pulmonaire avec séjour d'évaluation avant transplantation ou SDRA».
 - Le DRG de base E40 a été supprimé.
- Les procédures réalisées en plusieurs temps ne sont pas représentées de manière adéquate dans la MDC 04.
 - Toutes les interventions en plusieurs temps sont désormais affectées au DRG E33Z nouvellement établi «Procédures opératoires complexes en plusieurs temps».
- Les valves bronchiques sont désormais rémunérées via les RS, une vérification de l'affectation DRG est donc nécessaire.
 - Les cas avec implantation de valves bronchiques sont déplacés du DRG de base E05 «Autres grandes interventions sur le thorax» vers le DRG E02B «Autres procédures opératoires sur l'appareil respiratoire, âge > 15 ans avec intervention coûteuse sur les bronches».
- Le code CHOP 32.01.13 «Excision ou destruction endoscopique de lésion ou de tissu de bronche, thermoplastie bronchique» n'est jusqu'ici pas pertinent pour le regroupement. Il s'agit cependant d'une procédure coûteuse qui n'était donc pas représentée de manière adéquate.

- Le code CHOP 32.01.13 est affecté au DRG de base E02 «Autres procédures opératoires sur l'appareil respiratoire ou intervention coûteuse sur les bronches».
- Les codes CHOP 79.19.1* et 79.39.1* (Réduction ouverte ou fermée de fracture costale avec fixation interne) ne sont jusqu'ici pas pertinents pour le regroupement dans la MDC 04. Les cas se retrouvent ainsi dans le DRG 901D «Procédure opératoire étendue sans rapport avec le diagnostic principal, âge > 0 an».
- Les codes pour la prise en charge des fractures costales sont inclus dans le DRG E02B «Autres procédures opératoires sur l'appareil respiratoire, âge > 15 ans avec intervention coûteuse sur les bronches».
- Avec un grand nombre de cas dans le DRG de base E64 «Insuffisance respiratoire ou embolie pulmonaire», les critères de split ne sont plus efficaces.
- Les conditions de split ont été révisées, un DRG explicite à un 1 jour d'hospitalisation a été établi et les cas ont été revalorisés avec «CC extrêmement sévères» ou avec «Procédures particulières ou âge < 16 ans».
- Les coûts dans le DRG de base E69 «Bronchite et asthme bronchique ou maux et symptômes de la respiration» sont très hétérogènes. Les critères de split utilisés jusqu'ici (enfants) ne sont plus efficaces.
- Les cas avec CC extrêmement sévères et procédures particulières sont revalorisés.

1.3.20 Maladies de l'appareil circulatoire MDC 05

- Des cas avec les mêmes frais étaient jusqu'à présent représentés dans différents DRG: DRG F36C «Traitement complexe de soins intensifs > 392 / 552 points ou ventilation artificielle > 24 heures et âge < 10 ans ou interventions vasculaires complexes avec cœur-poumon artificiel ou pompe cardiaque» et le DRG de base F43 «Ventilation artificielle > 24 heures pour maladies et troubles de l'appareil circulatoire».
- La définition du DRG de base F36 a été élargie avec la mention «Traitement complexe en soins intensifs > 196 / 360 points» et ces cas sont représentés dans le DRG F36D nouvellement créé. La condition «Ventilation artificielle > 24 heures et âge < 10 ans» a été supprimée du DRG F36C. Le DRG de base F43 «Ventilation artificielle > 24 heures pour maladies et troubles de l'appareil circulatoire» a été dissout et les cas représentés dans le DRG de base F36. Cette mesure permet une rémunération adéquate de ces cas.
- Selon un retour des utilisateurs, certains cas avec pontage coronarien et remplacement de valve cardiaque lors d'une hospitalisation donnaient lieu à une représentation aux coûts non homogènes. Ces cas ont été groupés en fonction du codage dans différents DRG de base F03, F05, F06, F07 et F31, ce qui a entraîné leur sous-rémunération.
- Les DRG F05Z et F07Z ont été dissouts au cours du développement du système. De plus, la définition du DRG de base F31 a été renforcée si bien qu'aucun cas avec pontage coronarien ne peut plus y être représenté. Ces mesures ont permis une revalorisation de ces cas de figure dans

les DRG de base F06 et F03 et une représentation plus claire et homogène en coûts des anastomoses de pontage et interventions à ciel ouvert de prothèse valvulaire dans les DRG indiqués.

- Certains groupes de cas avec intervention chirurgicale cardiaque, représentés dans les DRG de base F03 «Intervention valvulaire cardiaque avec cœur-poumon artificiel» et F06 «Opération de pontage coronarien» n'étaient pas rémunérés de manière adéquate lors de l'implantation d'un pacemaker, par ex. code CHOP 37.8a.11 «Implantation de pacemaker à chambre unique», pendant le même séjour hospitalier.
 - Pour permettre une rémunération adéquate, le contenu des conditions de split des DRG F06A, F03A et F03B a été élargi avec la condition «Implantation de pacemaker», si bien que ces cas de figure peuvent atteindre un DRG mieux valorisé.
- Selon la requête des utilisateurs, le groupe de cas avec remplacement de valve cardiaque à ciel ouvert (par ex. 35.22.21 «Remplacement à ciel ouvert de prothèse valvulaire aortique mécanique») et une nouvelle intervention dans la région opérée (code CHOP 37.99.80 «Réopération du cœur et du péricarde»), n'était pas représenté de manière adaptée aux coûts dans le DRG de base F03 «Intervention valvulaire cardiaque avec cœur-poumon artificiel».
 - Pour atteindre une rémunération adéquate, une nouvelle condition de split a été créée dans les DRG F03A, F03B et F03C au moyen de la condition «remplacement d'une valve cardiaque à ciel ouvert», associée au code CHOP 37.99.80 «Réopération du cœur et du péricarde».
- Jusqu'à présent, des cas aux coûts non homogènes se trouvaient dans le DRG F31Z «Autres interventions avec cœur-poumon artificiel», ce qui rendait difficile une rémunération correcte.
 - Ce DRG de base a été différencié en F31A «Autres interventions avec procédures de complication ou âge < 1 an ou grande intervention vasculaire, et CC extrêmement sévères», F31B «Autres interventions avec procédures de complication ou âge < 1 an ou grande intervention vasculaire» et F31C «Autres interventions avec cœur-poumon artificiel». Cette mesure permet une rémunération adéquate et garantit une représentation aux coûts homogènes.
- Représentation aux coûts non homogènes des cas dans le DRG de base F34 «Autres grandes interventions vasculaires réparatrices sans cœur-poumon artificiel».
 - Le DRG de base F34 a été différencié au moyen des conditions de split «Interventions en plusieurs temps», respectivement avec ou sans maladies associées extrêmement sévères. Cette mesure permet une rémunération adéquate et une représentation aux coûts plus homogènes.
- Au cours du développement du système, il s'est avéré que de nombreux cas avec les mêmes coûts étaient représentés dans les DRG F98B «Remplacement de valve cardiaque par implantation endovasculaire, âge > 15 ans» et F98C «Réparation endovasculaire de valve mitrale, âge > 15 ans».
 - Il a ensuite été possible de supprimer le DRG F98C et de représenter les cas contenus dans le DRG F98B, ce qui a permis une rémunération adéquate et une meilleure homogénéité des coûts.
- Les cas avec le code CHOP 37.8a.41 «Implantation de pacemaker transveineux sans sonde» étaient représentés jusqu'ici dans le DRG de base F17 «Changement d'un stimulateur cardiaque», et ce de façon non adéquate.

- Le code 37.8a.41 a été inclus dans la définition du DRG de base F12 «Implantation d'un stimulateur cardiaque» et revalorisé dans le DRG F12D «Implantation d'un stimulateur cardiaque double chambre ou d'un système sans sonde», ce qui permet aussi bien une rémunération adéquate qu'une représentation correcte au niveau du contenu.
- Jusqu'ici, des cas avec les mêmes coûts étaient représentés dans les DRG F51A «Implantation endovasculaire d'endoprothèse (stent) aortique thoracique» et F51B «Implantation endovasculaire d'endoprothèse (stent) aortique avec implantation d'endoprothèse (stent) complexe».
- Les cas avec endoprothèses particulières ont été regroupés dans le DRG F51A «Implantation endovasculaire d'endoprothèse (stent) aortique, thoracique ou complexe», ce qui a permis la suppression du DRG F51B et une meilleure homogénéité des coûts.
- Jusqu'ici, une quantité de cas aux coûts non homogènes était représentée dans le DRG de base F59 «Interventions vasculaires complexes ou moyennement complexes». De plus, la définition se recoupait avec le DRG de base F14 «Interventions vasculaires complexes ou multiples sauf grandes interventions réparatrices avec procédures de complication ou révision ou diagnostic complexe ou âge < 3 ans» et F54 «Interventions vasculaires complexes ou multiples sans procédures de complication, sans révision, sans diagnostic complexe, âge > 2 ans ou interventions vasculaires moyennement complexes avec diagnostic de complication, sans CC extrêmement sévères, sans thrombectomie par rotation».
- Pour une meilleure représentation, les DRG de base F14 et F54 ont été supprimés et les cas regroupés dans le DRG de base F59. Les conditions de split desdits DRG ont été adaptées au cours du développement du système, ce qui permet une représentation aux coûts plus homogènes dans le DRG de base F59.
- Les cas avec oxygénothérapie hyperbare, représentée par les codes CHOP 93.95.*, n'étaient jusqu'ici pas représentés de manière adéquate.
- Au cours du développement du système, ces cas ont été revalorisés par ajout d'une nouvelle condition de split dans le DRG de base F13 «Amputation lors de maladies cardio-vasculaires aux membres supérieurs et aux orteils ou diverses interventions pour diabète sucré avec complications», si bien qu'ils peuvent être groupés dans les DRG F13A ou F13B.
- Des cas au contenu similaire étaient représentés dans différents DRG: F15Z «Angioplastie coronaire percutanée avec procédures de complication ou actes diagnostiques cardiologiques invasifs, plus de 2 jours d'hospitalisation, avec procédures de complication ou endocardite», F24A/B «Angioplastie coronaire percutanée (PTCA) avec diagnostic de complication et intervention hautement complexe ou avec PTA», F52A/B «Angioplastie coronaire percutanée avec diagnostic complexe ou avec curiethérapie intracoronaire», F56A/B «Angioplastie coronaire percutanée avec intervention hautement complexe», F57A/B «Angioplastie coronaire percutanée avec intervention complexe» et F58Z «Autre angioplastie coronaire percutanée». Les DRG de base avec une différenciation selon une intervention autre, une intervention complexe ou une intervention hautement complexe ne représentaient pas les différences de coût de manière adéquate.
- Le nombre complet de cas des DRG décrits a été rassemblé dans un nouveau groupe au cours du développement du système. Pour cela, les DRG de base F15, F52, F56, F57 et F58 ont été supprimés et les cas regroupés dans le DRG de base révisé F24 «Angioplastie coronaire

percutanée» avec une différenciation dans F24A-F. Cette mesure permet une représentation plus claire et aux coûts plus homogènes de ces cas.

- Un nombre de cas au contenu semblable était jusqu'ici représenté dans différents DRG: F61A «Endocardite infectieuse avec diagnostic de complication ou procédure de complication» et F15Z «Angioplastie coronaire percutanée avec procédures de complication ou actes diagnostiques cardiologiques invasifs, plus de 2 jours d'hospitalisation, avec procédures de complication ou endocardite».
- Pour une représentation adéquate de ces cas, le DRG F61A a été élargi de la condition de split «actes diagnostiques cardiologiques invasifs» pour pouvoir regrouper les cas du DRG F15 supprimé (voir point précédent).
- Une requête d'utilisateur pointait un nombre de cas avec des procédés particuliers qui étaient sous-rémunérés dans certains DRG de la MDC 05.
Les procédés décrits dans les codes CHOP 37.2a.11 «Imagerie intravasculaire de vaisseaux coronaires», 37.2a.12 «Imagerie intravasculaire de vaisseaux coronaires par tomographie par cohérence optique», 37.2a.21 «Diagnostic coronarien intravasculaire invasif par cathéter, mesure de pression» étaient jusqu'ici groupés dans le DRG F49F «Actes diagnostiques cardiologiques invasifs sauf pour infarctus du myocarde aigu, un jour d'hospitalisation».
- Désormais, ils sont regroupés dans le DRG F49E «Actes diagnostiques cardiologiques invasifs sauf pour infarctus du myocarde aigu, 2 jours d'hospitalisation ou procédés particuliers» au lieu du DRG F49F. Les procédures dans le DRG F24A conservent par ailleurs leur pertinence en tant que condition de split.
Les procédures 37.2a.11 et 37.2a.12 ont été également revalorisées dans le DRG F24C; la procédure 37.2a.21 n'était pas ici un séparateur de coûts pertinent.
- Il s'est avéré au cours du développement du système qu'un nombre de cas au contenu similaire était représenté dans deux DRG de base différents:
F65 «Maladies vasculaires périphériques avec diagnostic complexe et CC extrêmement sévères» et F75 «Autres maladies du système circulatoire ou intervention vasculaire».
- Ces cas ont été regroupés dans le DRG de base F75 «Autres maladies du système circulatoire ou intervention vasculaire». Par ailleurs, une autre différenciation du DRG de base DRG F75 en F75A a été mise en place: cas avec traitement complexe de soins intensifs > 184 points, F75B: CC extrêmement sévères, F75C: âge < 18 ans, F75D: âge > 17 ans. Une rémunération adéquate et différenciée des cas est ainsi possible.
- Jusqu'à présent, un nombre de cas aux coûts non homogènes se trouvait dans le DRG F50 «Mesures ablatives pour tachyarythmie», ce qui rendait difficile une rémunération correcte de ces cas.
- Pour éliminer ce problème, le DRG F50 a fait l'objet d'une restructuration complexe au cours du développement du système: ces cas ont été différenciés selon les critères âge < 16 ans, intervention transseptale ou ablation dans le ventricule gauche ou oreillettes, veines pulmonaires incluses, avec ou sans procédé de complication dans F50A-E. Une plus grande homogénéité des coûts et une meilleure situation de rémunération ont ensuite été observées.
- Des cas au contenu similaire étaient représentés dans deux DRG de base différents: F46 «Actes diagnostiques cardiologiques invasifs sauf pour infarctus du myocarde aigu, plus de 2 jours

d'hospitalisation, avec diagnostic complexe» et F49 «Actes diagnostiques cardiologiques invasifs sauf pour infarctus du myocarde aigu».

- Le DRG de base F46 a pu ensuite être supprimé et les cas dans le DRG de base F49 regroupés en étendant la condition de split «diagnostic complexe». Il en résulte une représentation plus claire et mieux différenciée des cas.

1.3.21 Maladies et troubles des organes digestifs MDC 06

- La révision des «herniotomies» du DRG de base G09 dans la version 6.0 a entraîné des recouvrements de contenus avec le DRG de base G08 «Réparation complexe de la paroi abdominale». La représentation des interventions par «Transplant» s'est avérée non adéquate.
- Les cas des DRG G08 ont été intégrés dans le DRG de base G09. Au moyen d'autres splits avec la condition «herniotomie avec transplant», ces cas ont pu être revalorisés et ainsi représentés de manière adéquate.
- Les cas avec «diagnostics de complication» ne sont pas représentés de façon adéquate dans le DRG de base G02 «Interventions sur l'intestin grêle et le colon...».
- 11 diagnostics du domaine des affections gastro-intestinales, notamment le code CIM K50.0 «Maladie de Crohn de l'intestin grêle» ont été inclus dans le tableau existant «Diagnostics de complication» du DRG G02A, ce qui a permis une représentation adéquate et ainsi une meilleure représentation et revalorisation de ces cas de figure.
- Les cas qui présentaient un diagnostic principal de la MDC «Maladies et troubles des organes digestifs» associé à une cholécystectomie réalisée n'étaient jusqu'ici pas représentés de manière adéquate dans la MDC 06.
- Tous les codes de procédure pour la réalisation d'une cholécystectomie ont été intégrés dans le DRG de base G12 «Autres procédures opératoires sur les organes digestifs», si bien que ces cas de figure sont désormais représentés de manière adéquate dans la MDC 06.
- Jusqu'à la version 6.0, les gastroscopies étaient représentées dans différents DRG de base:
G46 «Gastroscopie pour affections sévères des organes digestifs ou gastroscopie pour affections sans gravité...»
G47 «Autre gastroscopie pour maladies graves des organes digestifs sans CC extrêmement sévères ou sévères, ou gastroscopie...»
G50 «Gastroscopie sans gastroscopie peu complexe pour maladies sans gravité des organes digestifs...»
- Cette représentation était d'une part peu claire et, d'autre part, il n'y avait pas de différences de coûts significatives justifiant une répartition en trois DRG de base différents.
- Les trois DRG de base ont été regroupés dans le DRG de base G46 et les DRG G47 et G50 ont été supprimés. En outre, les conditions de split ont été révisées et adaptées, si bien que tous les cas du domaine des gastroscopies sont désormais représentés de manière claire et adéquate.

- Des cas au contenu similaire étaient représentés dans différentes DRG de base G67 «Diverses maladies des organes digestifs ou hémorragie gastro-intestinale, ... ou ulcère duodéal...» et G73Z «Hémorragie gastro-intestinale ou ulcère duodéal...».
- Le DRG G73Z a été condensé dans le DRG de base G67 et le critère de split pour le DRG G67A complété avec «autres diagnostics à complication et traitement complexe de soins intensifs >196 / 119 ou traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196 / 184». Une représentation claire des cas dans le système a ainsi pu être obtenue.
- Egalement pour un meilleur aperçu et en raison de l'absence de différence de coûts, les groupes de cas des DRG suivants ont été vérifiés et révisés:
 - G65Z «Obstruction du système digestif»
 - G66Z «Douleur abdominale ou...»
 - G72A/B «Autres affections bénignes à modérées des organes digestifs ou douleur abdominale...»
- Les DRG G65Z et G66Z ont été condensés dans le DRG de base G72 révisé. Les conditions de split ont été redifférenciées en conséquence avec les critères plus de 1 jour d'hospitalisation, CC particulièrement sévères ou gastroscopies / coloscopies.

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

- Jusqu'ici, les cas avec une intervention sur la vésicule biliaire et les voies biliaires étaient représentés dans les DRG de base différents H02 et H05.
- Les groupes de cas sont désormais regroupés dans le DRG de base H05 et le DRG H02 a été supprimé. Un split a été créé pour les interventions les plus complexes.
- Jusqu'à la version 6.0, les cas avec «Cholécystectomie ouverte» ou «Cholécystectomie laparoscopique» étaient représentés dans les DRG de base H07 et H08. Les interventions complexes ne pouvaient pas être revalorisées lors d'un nombre trop faible de cas.
- Les cas sont regroupés dans le DRG de base H07 et le DRG H08 a été supprimé. Différents diagnostics aggravants (par ex. néoformations malignes) et procédures (par ex. CPRE) ont été pris en compte comme critères de split.
- Des cas communs ont été observés dans les DRG H40Z «Interventions endoscopiques pour hémorragie par rupture des varices œsophagiennes» et H60Z «Cirrhose hépatique et hépatites non infectieuses particulières avec CC extrêmement sévères». De plus, le DRG H40Z présentait un nombre très faible de cas, une révision était donc nécessaire.
- Il en résulte la condensation du DRG H40Z dans le DRG de base H60 et la révision du DRG de base H60 dans son ensemble. Les cas ont été différenciés selon le critère plus d'un jour d'hospitalisation et les cas avec des points USI / U-IMC ou avec des diagnostics secondaires extrêmement difficiles ont été revalorisés.

1.3.23 Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique MDC 08

- Les cas avec une intervention sur la hanche et une intervention simultanée sur d'autres localisations ne sont plus représentés de manière adéquate dans le DRG de base I08 «Autres interventions sur l'articulation de la hanche et le fémur... avec intervention sur les membres supérieurs ou la colonne vertébrale».
- La fonction «intervention sur diverses localisations» a été supprimée du DRG de base I08 et incluse dans la condition de split pour le DRG I46A «Implantation, remplacement ou révision d'une endoprothèse de hanche avec CC extrêmement sévères ou intervention sur plusieurs localisations». Ces cas sont ainsi représentés de manière adéquate dans la version 7.0.

- Le code 78.49.72 «Reconstruction complexe de la colonne vertébrale (par ex. scoliose) par implantation de growing rods» n'est jusqu'à présent pas représenté de manière adéquate dans la MDC 08.
- Les cas présentent des coûts d'un niveau semblable à ceux du code 78.41.30 «Autres réparations ou opérations plastiques... implantation VEPTR (vertical expandable prosthetic titanium rib)». Ces deux procédures représentent une intervention médicalement complexe.
- Les deux codes coûteux ont été mis au même niveau dans les DRG I06B «Interventions complexes sur la colonne vertébrale avec intervention corrective très complexe, ...» et I09D «Fusion complexe de corps vertébraux ou diagnostic particulier ou intervention complexe...»

- Les cas avec un monitoring peropératoire lors d'interventions complexes sur la colonne vertébrale ne sont pas représentés de manière adéquate.
- Les codes avec un monitoring peropératoire à partir de 4 heures ont été inclus dans les DRG I06B et I09D en tant que condition de split.

- Les diagnostics «Néof ormation à la moelle épinière / colonne vertébrale» ne sont pas représentés de manière adéquate dans le DRG de base I10 «Autres interventions sur la colonne vertébrale ou halotraction».
- Ces cas ont été inclus dans le DRG I10B «Autres interventions sur la colonne vertébrale avec intervention particulière ou halotraction ou âge < 16 ans ou diagnostic complexe».

- Le DRG de base I33 «Reconstruction de malformations des membres» présente depuis des années un petit nombre de cas dont le contenu se recoupe avec le DRG de base I11 «Interventions pour l'élongation d'une extrémité».
- Le DRG de base I33 a été condensé dans le I11. Grâce au nouveau nombre de cas, le code I11Z a pu être divisé en DRG I11A avec la condition «âge > 18 ans».

- Les codes 78.50.2f/-2g «Ostéosynthèse par système interne d'allongement ou de transport osseux après ostéotomie lors de greffe ou de transposition osseuse, système (non) motorisé» et 84.53.10/-11 «Implantation de dispositif interne d'allongement ou de transport osseux, système (non) motorisé» sont des doublons. Ces codes étaient jusqu'à présent représentés de manière différente dans le système.
- Ils ont été mis au même niveau dans le DRG de base I11.

- Les procédures moins coûteuses ne sont pas représentées de manière adéquate dans le DRG I28B «Infection / inflammation des os et des articulations avec différentes interventions sur l'appareil musculo-squelettique et le tissu conjonctif avec CC sévères ou révision de l'articulation du genou».
- Les tableaux dans le DRG I12B ont été entièrement nettoyés et la logique du DRG en est ainsi renforcée.

- Une demande de revalorisation de la réparation de la coiffe des rotateurs avec intervention sur un ou plusieurs tendons ainsi que de représentation des cas avec l'implantation d'un patch a été déposée.
- Il n'est pas possible de différencier les interventions sur les tendons, car le catalogue CHOP ne dispose pas des codes correspondants. Dans la circulaire 2017 de l'OFS, une FAQ concernant le codage des interventions sur les tendons de la coiffe des rotateurs a été publiée.
- Le DRG de base I29 «Interventions complexes sur l'omoplate, la clavicule, les côtes ou l'épaule» a été restructuré en conséquence, les interventions impliquant un tendon sont représentées dans les DRG I29B ou I29C et les interventions impliquant plusieurs tendons dans le DRG I29A.
- Les implantations de patches ne peuvent pas être évaluées, car cette prestation n'est pas représentée dans le catalogue CHOP.

- La rémunération des cas avec le code CHOP 78.69.61 «Ablation de matériel d'ostéosynthèse au niveau de la colonne vertébrale» n'est pas en adéquation avec les coûts.
- Un split supplémentaire avec un autre DRG pour ces cas a été établi au sein du DRG de base I23 «Interventions particulières à l'exception de l'articulation de la hanche et du fémur».
- Certains cas dans le DRG de base I05 «Remplacement d'articulation ou révision aux membres supérieurs» ne sont pas représentés de manière adéquate.
- Les codes 81.56 «Prothèse totale de cheville» et 81.59.11 «Révision et remplacement d'endoprothèse de cheville» ont été intégrés dans le DRG I20A «Interventions sur le pied avec plusieurs interventions hautement complexes ou avec intervention hautement complexe avec diagnostic complexe, plus d'un jour d'hospitalisation». Cette mesure permet une représentation médicalement correcte et une attribution adéquate des cas.

- Les cas dans le DRG de base I20 «Interventions sur le pied» présentent des coûts non homogènes. Les analyses montrent une proportion élevée de cas avec un jour d'hospitalisation.
- Un nouveau DRG I20G «Interventions sur le pied, un jour d'hospitalisation» a pu être calculé.

- Le code de diagnostic Q70.9 «Syndactylie» ne fait pas de différence selon la localisation (pied, main). Les cas sont ainsi souvent regroupés dans un DRG non correct sur le plan médical.
- Une nouvelle logique a été établie dans les DRG de base I20 «Interventions sur le pied...» et I32 «Interventions sur la main...» avec les codes CIM pour malformations congénitales et les procédures «Interventions pour syndactylie / polysyndactylie sur la main ou le pied». Les cas sont ainsi représentés correctement.

- Le DRG de base I32 «Interventions sur le poignet et la main» fait apparaître un nombre de cas non homogènes.
- Les tableaux dans le DRG de base I32 ont été entièrement nettoyés. De plus, le DRG I32D a été condensé dans le DRG I32C. Le renforcement des logiques a permis une représentation adéquate des cas.

- Les cas avec les codes 81.90.10 /-.20 «Transplantation de chondrocytes autologues sur matrice dans une articulation, par arthroscopie / technique chirurgicale ouverte» pour l'articulation du genou ne sont pas représentés de manière adéquate. La préparation dans le laboratoire présente des coûts très élevés.
- Une rémunération supplémentaire est établie lors de l'application de ce procédé à l'articulation du genou en combinaison avec certains cas de figure et après validation préalable des assureurs.
- L'intervention est représentée de façon adéquate dans le DRG I18A «Arthroscopie... ou autres interventions sur les os ou articulations, avec intervention particulière ou âge < 16 ans».

- Le nombre de cas dans le DRG I44Z «Implantation partielle, changement partiel ou révision d'une endoprothèse du genou» affichait des coûts non homogènes dans les données 2015.
- La logique dans le DRG de base I44 a été élargie avec le critère «... ou ablation d'une endoprothèse» et le DRG I44Z a en outre été divisé en DRG I44A «Implantation lors du remplacement d'une composante de prothèse de genou».

1.3.24 Maladies de la peau et de la glande mammaire MDC 09

- Le DRG J26Z «Plastie reconstructive de la glande mammaire avec transplantation complexe de peau ou grandes interventions sur la glande mammaire pour néoformation maligne avec intervention complexe» présente des coûts très hétérogènes en raison du faible nombre de cas.
- Les cas du DRG J26Z ont été intégrés dans la logique du DRG de base J01 «Transplantation de tissu avec anastomose microvasculaire lors d'affections malignes de la peau, du tissu sous-cutané et de la glande mammaire ou intervention complexe».
- Les interventions complexes ont été revalorisées par une nouvelle définition de la condition de split du DRG J01A «Transplantation de tissu avec anastomose microvasculaire lors d'affections malignes de la peau, du tissu sous-cutané et de la glande mammaire avec procédure bilatérale ou intervention complexe».
- Le DRG J26Z a ensuite été supprimé.

1.3.25 Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques MDC 10

- Les cas avec lymphadénectomie bilatérale ne sont pas représentés de manière différenciée dans le DRG K14Z.

- Le DRG K14Z est divisé à l'aide de la condition «*Interventions bilatérales*». Les lymphadénectomies bilatérales coûteuses sont représentées de manière adéquate dans le DRG K14A.

1.3.26 Maladies des organes urinaires MDC 11

- Le traitement lors d'une «Hyperparathyroïdectomie» suite à une insuffisance rénale dialysée n'est jusqu'à présent pas représenté dans la MDC 11.
- La procédure «Parathyroïdectomie» a été intégrée dans le DRG de base L04.
- Certaines réparations ne sont pas représentées de manière adéquate dans le DRG L08Z.
- Le DRG L08Z est divisé et les interventions complexes sur l'urètre sont revalorisées.
- L'urétérorénoscopie avec / sans lithotripsie extracorporelle par ondes de choc (LECO) est représentée dans différents DRG de base:
DRG L19 «Interventions transurétrales... urétérorénoscopies complexes avec lithotripsie extracorporelle par ondes de choc (LECO)»
DRG L20 «Interventions transurétrales... urétérorénoscopies sans lithotripsie extracorporelle par ondes de choc (LECO)»
- Le DRG L19Z est regroupé dans le DRG de base révisé L20 et la LECO est intégrée en tant que critère de split dans le DRG L20B «... urétérorénoscopies avec lithotripsie extracorporelle par ondes de choc (LECO)».
- Le DRG L72A présente un nombre très faible de cas. Les coûts au sein du DRG ne sont pas homogènes et varient selon les FFP utilisées.
- Les DRG L72A/B sont condensés et la rémunération supplémentaire «Plasmaphérèse thérapeutique, avec Fresh Frozen Plasma (FFP)» est évaluée de manière différenciée.

1.3.27 Maladies des organes génitaux féminins MDC 13

- Les coûts n'étaient pas homogènes dans le DRG de base N01 «Eviscération pelvienne chez la femme, vulvectomie radicale, hystérectomie particulière...».
- Une restructuration complexe de la logique dans le DRG de base N01 et un élargissement des critères de split pour les DRG N01A et N02B avec la condition «Traitement complexe de soins intensifs > 119 points» ont été entrepris.
- Des cas au contenu similaire sont représentés dans des DRG de base différents: N02 «*Interventions sur l'utérus et le système utéroannexiel pour néoformation maligne des ovaires et*

des annexes» et N03 «Interventions sur l'utérus et le système utéroannexiel pour néoformation maligne d'autres organes»

- La logique du DRG de base N02 a été élargie avec *«autre néoformation maligne des organes génitaux féminins»*.
- Le DRG de base N02 est différencié à l'aide d'autres critères de split, le DRG de base N03 est ensuite supprimé.

- Il y a des cas communs dans le DRG N14Z *«Hystérectomie avec plastie du plancher pelvien sauf lors de néoformation maligne... ou curiethérapie pour maladies et troubles des organes génitaux féminins...»*, N04Z *«Hystérectomie sauf en cas de néoformation maligne»* et N16Z *«Radiothérapie pour maladies et troubles des organes génitaux féminins...»*
- Les restructurations suivantes sont entreprises: les cas opératoires seront désormais regroupés dans le DRG de base N04 et les cas avec «curiethérapie» dans le DRG N16Z. Le DRG N14Z est supprimé.

- Les interventions de reconstruction pour un léiomyome de l'utérus, codes CIM D25.* ne sont pas représentées de manière adéquate dans le DRG N23Z.
- Ces cas de figure sont représentés séparément dans le DRG N23A et ainsi revalorisés.

1.3.28 Grossesse, naissance et suites de couches MDC 14

- Les interventions sur le fœtus peuvent désormais être représentées de manière différenciée grâce aux codes 75.E* *«Interventions chirurgicales ouvertes sur le fœtus»* de la CHOP 2015.
- Un nouveau DRG O01A *«... ou thérapie intra-utérine complexe du fœtus»* a été établi pour représenter ces interventions hautement spécialisées.

1.3.29 Nouveau-nés MDC 15

- Une différenciation des cas au moyen de diagnostics secondaires est difficile dans la MDC 15. Les heures de ventilation artificielle sont particulièrement explicites pour une haute consommation de ressources. Les cas coûteux avec un séjour en USI / U-IMC ont été examinés de manière différenciée.
- Les cas avec un poids à l'admission de 1000 – 1499 g et un séjour en USI / U-IMC sont intégrés dans la logique des DRG de base P03 et P63 et ainsi représentés de manière différenciée.
- Les cas avec un poids à l'admission de 1500 – 1999 g et des séjours en USI sont intégrés dans la logique des DRG de base P04 et ainsi revalorisés.

- Les cas avec les codes CHOP 99.22.11 *«Injection d'anti-infectieux, jusqu'à 3 jours»* et 99.22.12 *«Injection d'anti-infectieux, 4 jours (minimum) à 7 jours»* ne sont pas représentés de manière adéquate dans le DRG de base P67.

- Ces codes sont intégrés dans les DRG P67B et P67C et ce traitement est revalorisé en conséquence.
- Les fonctions suivantes sont examinées dans le cadre de la révision annuelle pour un éventuel nettoyage: «Problème grave chez le nouveau-né» et «Autres problèmes chez le nouveau-né».
- Les codes CIM suivants sont supprimés: Q71.3 Absence congénitale de la main et de(s) doigt(s), Q71.9 Raccourcissement du membre supérieur, sans précision et K07.1 Anomalies de rapport entre les mâchoires et la base du crâne.

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

- Les cas dans le DRG de base Q60 «Affection du système réticulo-endothélial, du système immunitaire et troubles de la coagulation» présentent des coûts très hétérogènes. Le critère de split utilisé «Age < 16 ans» est un séparateur de coûts inefficace.
- Le DRG de base Q60 a été complètement révisé. Les «lésions de la rate ou les cas avec procédures de complication» ont été revalorisés. En outre, un autre séparateur de coûts efficace a pu être identifié avec «Diagnostic complexe ou CC extrêmement sévères, et plus d'un jour d'hospitalisation».

1.3.31 Néoplasmes hématologiques et solides MDC 17

- Dans la partition médicale, les DRG ne sont pas différenciés de manière cohérente selon la complexité de la chimiothérapie en raison d'un nombre trop faible de cas. Une demande de différenciation dans les DRG de base selon le degré de gravité des complications après la chimiothérapie (agranulocytose, septicémie, mucite généralisée, etc.) a été également enregistrée. En outre, les cas dans le DRG avec 1 jour d'hospitalisation présentaient des coûts non homogènes.
- Dans la partition opératoire, 9 DRG de base (R01, R02, R04, R07, R11, R12, R13, R14, R16) représentent les interventions chirurgicales ou de radiothérapie, mais ici aussi sans différenciation en fonction de la chimiothérapie réalisée. De plus, les tableaux des procédures n'étaient pas tous nettement définis.
- Quelques DRG présentent encore un nombre très faible de cas et certains traitements coûteux n'ont pas pu être revalorisés en raison du nombre de cas.
- Les simulations des demandes n'ont cependant pas conduit à une amélioration de la qualité de représentation. Pour conduire certains cas vers une rémunération adéquate, une révision complète de cette MDC a donc été entreprise.
- Un DRG de base R50 «Chimiothérapie hautement complexe, deux séries de traitement» a été établi pour toutes les néoplasmes hématologiques et solides dans la MDC 17.
- Une identification de cas coûteux par des diagnostics secondaires complexes, par ex. VOD, mucite généralisée, syndrome de Lyell, points USI et certains diagnostics principaux (leucémie myélogène aiguë) et leur revalorisation ont été entreprises.

- Les DRG de base R60, R61, R62, R63 ont été révisés par la suite.
- Les cas avec le code CHOP 99.a0.1* «Diagnostic complexe de maladies hématologiques malignes» ont été nouvellement établis et donc revalorisés dans les DRG de base R61, R63.
- Une représentation différenciée des cas avec chimiothérapie dans les DRG de base R60, R62, R63 a été entreprise.
- Les cas avec diagnostics secondaires complexes dans les DRG de base R60, R61, R62, R63 et avec points USI ont été revalorisés dans le DRG de base R61.
- Tous les cas opératoires ont été regroupés dans le DRG de base R01. De même, les cas avec traitement complexe de germes multirésistants dès 14 jours de traitement sont attribués à ce DRG de base pour toutes les néoformations hématologiques / solides de la MDC 17.
- Le DRG de base R01 a ensuite été différencié selon les critères: chimiothérapie hautement complexe, interventions complexes / procédures de complication, points USI ainsi que âge et PCCL.
- Pour finir, les DRG de base un jour d'hospitalisation R65 «Néoformations hématologiques et solides, un jour d'hospitalisation» ont été différenciés. Des cas ont été revalorisés selon l'âge < 18 ans et selon certaines procédures.

1.3.32 VIH MDC 18a

- Au cours du développement du système, une faible homogénéité des coûts a pu être constatée dans les DRG de base S64 et S63, des cas au contenu similaire étant représentés dans les deux DRG de base.
- Au cours du développement, le DRG de base S64 a pu être supprimé et les cas qu'il contenait ont pu être transférés. La condition de split du DRG S63A a été élargie aux infections graves.

1.3.33 Maladies infectieuses et parasitaires MDC 18B

- Le DRG de base T60 «Septicémie» présente des coûts particulièrement hétérogènes. Il est nécessaire d'identifier des séparateurs de coûts efficaces, car en particulier les cas avec PCCL > 3 sont déficitaires. La définition actuellement utilisée de la septicémie et de son codage est cependant problématique, un renforcement de cette définition est de rigueur.
- Les cas avec points de traitement complexe de soins intensifs > 196 / 184 ont été revalorisés.
- Le tableau pour diagnostics complexes a été renforcé (par ex. avec les codes CIM T86.09 «Maladie chronique du greffon contre l'hôte, sans précision»; T86.12 «Reprise retardée de la fonction de la greffe»).
- En outre, un DRG explicite pour 1 jour d'hospitalisation a été établi.
- Il était nécessaire de vérifier le seul critère de split «Age < 16 ans» dans le DRG de base T64 «Autres maladies infectieuses et parasitaires».
- Les cas avec un diagnostic complexe (par ex. agranulocytose, état après transplantations ou maladie de Lyme) ont été revalorisés. De plus, la limite d'âge a été renforcée à «Age < 6 ans».

1.3.34 Usage d'alcool et de drogues MDC 20

- Le DRG de base V60 «Intoxication et sevrage alcooliques ou troubles dus à l'abus d'alcool et à la dépendance alcoolique» présente des coûts considérablement hétérogènes.
- Les cas avec points USI ont été revalorisés dans le DRG V60A «Intoxication et sevrage alcooliques ou troubles dus à l'abus d'alcool et à la dépendance alcoolique avec syndrome psychotique, cure de désintoxication qualifiée ou maladie due au VIH, plus d'un jour d'hospitalisation, ou traitement complexe de soins intensifs > 196 / 184 points».

1.3.35 Traumatisme multiple MDC 21A

- Il s'est avéré que certains cas de figure dans le DRG de base W60 «Traumatisme multiple, décédé < 5 jours après hospitalisation» présentent des coûts non homogènes.
- Le DRG W60Z a été divisé avec la condition «... et traitement complexe de soins intensifs > 196 / 119 points». Il en résulte une représentation différenciée des cas coûteux dans ce DRG.

1.3.36 Blessures, empoisonnements MDC 21B

- Les cas avec codes CHOP 93.97 «Chambre de décompression», 93.95* «Oxygénothérapie hyperbare» ne sont pas représentés de manière adéquate. Une révision du DRG de base X62 «Empoisonnements / effets toxiques dus aux drogues, médicaments et autres substances ou suites d'un traitement médical» est nécessaire.
- Le traitement «Chambre de décompression» a été revalorisé et les cas avec points pour traitement complexe de soins intensifs / traitement complexe en unité de soins intermédiaires sont mieux représentés. (Les cas avec code CHOP «Oxygénothérapie hyperbare» présentent des coûts très hétérogènes et ne conviennent donc pas comme critère de split.) En outre, un DRG explicite pour 1 jour d'hospitalisation a été établi.
- Les cas du DRG X64Z «Autre maladie causée par une blessure, un empoisonnement ou un effet toxique» sont très hétérogènes.
- En raison du nombre élevé de low-outliers, un DRG explicite pour 1 jour d'hospitalisation a été établi.

1.3.37 Brûlures MDC 22

- De nombreuses analyses ont donné des résultats indiquant que des interventions particulières consécutives à des brûlures étaient également affectées à la MDC 22. Ces cas ne sont pas comparables, en termes de consommation de ressources, aux traitements aigus pratiqués en cas de brûlures et influencent ainsi négativement le cost-weight des DRG. Cette MDC présentant un faible nombre de cas, la MDC «Brûlures» a été largement révisée.
- De plus, il s'est avéré que les tableaux de procédures ne sont pas nettement définis.
- Tous les DRG opératoires et médicaux ont été complètement révisés. Les conditions de split ont été systématiquement renforcées et les tableaux de procédure adaptés.
- Les tableaux de procédures ont fait l'objet d'une révision complexe avec différenciation par ex. en «Greffe de peau régénérative»; «Greffe de peau d'épaisseur partielle, étendue»; «Greffes de peau avec / sans anastomoses microvasculaires».
- Les situations particulièrement coûteuses, par ex. les interventions multiples, les séjours en soins intensifs ainsi que les transplantations de peau coûteuses, ont pu être revalorisées.

- La définition du DRG Y01Z a été renforcée, pour représenter des cas de brûlure coûteux univoques de manière adéquate et adaptée aux coûts.
- De nouveaux séparateurs de coûts ont été identifiés, par ex. Interventions à quatre temps; Procédures opératoires complexes; Points USI.

1.3.38 Mise à contribution de la santé publique MDC 23

- Le DRG Z02Z «Don de foie (par une personne vivante)» et le DRG Z03Z «Don de rein (par une personne vivante)» présentent tous les deux un nombre très faible de cas.
- La condensation des deux DRG et le regroupement dans le DRG Z02Z «Don de foie ou de rein (par une personne vivante)» permettent une représentation plus adéquate de ces cas.
- Les cas avec le diagnostic Z09.80 «Examen de suivi après transplantation d'organe» ne sont pas rémunérés de manière à couvrir les coûts dans le DRG Z64Z «Autres facteurs influant sur l'état de santé et suivi thérapeutique après la conclusion du traitement».
- L'identification de séparateurs de coûts supplémentaires (par ex. Z45.02 «Adaptation et manipulation d'un système d'assistance cardiaque»; Z52.01 «Donneurs de cellules souches») et le regroupement dans le nouveau critère de split «Situations particulières» ont permis de revaloriser les cas.
- Les cas avec le code CIM R18 «Ascites» en lien avec le code CHOP 54.91 «Ponction abdominale percutanée» sont nettement sous-rémunérés dans le DRG Z65Z «Troubles, symptômes, autres anomalies et suivi thérapeutique».
- La division du DRG de base Z65 avec cette constellation et l'établissement d'un DRG explicite pour 1 jour d'hospitalisation ont permis de revaloriser ce groupe de cas.

1.4 Aperçu de la matrice CCL

- Nombre de simulations
Suite à différentes indications au cours de l'année (e-mails reçus, annotations en continu) et à 6 requêtes émanant de la procédure de demande, des analyses complètes sur l'évaluation des diagnostics dans la matrice CCL ont été réalisées. De nombreuses simulations (232) concernant au total 310 diagnostics supplémentaires et leur affectation ont donné lieu à 91 revalorisations ou dépréciations dans la matrice CCL.

La réévaluation du degré de sévérité conduit, dans la structure tarifaire 7.0 / 2018, à une représentation du degré de sévérité total du patient (PCCL) plus en adéquation avec les coûts.

- Intégration de 12 diagnostics
- Revalorisation de 4 diagnostics
- Dépréciation de 54 diagnostics
- Suppression de 21 diagnostics

1.5 Rémunérations supplémentaires

1.5.1 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 contenant 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 à hauteur de 78 108 252 CHF au total a été entrepris pour 13 750 cas issus des données de calcul.

1.5.2 Nouvelles rémunérations supplémentaires

Les rémunérations supplémentaires suivantes ont été établies:

- Insertion de valve(s) bronchique(s)
- Protonthérapie, ainsi que la
- Prestation externe d'anesthésie
- Transplantation de chondrocytes autologues sur matrice à l'articulation du genou
- Implantation d'un système interne motorisé d'allongement ou de transport de l'os
- Susoctocog alfa, intraveineuse
- Terlipressine, intraveineuse
- Busulfan, intraveineuse uniquement pour les enfants de moins de 16 ans
- Pertuzumab, intraveineuse
- Trastuzumab emtansin, intraveineuse
- Crizotinib, orale
- Carboxypeptidase, intraveineuse
- Hémodialyse pour l'élimination de protéines de masse moléculaire jusqu'à 60000, intermittente prolongée

Les rémunérations supplémentaires suivantes ont été évaluées de manière plus différenciée:

- Traitement de soins infirmiers complexes pour enfants
- Plasmaphérèse thérapeutique, Fresh Frozen Plasma (FFP)

Les rémunérations supplémentaires suivantes ont été supprimées:

- Sunitinib
- Dasatinib
- Nilotinib

1.6 Aperçu de la procédure de demande 2016

Dans le cadre de la procédure de demande, 189 demandes ont été déposées au total en 2016 pour le perfectionnement du système de forfait par cas SwissDRG. Parmi elles, 115 ont été appliquées, soit un taux de mise en œuvre de 60%.

1.7 Conclusion

Pour pouvoir obtenir d'autres améliorations substantielles dans le cadre du développement de la structure tarifaire, il faut continuer à améliorer la qualité des données relatives aux coûts et aux prestations.

Les thèmes suivants doivent être traités:

De manière générale, la détermination des coûts en lien avec les cas nécessite une amélioration importante pour toutes les typologies hospitalières. Cela concerne d'une part le calcul des coûts par cas sur la base de la saisie des prestations et d'autre part le codage de ces prestations.

Les coûts de la formation universitaire et de la recherche doivent être différenciés de manière uniforme.

La différenciation uniforme des prestations de service public n'est pas établie et a une influence directe sur la hauteur absolue des coûts d'exploitation.

La qualité des coûts d'utilisation des installations par cas ne peut pas être évaluée actuellement. Les directives relatives à la saisie des coûts ont pour cette raison été renforcées.

2. Méthode de calcul

La méthode de calcul de la version 7.0, comparée à la méthode de calcul de la version 6.0, demeure inchangée.

2.1 Calcul des inliers

Les limites inférieures et supérieures de durée de séjour sont calculées selon la même méthode que pour la version SwissDRG 6.0.

2.2 Détermination des cost-weights

Pour la version SwissDRG 7.0, 1037 DRG ont été calculés dans le résultat sur la base des données suisses. Pour la version SwissDRG 7.0 non plus, aucun cost-weight issu du catalogue allemand des forfaits par cas n'a été importé ou helvétisé.

Pour certains DRG, les données de l'année précédente ont été utilisées en raison d'un nombre trop faible de cas. Pour sept autres DRG, des cas issus de trois années de données (2015/2014/2013) ont été pris en compte. Les cas issus des années précédentes ont été utilisés à la condition qu'aucune révision n'ait été entreprise dans le DRG correspondant et que suffisamment de cas puissent être pris en compte pour deux ou trois ans.

De manière générale, les cost-weights sont calculés selon la même méthode que pour la version 6.0. Comme pour la version précédente, un cost-weight est calculé en divisant les coûts moyens des inliers d'un DRG par la valeur de référence. Comme les autres composantes de coûts, les coûts d'utilisation des installations ont déjà été intégrés dans le calcul des cost-weights.

2.2.1 Calcul de la valeur de référence

Le nombre toujours croissant de cas du relevé des données SwissDRG (le relevé 2016 des données 2015 comprend 88% des cas de toute la Suisse) permet le calcul de la valeur de référence au moyen des données SwissDRG. Les cas appartenant au domaine d'application sont ici pris en compte.

La valeur de référence a 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 7.0 correspond à la somme des cost-weights effectifs de ces cas avec la version 6.0:

$$\text{Casemix}_{\text{Version 7.0}}^{\text{Données 2015}} = \text{Casemix}_{\text{Version 6.0}}^{\text{Données 2015}}$$

La valeur de référence pour la version SwissDRG 7.0 s'élève à 10 501 CHF. Pour la version 6.0, une valeur de référence de 10 424 CHF a été déterminée.

2.2.2 Calcul des suppléments et réductions

De manière générale, les suppléments et réductions sont calculés selon la même méthode que pour la version 6.0. La subdivision des composantes de coûts en coûts principaux et coûts différentiels utilisée pour le calcul a quant à elle été examinée pour la version 7.0 et demeure inchangée. Il faut prendre en compte que les données suisses relatives aux coûts des cas ne sont pas suffisamment détaillées pour permettre une distinction directe entre les coûts de la prestation principale et les coûts différentiels, comme le prévoit la structure matricielle des coûts dans le système G-DRG¹. Les composantes de coûts non attribuables (coûts mixtes) sont estimées par conséquent sur la base des inliers.

Dans les DRG avec une constellation spécifique de low-outliers, une méthode alternative a été utilisée pour déterminer les réductions. La version SwissDRG 7.0 contient 252 DRG implicites pour un jour contre 267 dans la version 6.0.

Pour 372 DRG, le calcul des suppléments pour high-outliers reposait sur une méthode différente de la méthode habituelle. 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, c'est-à-dire que le facteur de coûts marginaux est relevé de 0,7 à 1.0.

2.2.3 Explications générales sur la valeur de référence et le casemix Suisse

La valeur de référence en francs suisses est une valeur de calcul interne de SwissDRG. Cette valeur permet de convertir les valeurs moyennes de coûts des groupes de cas en cost-weights sans dimension. La valeur de référence est obtenue grâce à la méthode de normalisation de la hauteur des cost-weights. Depuis le développement de la version SwissDRG 2.0, la valeur de référence est calculée de telle sorte que la somme des cost-weights effectifs («casemix Suisse») demeure constante entre deux versions du système pour une base de données identique. La normalisation a été adaptée pour éviter l'apparition d'un effet de catalogue à l'échelle de la Suisse.

Les données ont été nettoyées des coûts des prestations pouvant donner lieu à des rémunérations supplémentaires.

¹ La structure matricielle permet une distinction des coûts selon deux axes: les centres de coûts (par ex. bloc opératoire, unité de soins réguliers) et types de coûts (par ex. coût des matériaux pour les implants, médicaments, frais de personnel médecins, soins infirmiers).

L'évaluation modifiée de cas identiques dans différentes versions SwissDRG est appelée l'effet de catalogue.

Le seul changement de version SwissDRG (ici de la version SwissDRG 6.0 à 7.0) peut entraîner des changements dans le casemix par l'ajout de nouvelles prestations dans le catalogue de rémunérations supplémentaires et l'adaptation de rémunérations supplémentaires déjà existantes (valeurs seuils modifiées dans des rémunérations supplémentaires évaluées ou baisses de prix). De même, l'ajout dans la structure tarifaire de prestations qui pouvaient donner lieu à des rémunérations supplémentaires dans la version précédente peut également entraîner des changements de casemix. De plus, les déplacements entre prestations qui sont facturées d'une part via la structure tarifaire SwissDRG ou d'autre part par d'autres formes de rémunération extérieures à la structure tarifaire DRG (contrats pour la transplantation d'organes solides et de cellules souches, remboursement de certains domaines de prestations en dehors de la structure tarifaire DRG, par ex. la médecine palliative, la paraplégie) jouent également un rôle. Ces changements du casemix sont difficiles à calculer. SwissDRG SA essaie de les estimer, ce qui n'est possible que de manière limitée pour les raisons suivantes: SwissDRG SA n'a pas d'informations sur les rémunérations supplémentaires effectivement facturées en 2015 et ne peut pas non plus entreprendre une évaluation sérieuse, d'une part en raison de la saisie incomplète des médicaments pertinents pour les rémunérations supplémentaires et d'autre part parce que certaines rémunérations supplémentaires sont soumises à des conditions. Les données disponibles ne permettent pas de savoir si lesdites conditions sont remplies. Par ailleurs, on ne sait pas précisément quelle rémunération les partenaires tarifaires ont négociée pour les rémunérations supplémentaires non évaluées. De plus, SwissDRG SA ne dispose pas d'informations sur la hauteur de l'accord spécifique à chaque hôpital pour les autres éléments de rémunération en dehors de la Structure tarifaire SwissDRG.

3. Chiffres-clés concernant le développement du système

3.1 Introduction

L'annexe suivante présente les principaux chiffres-clés, par ex. l'érosion des données, du développement du système de la structure tarifaire SwissDRG version 7.0.

3.2 Base des données

Le relevé de SwissDRG est composé des données des hôpitaux du réseau (données relatives aux coûts et aux prestations) et des données globales suisses de la statistique médicale (données sur les prestations). Les données des hôpitaux du réseau sont livrées directement par les hôpitaux. Les données globales suisses sont transmises à SwissDRG SA par l'Office fédéral de la statistique.

Le délai de livraison du relevé 2016 des données de 2015 a été fixé au 31.05.2016 pour les hôpitaux du réseau.

Pour le relevé 2016, SwissDRG SA a reçu les données de coûts et de prestations de 118 hôpitaux du réseau. Ce sont donc trois hôpitaux de plus que lors du relevé 2015 pour le développement de la version 6.0.

Les données globales de la statistique médicale de l'Office fédéral de la statistique contenaient les données de 184 hôpitaux de médecine somatique aiguë contre 187 l'année précédente. L'échantillon des hôpitaux du réseau SwissDRG représente ainsi 64,1% des hôpitaux suisses de soins aigus.

Tableau 1: Nombre d'hôpitaux

	Version 7.0 Données 2015	Version 6.0 Données 2014
Hôpitaux du réseau	118	115
Total des données	184	187

Au total, 1 127 611 cas pertinents pour le système SwissDRG ont été fournis par les hôpitaux du réseau, ce qui correspond à 87% des cas suisses de médecine somatique aiguë.

Tableau 2: Nombre de cas livrés

		Version 7.0 Données 2015	Version 6.0 Données 2014
Hôpitaux du réseau	<i>livrés</i>	1 132 926	1 087 483
	<i>Domaine d'application SwissDRG</i>	1 127 611	1 079 730
Total des données	<i>livrées</i>	1 299 974	1 284 972
	<i>Domaine d'application SwissDRG</i>	1 283 733	1 228 004

Pour la version 7.0, 29 069 cas privés ou semi-privés ont été exclus. 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 6.0, 39 988 cas privés ou semi-privés ont été exclus. Le recul des cas privés et semi-privés exclus peut être expliqué par un nettoyage plus précis (voir chapitre 2 à ce sujet).

Durant la phase de contrôle de la plausibilité, 130 784 cas (11,9% de la base de données de calcul) ont été identifiés comme non plausibles. De plus, 13 hôpitaux / cliniques ont été complètement exclus. Les données rendues plausibles correspondent à la base de données pour le développement de la structure tarifaire SwissDRG 7.0.

Le calcul des cost-weights pour la version 7.0 a été réalisé sur 966 748 cas de l'année 2015 plus 590 cas de l'année 2014 et 120 cas de l'année 2013.

Le tableau 3 donne un aperçu de l'érosion globale des données.

Tableau 3: Erosion des données

Total des données	Relevé SwissDRG		
1'299'974	1'132'926	Cas livrés	
↓	↓	- Psychiatrie / Réadaptation - Cas ambulatoires - Sortie en dehors de la période du relevé	} Délimitation des cas
1'283'733	1'127'611	Cas dans le domaine d'application (y compris maisons de naissances)	
	↓	- Cas privés non utilisables - Cas sans coûts complets	} Marquage de cas non utilisables
	1'097'532	Base de données pour le calcul	
	↓	- Plausibilisation des cas (Suppression totale de 13 hôpitaux)	
	966'748	Cas plausibles (données pour le calcul)	} Développement du système
		+ 590 cas provenant des données 2014 + 120 cas provenant des données 2013	

3.3 Nombre de DRG

Tableau 4: Nombre de DRG et rémunérations supplémentaires

	Version 7.0 Données 2015	Version 6.0 Données 2014
Nombre total de DRG	1041	1038
Évalués	1037	1035
Dont helvétisés	0	0
DRG pour maisons de naissance	8	8
DRG non évalués, annexe 1	1	0
Rémunérations supplémentaires évaluées, annexe 2	92	83
Rémunérations supplémentaires non évaluées, annexe 3	1	1

3.4 Qualité du système

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

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

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

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

Dispersion totale
Dispersion expliquée
Dispersion non expliquée

Où:

\bar{x}_{ij} : coûts du cas j dans le DRG i

\bar{x}_i : coûts moyens du DRG i

n_i : nombre de cas dans le DRG i

\bar{x} : coûts moyens pour tous les cas

n : nombre de cas

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

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

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

Le tableau 5 montre le R^2 des données de calcul et des inliers pour les versions SwissDRG 6.0 et 7.0, respectivement sur la base des données qui ont été utilisées pour le développement. Par conséquent, la variation du R^2 est l'effet aussi bien du perfectionnement du Grouper que des données, et ce parce que la base de données utilisée n'est pas la même.

Tableau 5: Coefficient R^2 des données de calcul 2015 et 2014 (y compr. CUI)

	Version 7.0 Données 2015	Version 6.0 Données 2014	Delta
Tous les cas	0,701	0,677	3,5%
Inliers	0,825	0,814	1,4%

Le tableau 6 montre la même analyse, sur la base des données 2015, aussi bien pour la version 6.0 que la version 7.0. Par conséquent, le tableau 6 montre le seul effet du perfectionnement du Grouper sur le R^2 .

Tableau 6: coefficient R^2 - effet du perfectionnement du Grouper (donnée de calcul 2015, y compr. CUI)

	Version 7.0 Données 2015	Version 6.0 Données 2015	Delta
Tous les cas	0,701	0,692	1,3%
Inliers	0,825	0,809	2,0%

Remarque:

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