



Modifications de la version SwissDRG 12.0 par rapport à la version 11.0

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

Table des matières

INTRODUCTION	2
1. COLLECTE DES DONNÉES	2
1.1. CODAGE MÉDICAL	2
1.2. SAISIE DES SUBSTANCES ET MÉDICAMENTS ONÉREUX	2
1.3. RELEVÉ DÉTAILLÉ.....	2
2. TRAITEMENT DES DONNÉES	3
2.1. FICHER DES COÛTS PAR CAS	3
2.2. CORRECTION SUR LA BASE DES COMPOSANTES DE COÛTS	3
2.3. EXAMEN DE LA PLAUSIBILITÉ DES CAS	3
2.4. QUALITÉ DES DONNÉES DU RELEVÉ DÉTAILLÉ	4
3. DÉVELOPPEMENT DU GROUPE	5
3.1. APERÇU DES AXES DE DÉVELOPPEMENT DE LA VERSION 12.0.....	5
3.1.1 <i>Médecine intensive en USI et U-IMC</i>	5
3.1.2 <i>Matrice CCL</i>	5
3.1.3 <i>Transplantations d'organes solides et de cellules souches hématopoïétiques</i>	5
3.1.4 <i>Nouveau-nés et pédiatrie</i>	6
3.1.5 <i>Palliative Care</i>	7
3.2. RÉVISION DE LA CLASSIFICATION DRG	8
3.2.1 <i>Restructurations inter-MDC pré-MDC</i>	8
3.2.2 <i>Autres restructurations indépendantes des MDC</i>	8
3.2.3 <i>Maladies et troubles du système nerveux MDC 01</i>	10
3.2.4 <i>Maladies et troubles de l'oreille, du nez, de la bouche et de la gorge MDC 03</i>	12
3.2.5 <i>Maladies et troubles des organes respiratoires MDC 04</i>	12
3.2.6 <i>Maladies et troubles de l'appareil circulatoire MDC 05</i>	13
3.2.7 <i>Maladies et troubles des organes digestifs MDC 06</i>	14
3.2.8 <i>Maladies et troubles du système hépatobiliaire et du pancréas MDC 07</i>	14
3.2.9 <i>Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique MDC 08</i>	15
3.2.10 <i>Maladies et troubles des organes urinaires MDC 11</i>	17
3.2.11 <i>Organes génitaux féminins MDC 13</i>	17
3.2.12 <i>Grossesse, naissance et suites de couches MDC 14</i>	18
3.2.13 <i>Nouveau-nés MDC 15</i>	18
3.2.14 <i>Affections du sang, des organes hématopoïétiques et du système immunitaire MDC 16</i>	19
3.2.15 <i>Néoformations hématologiques et solides MDC 17</i>	19
3.2.16 <i>Rémunérations supplémentaires – nettoyage des coûts</i>	20
3.2.17 <i>Nouvelles rémunérations supplémentaires</i>	20
3.2 APERÇU DE LA PROCÉDURE DE DEMANDE.....	22
3.3 CONCLUSION	22
4. MÉTHODE DE CALCUL	23
4.1. DÉTERMINATION DES COST-WEIGHTS	23
4.2. CALCUL DE LA VALEUR DE RÉFÉRENCE	23
4.3. CALCUL DES SUPPLÉMENTS ET RÉDUCTIONS	23
ANNEXE A: CHIFFRES-CLÉS CONCERNANT LE DÉVELOPPEMENT DU SYSTÈME	24
INTRODUCTION	24
BASE DES DONNÉES.....	24
NOMBRE DE DRG	25
QUALITÉ DU SYSTÈME.....	26

Introduction

Le présent document fait état des changements qui ont été entrepris entre la version 12.0 (données de 2019) et la version 11.0 (données de 2019) 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 12.0. Les données détaillées concernant les différents points peuvent être consultées dans les documents respectifs.

Le développement de la version SwissDRG 12.0 / 2023 se base sur les données des hôpitaux de l'année 2019 et les relevés détaillés livrés de l'année 2020.

1. Collecte des données

Le Conseil d'administration de SwissDRG SA a décidé de ne pas utiliser les données relatives aux coûts et aux prestations de l'année 2020 pour le développement du système. Les données de l'année 2020 présentent en effet, au niveau des nombres de cas, de la gamme de prestations et des coûts en lien avec les cas, des changements qui vont au-delà des variations habituelles. L'absence de délimitation entre les formes liées au COVID et celles sans aucun lien entraînerait des biais dans la structure tarifaire.

Le développement se poursuit donc avec les données de 2019 et une version 12.0 est calculée, y compris avec une évaluation de la rémunération supplémentaire sur la base des relevés détaillés fournis pour les données de 2020.

Par conséquent, il n'y a pas eu d'adaptations fondamentales dans la collecte des données.

1.1. Codage médical

Les classifications suivantes étaient en vigueur pour l'année des données 2019:

- CIM10 GM 2018
- CHOP 2019

1.2. Saisie des substances et médicaments onéreux

La liste des médicaments/substances à relever dans la statistique médicale a été modifiée pour les données 2020 et des substances ont été ajoutées ou retirées. Toutefois, les substances de la liste de l'année 2019 ont été utilisées pour le développement tarifaire. Pour le développement et la correction des rémunérations supplémentaires, les substances et les données quantitatives livrées par les hôpitaux pour l'année 2019 ont été évaluées avec les coûts issus du relevé détaillé 2020.

1.3. Relevé détaillé

La liste des médicaments, implants et procédures à coûts élevés du relevé détaillé a été adaptée. Seules des adaptations minimales, telles que l'alignement des codes CHOP consultés à la nouvelle version, étaient nécessaires. Aucun nouvel onglet n'a été ajouté. Les rémunérations supplémentaires ont été perfectionnées à l'aide des données de coûts de l'année 2020. En outre, les données relatives au prix des médicaments ont été rendues plausibles à l'aide des listes des spécialités (LS) de 2021 et 2022.

2. Traitement des données

Le processus de traitement des données est présenté dans le document Directives données 2019, 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. Fichier des coûts par cas

Les hôpitaux ont dû fournir les données de coûts de 2019 dans le format à 80 colonnes (voir annexe D de la partie A).

2.2. Correction sur la base des composantes de coûts

Comme dans la version précédente, les coûts dans la version 12.0 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 mêmes (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 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 2019, 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'information 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. 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.

Comme les données 2019 ont été utilisées, elles n'ont pas été plausibilisées à nouveau lors de leur téléchargement. Néanmoins, les examens de plausibilité existants ont été affinés et de nouveaux examens de plausibilité ont été introduits pour une utilisation lors des futures livraisons de données.

Des examens de plausibilité améliorés ont en outre été appliqués aux données 2019 lors du processus de correction ultérieur. De plus, des contrôles de plausibilité plus étendus ont pu être mis en œuvre

au cas par cas pour la version SwissDRG 12.0. Cela a entraîné l'inclusion de cas qui n'avaient pas été utilisés dans la version SwissDRG 11.0 ainsi que l'exclusion de cas non plausibles qui étaient encore présents dans la base de calcul de la version précédente. Le perfectionnement a ainsi amélioré la qualité des données, même si la structure quantitative de tous les cas utilisés n'a presque pas changé.

2.4. Qualité des données du relevé détaillé

De manière générale, pour pouvoir utiliser un relevé détaillé obtenu, il faut disposer d'au moins 1 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 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 difficile 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 LS et que de nombreux hôpitaux y affichent également ce prix. Ceux-ci sont indiqués dans le document sur le détail des rémunérations supplémentaires. En outre, le document contient désormais, en plus des données détaillées, les mesures de répartition statistiques souhaitées (quantiles, moyenne, écart-type) des données de prix livrées. En raison de l'adaptation régulière de la LS, les prix en vigueur lors du relevé ne sont plus obligatoirement actuels. Pour cette raison, les prix livrés sont comparés plusieurs fois à la LS.

Les différents hôpitaux fournissent des prix qui correspondent manifestement au prix de la LS sans TVA. SwissDRG SA le signale aux hôpitaux, mais ces prix ne peuvent pas être utilisés par la suite. 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 12.0

Concernant les axes de développement, il faut citer la représentation des cas coûteux traités aussi bien en unité de soins intensifs qu'en unité de soins intermédiaires. De nouvelles analyses approfondies des données et de nombreuses remarques des utilisateurs ont permis d'améliorer la représentation de cas particuliers avec un diagnostic coûteux, des cas de nouveau-nés et de médecine pédiatrique, ainsi que des cas de transplantations. D'autres analyses de cas coûteux avec des diagnostics supplémentaires particuliers ont abouti à un perfectionnement de la matrice CC, associé à des splits PCCL supplémentaires. Une fois encore, le traitement complexe de médecine palliative était au cœur de ce développement.

3.1.1 Médecine intensive en USI et U-IMC

Des analyses ont montré un défaut dans la représentation de quelques cas avec court séjour (faible nombre de points), aussi bien en soins intensifs qu'en soins intermédiaires. La représentation de ces cas de figure a pu être améliorée à l'échelle de tout le système dans 4 autres MDC, en lien avec le procédé «step down/step up»:

- MDC 01: inclusion dans le split pour le DRG B36B avec «*Traitement complexe de soins intensifs > 196/360 points et traitement complexe en U-IMC > 196/828 points*».
- MDC 04: dans le DRG de base E90 «*Traitement complexe de soins intensifs > 196/119 points et traitement complexe en U-IMC > 196/119 points*»
- MDC 06: dans le DRG de base G37 «*Traitement complexe de soins intensifs > 184 points et traitement complexe en U-IMC > 184 points*»
- MDC 15: inclusion dans le split pour le DRG P02A «*Traitement complexe de soins intensifs > 392 points et traitement complexe en U-IMC > 588 points*»

3.1.2 Matrice CCL

La poursuite des travaux sur la version 11.0 concernant la matrice CCL, les tableaux d'exclusion et les splits PCCL a conduit à une nouvelle représentation différenciée des cas coûteux qui a donné lieu à l'ajout de 18 diagnostics CIM dans la matrice CCL, la revalorisation de 3 codes de diagnostic et la dépréciation de 2 codes. En outre, 11 splits PCCL supplémentaires ont pu être établis, en particulier des revalorisations pour les cas avec un PCCL > 5. Dans l'ensemble, ces adaptations garantissent une différenciation toujours croissante de la logique des degrés de gravité. Les splits PCCL nouvellement établis sont mentionnés individuellement sous 3.2 «Révision de la classification DRG» dans les MDC correspondantes.

3.1.3 Transplantations d'organes solides et de cellules souches hématopoïétiques

D'après un demandeur, la qualité des organes du donneur diffère selon qu'il s'agit d'un don en raison d'une mort cérébrale primaire (DBD) ou secondaire (DCD), ce qui aurait une influence considérable sur les coûts d'une transplantation. Un examen a été demandé.

- Les cas ne sont pas identifiables dans les données, car il n'y a pas de code CIM/CHOP pour les différencier.
- L'examen des complications des cas a montré que les cas avec une transplantation hépatique et une dialyse dans le DRG A01A «*Transplantation hépatique avec ventilation artificielle > 59 heures ou avec rejet de la greffe ou avec autre transplantation d'organe particulière ou dialyse ou âge < 16 ans*» ont pu être revalorisés.

Les conditions de split au sein du DRG de base A04 «*Transplantation de moelle osseuse ou transfusion de cellules souches, allogène*» et dans le DRG de base A15 «*Transplantation de moelle osseuse ou transfusion de cellules souches, autologue*» ont été révisées. Il s'est avéré que le groupe de cas «*âge < 16 ans*» n'était pas représenté de manière adéquate.

- L'ajout du critère de split «*âge < 16 ans*» s'est révélé approprié pour le DRG A15A.
- Pour une représentation équitable de ces cas, un nouveau code A04A a été établi dans le DRG de base A04 avec le critère de split «*âge < 16 ans*».
- La condition «*Traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants, d'au moins 14 jours de traitement*» a été remplacée par la «*Chimiothérapie hautement complexe et intensive*» en lien avec un «*Isolement protecteur dans une chambre spéciale, d'au moins 42 jours de traitement*» dans le code A04B.
- De même, des cas au sein du DRG de base A15 avec la condition «*PCCL > 5*» ou avec un «*Isolement protecteur dans une chambre spéciale, d'au moins 21 jours de traitement*» ont été revalorisés.
- Les cas avec une leucémie lymphoïde aiguë en lien avec un traitement par cellules CAR-T sont apparus comme un critère de split adéquat pour le DRG A15C.
- Ces cas ont ainsi pu être représentés de manière adéquate.

L'examen de la représentation des cas avec une «*reprise retardée du fonctionnement de la greffe*» dans le DRG de base A17 «*Transplantation rénale*» a été demandé.

- Les cas avec une transplantation rénale et une reprise retardée du fonctionnement de la greffe ont été revalorisés.
- Pour ce faire, les codes CIM T86.10 «*Détérioration fonctionnelle aiguë d'une greffe de rein*»; T86.11 «*Détérioration fonctionnelle chronique d'une greffe de rein*» et T86.12 «*Reprise retardée de la fonction de la greffe*» ont été inclus dans la condition de split du DRG A17A «*Transplantation rénale avec défaillance postopératoire du greffon rénal ou âge < 18 ans ou transplantation ABO-incompatible ou avec CC les plus sévères ou diagnostic particulier*».

Suite à une remarque lors de la procédure de demande, les cas avec une évaluation en vue d'une transplantation dans le DRG de base I66 «*Autres affections du tissu conjonctif, plus d'un jour d'hospitalisation*» de la MDC 08 ont été contrôlés.

- Les données ont permis d'établir que les cas avec une évaluation en vue d'une transplantation pulmonaire sont sous-rémunérés. Ces cas ont donc été revalorisés dans le DRG I66A.

3.1.4 Nouveau-nés et pédiatrie

Dans le cadre d'un examen différencié des cas avec un diagnostic coûteux, des cas coûteux ont également été mis en évidence au sein de la MDC 15. Il s'est avéré que certaines prestations, telles que les codes CHOP 99.A3.11-13 «*Diagnostic neuropédiatrique complexe...*» et 99.A2.11 «*Diagnostic de base de complexe symptomatique peu clair chez l'enfant, avec diagnostic génétique*» ainsi que 99.A5.31 «*Diagnostic complexe lors de suspicion ou preuve de maltraitance ou de négligence à l'âge néonatal, du nourrisson, de l'enfance et de l'adolescence*» en raison d'un contexte stationnaire et interdisciplinaire et de l'interdisciplinarité élevée, présentent une consommation élevée de ressources.

- Ces prestations ont finalement pu être revalorisées dans les DRG de base P05 «*Nouveau-né, poids à l'admission > 1999 g avec procédure opératoire significative ou ventilation artificielle > 95 heures ou avec traitement complexe de soins intensifs > 392 points*» et P66 «*Nouveau-né, poids à l'admission 2000 - 2499 g ou poids à l'admission > 2499 g avec situations particulières ou diagnostic pédiatrique particulier*».

Dans le cadre de la procédure de demande, un examen de tous les cas de la MDC 15 avec malformations et nécroses du système digestif/de la paroi abdominale, ainsi qu'avec des interventions en plusieurs temps, a été demandé.

- Une analyse des DRG au sein de la MDC 15 a confirmé les indications du demandeur, selon lesquelles ce sont principalement les high-outliers/les cas d'outliers avec plusieurs interventions qui génèrent une charge supplémentaire nettement supérieure qui se reflète également dans les coûts.
- Ces cas sont désormais regroupés dans le DRG de base P02 avec la condition «*Interventions en plusieurs temps*».
- Une représentation adéquate des cas coûteux est obtenue grâce aux points de traitement complexe en USI et/ou U-IMC.
- Le regroupement sur le seul critère des heures de ventilation s'est révélé ne plus être adéquat.
- Ces modifications ont permis d'obtenir une meilleure homogénéité dans le domaine des outliers, mais aussi dans tous les DRG de la MDC 15, ainsi qu'une représentation des cas conforme à la réalité et aux coûts.

Les codes CHOP avec «*Réparation de hernie diaphragmatique, ...*» étaient représentés de différente manière dans la MDC 15.

- Des analyses ont montré que ce n'est pas adéquat. Ces codes ont donc été mis au même niveau dans le DRG de base P02 «*Interventions cardiothoraciques ou vasculaires ou intervention en plusieurs temps chez le nouveau-né*».

3.1.5 Palliative Care

Il nous a été demandé d'examiner l'homogénéité des coûts dans le DRG de base A97 en nous concentrant sur les cas présentant une «*procédure complexe*» ou une «*procédure de complication*». La représentation des cas avec un code CHOP issu de «*Interventions opératoires pour néoformations hémato-logiques et solides...*» de la MDC 17 devait également être vérifiée.

- Des cas avec une «*procédure complexe ou de complication*» en lien avec un «*traitement complexe de médecine palliative à partir de 7 jours de traitement*» ont pu être revalorisés dans le DRG A97B.
- Il s'est avéré en outre que des cas dans le DRG de base A93 «*Radiothérapie, plus de 8 séances d'irradiation*» présentaient aussi souvent des traitements complexes de médecine palliative et une consommation élevée de ressources. En conséquence, le DRG de base A93 a été inclus dans le split pour le DRG A97B, également en lien avec une «*procédure complexe ou de complication*».

Dans le cadre de l'examen, il est également apparu qu'il y avait, dans le DRG de base A97, des cas qui remplissaient la condition du DRG R01A «*Interventions opératoires pour néoformations hémato-logiques et solides et plus d'un jour d'hospitalisation avec procédure complexe ou de complication et CC extrêmement sévères, ou intervention particulière...*», mais qui n'étaient pas regroupés dans la MDC 17 en raison des prestations de médecine palliative.

- L'inclusion du DRG R01A comme critère de split pour le DRG A97B a permis d'obtenir une meilleure représentation de ces cas.
- En outre, des cas avec la condition issue du DRG R01B «*Interventions opératoires pour néoformations hémato-logiques et solides et plus d'un jour d'hospitalisation avec procédure complexe ou de complication ou CC extrêmement sévères, avec procédure particulière ou âge < 18 ans*» ont également été revalorisés dans le DRG A97E.

Un demandeur indique une sous-rémunération de cas avec un traitement complexe de médecine palliative et un traitement complexe simultané de la douleur.

- Les cas avec un traitement multimodal de la douleur en combinaison avec un traitement de médecine palliative se sont avérés être représentés de manière adéquate dans le DRG de base A97 «*Traitement complexe de médecine palliative, à partir de 7 jours de traitement*».
- Cependant, les cas avec un «*Traitement complexe des douleurs aiguës, 14 jours de traitement et plus*» présentaient une sous-rémunération et sont désormais revalorisés dans le DRG A97A.

3.2. Révision de la classification DRG

3.2.1. Restructurations inter-MDC pré-MDC

Un grand nombre de restructurations inter-MDC au sein de la pré-MDC sont déjà mentionnées au point 3.1 «Aperçu des axes de développement». Parmi elles figurent notamment les restructurations dans le secteur de la médecine des transplantations ainsi que de la médecine palliative.

Radiothérapie

Après correction des coûts en raison des nouvelles rémunérations supplémentaires, aucune différence de coûts n'a plus pu être identifiée dans les DRG A93B «*Radiothérapie, plus de 19 séances d'irradiation ou CC extrêmement sévères*» et A93C «*Radiothérapie, plus de 8 séances d'irradiation*».

- Fusion des DRG A93C et A93B dans A93B
- Inclusion de la condition «*CC extrêmement sévères*» dans le nouveau DRG A93B
- Suppression du DRG A93D

3.2.2. Autres restructurations indépendantes des MDC

Isolement

Dans le cadre de la procédure de demande 2021, l'examen inter-MDC de tous les types d'isolement du groupe CHOP 99.84 «*Isolement*», en particulier dans la MDC 04, a été demandé, de même que l'examen concret de l'inclusion des groupes CHOP 99.84.2 «*Isolement contre l'infection par gouttelettes, selon le nombre de jours de traitement*» jusqu'à 99.84.5 «*Isolement protecteur dans une chambre spéciale, selon le nombre de jours de traitement*» dans le DRG de base E77 «*Autres infections et inflammations des organes respiratoires*». Les analyses montrent cependant aussi que certains types d'isolement ne présentent pas de propriétés séparatrices de coûts à de nombreux endroits. Une analyse inter-MDC des DRG avec germes multirésistants a permis d'identifier des cas très coûteux dans différents DRG. Suite à ces analyses, de nouveaux splits PCCL ont également été identifiés. Les restructurations suivantes ont permis d'améliorer considérablement la représentation de ces cas très coûteux:

- Les codes CHOP 93.59.51-*53 «*Traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants, ...*» à partir de 7 jours de traitement sont regroupés dans les DRG T60A à T60C.
- Les codes CHOP 93.59.52-*53 «*Traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants, ...*» à partir de 14 jours de traitement sont regroupés dans le DRG T60A.
- Adaptation des conditions de split dans le DRG de base A15 avec un split enfant < 16 ans, isolement protecteur ou un split PCCL > 5 pour le nouveau DRG A15A «*Transplantation de moelle osseuse ou transfusion de cellules souches, autologue, avec CC les plus sévères ou âge < 16 ans ou isolement particulier*».

- Split PCCL > 5 pour le nouveau DRG A07B «*Ventilation artificielle > 499 heures avec procédure opératoire complexe ou traumatisme multiple ou traitement sous vide complexe, avec CC les plus sévères*».
- Split PCCL > 5 pour le DRG E36C «*Maladies et troubles des organes respiratoires avec traitement complexe de soins intensifs > 196/184 points avec procédure opératoire complexe ou CC les plus sévères*».
- Split PCCL > 5 pour le DRG F36A «*Maladies et troubles de l'appareil circulatoire avec traitement complexe de soins intensifs > 784/1380 points ou intervention hautement complexe et ventilation artificielle > 95 h avec situation particulière, ou traitement complexe de soins intensifs > 392/552 points avec procédure opératoire complexe ou traitement complexe de soins intensifs > 980/1104 points ou intervention vasculaire complexe avec cœur-poumon artificiel ou endartériectomie pulmonaire, et CC les plus sévères*».
- Split PCCL > 5 pour le nouveau DRG T36A «*Maladies infectieuses et parasitaires avec traitement complexe de soins intensifs > 980/1104 points ou procédure opératoire complexe, et CC les plus sévères*».
- Split PCCL > 3 pour le nouveau DRG T64A «*Autres maladies infectieuses et parasitaires avec CC extrêmement sévères, plus d'un jour d'hospitalisation*».
- Cas très coûteux du DRG de base W01 avec un PCCL > 5 regroupés désormais dans le DRG W36Z «*Traumatisme multiple, traitement complexe de soins intensifs > 980/1104 points ou réadaptation neurologique précoce à partir de 14 jours de traitement ou situation particulière avec CC les plus sévères*».

DRG avec un jour d'hospitalisation

Un demandeur a signalé qu'il fallait impérativement vérifier les cas avec un jour d'hospitalisation en tenant compte de certaines procédures inter-MDC.

- Des analyses ont confirmé des sous-rémunérations dans certains DRG. Les restructurations suivantes ont permis d'obtenir une représentation adéquate des cas très coûteux avec un jour d'hospitalisation:
- Nouvelle condition de split dans le DRG de base G86, entraînant une revalorisation des cas qui présentent un «*Abcès des régions anale et rectale*» en diagnostic principal. Ceux-ci sont désormais regroupés dans le DRG G86A «*Maladies et troubles des organes digestifs et diagnostic de complication, un jour d'hospitalisation*».
- Nouvelle condition de split dans le DRG de base N86. Les cas avec une «*maladie inflammatoire de la vulve et du vagin*» sont regroupés dans le nouveau code N86A «*Maladies et troubles des organes génitaux féminins et diagnostic de complication, un jour d'hospitalisation*».
- Nouvelle condition de split dans le DRG de base T86. Les cas avec une «*septicémie*» et un transfert après un jour d'hospitalisation sont regroupés dans le nouveau code T86A «*Maladies infectieuses et parasitaires avec septicémie et transfert, un jour d'hospitalisation*».
- Nouvelle condition de split dans le DRG de base Z86, les cas avec le DS «*État après transplantation d'organe*» sont regroupés dans le nouveau DRG Z86A «*Facteurs influant sur l'état de santé, et autre recours aux services de santé et état après transplantation d'organe, un jour d'hospitalisation*».

Traitement sous vide et débridement

Des analyses ont montré que la liste du «*débridement, selon la localisation*» dans le tableau de codes OP n'est pas complète dans la fonction globale «*Traitement sous vide*».

- Les données ont permis de rajouter les deux codes CHOP 77.67.20 «*Débridement, tibia*» et 77.67.21 «*Débridement, péroné*» dans le tableau.
- Le code CHOP 77.66.20 «*Débridement, rotule*» n'a cependant pas pu être intégré.

- Représentation appropriée de ces cas.

Interventions gastro-intestinales

Certaines interventions GI ne sont pas indiquées dans le tableau des codes OP de la fonction globale «*Procédures opératoires complexes*».

- Les codes CHOP manquants 44.31.1- «*Bypass gastrique proximal, ...*»; 44.31.4- «*Bypass gastrique par anastomose de Roux-en-Y, ...*»; 45.97.1- «*Création d'une anastomose basse sur l'intestin grêle,*» ont été inclus.
- Les cas sont ainsi représentés de manière adéquate.

3.2.3. Maladies et troubles du système nerveux MDC 01

Selon un demandeur, les cas présentant une spasticité de la main, par exemple après une lésion cérébrale lors d'un traumatisme, une lésion du motoneurone supérieur ou des lésions cervicales de la moelle épinière et un «*traitement complexe à la main*» sont généralement sous-rémunérés dans la structure tarifaire. Un examen de la possibilité d'établir un DRG de base spécifique avec un split selon les jours de traitement a été demandé.

- Les analyses n'ont pas montré de sous-rémunération générale de ces cas.
- Les cas dans le DRG de base B71 «*Affections des nerfs cérébraux et des nerfs périphériques, ...*» présentent cependant une consommation élevée de ressources.
- Inclusion de la condition de split «*Traitement complexe à la main, à partir de 7 jours de traitement*» dans le DRG B71B et ainsi représentation adéquate de ces cas dans la MDC 01.
- Le nombre de cas est trop faible pour établir un DRG de base propre et la représentation dans la structure tarifaire est actuellement appropriée.

Dans une demande, il a été signalé que le code CIM G40.9 «*Épilepsie sans précision*» était évalué à un niveau supérieur à celui des diagnostics principaux précisément définis et particuliers, et une vérification de la logique du Grouper a été demandée.

- Les analyses ont confirmé une sur-rémunération de ces cas.
- Le code CIM G40.9 «*Épilepsie sans précision*» a été intégré au DRG de base B76 «*Crises convulsives ou vidéo-EEG ou traitement complexe pour épilepsie à partir de 7 jours de traitement, plus d'un jour d'hospitalisation*».
- L'inclusion d'autres codes CIM G40 «*Épilepsie*» comme G40.09, G40.6, G40.7 et G41.9 dans le DRG de base B76 a permis d'améliorer l'homogénéité médicale dans le DRG de base B76 et d'atteindre une représentation adéquate des cas.
- Les codes CHOP 99.A6.1* «*Diagnostic neurologique complexe...*» sont désormais regroupés dans B76E ou B76F en tant que condition unique.
- Représentation de ces cas adaptée aux coûts dans le code B76.

Un demandeur a souhaité l'inclusion du code CHOP 93.89.1J «*Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce, jusqu'à 6 jours de traitement*» pour le DRG B70A.

- Ce code CHOP ne convient pas comme variable séparatrice de coûts, car il n'y a pas d'indication minimale de jours de traitement et donc aucune différence de coûts n'est visible.
- Les analyses ont toutefois montré que les cas présentant des limitations fonctionnelles motrices sévères à très sévères (codes CIM U50.4 et U60.5) et un index de Barthel de réadaptation précoce à partir de 76 points (codes CIM U52.2 et U52.3) ne sont pas représentés de manière appropriée dans le DRG B70C.
- Ces cas sont désormais regroupés dans le DRG B70A «*Apoplexie avec traitement neurologique complexe d'accident vasculaire cérébral aigu > 72 heures, avec diagnostic de complication ou*

trouble sévère des fonctions motrices ou CC extrêmement sévères, plus d'un jour d'hospitalisation».

Les analyses ont montré que les conditions de split dans le DRG B03A n'étaient plus appropriées.

- Nouvelle affectation des cas avec enfants de < 16 ans dans le DRG B03B «*Interventions opératoires pour para/tétraplégie, affection cérébrale et interventions pour paralysie cérébrale, dystrophie musculaire, neuropathie ou interventions sur la colonne vertébrale et la moelle osseuse, âge < 16 ans*».
- La représentation adéquate de tous les cas dans le DRG de base B03 «*Interventions opératoires pour para/tétraplégie, affection cérébrale et interventions pour paralysie cérébrale, dystrophie musculaire, neuropathie, ou interventions sur la colonne vertébrale et la moelle osseuse*» a ainsi pu être améliorée.

Une demande portait sur le contrôle du code CHOP 03.6 «*Libération d'adhérences de moelle épinière et de racine nerveuse*» en combinaison avec le code CIM G95.0 «*Syringomyélie et syringobulbie*» comme diagnostic principal ou secondaire.

- Les analyses ont confirmé une sous-rémunération de ces cas de figure dans le DRG B03C.
- Inclusion du code CHOP 03.6 «*Libération d'adhérences de moelle épinière et de racine nerveuse*» dans le tableau B03-5 pour le DRG B03B «*Interventions opératoires pour para/tétraplégie, affection cérébrale et interventions pour paralysie cérébrale, dystrophie musculaire, neuropathie ou interventions sur la colonne vertébrale et la moelle osseuse, et procédure de complication, âge > 15 ans*»
- Représentation de ces cas adaptée aux coûts dans le nouvel DRG B03C.

Le contrôle d'un autre DRG dans le DRG de base B81 «*Myélopathies vasculaires ou autres affections du système nerveux, plus d'un jour d'hospitalisation*» avec des cas qui présentent le code F03 «*Démence, sans précision*» ou F01.9 «*Démence vasculaire, sans précision*» en diagnostic principal a été demandé, car ces cas sont sous-rémunérés dans le DRG B81C.

- Différentes situations ont été examinées et simulées sur la base de cette demande.
- Aucun coût supplémentaire n'a été identifié en rapport avec les diagnostics mentionnés par le demandeur et il n'y a donc pas eu de revalorisation.
- Les analyses ont cependant révélé des coûts supplémentaires pour les cas avec un PCCL > 3.
- Désormais les cas avec un PCCL > 3 sont regroupés dans le DRG B81B «*Myélopathies vasculaires ou autres affections du système nerveux avec diagnostic complexe ou acte diagnostique neurologique complexe ou CC extrêmement sévères, plus d'un jour d'hospitalisation, âge > 15 ans*».
- Amélioration des représentations dans le DRG de base B81.

Un demandeur a décrit que les interventions endovasculaires intracrâniennes se trouvent dépréciées en cas d'interventions extracrâniennes simultanées.

- Les analyses ont confirmé une représentation incorrecte des cas avec des interventions endovasculaires simultanées sur les vaisseaux intra et extracrâniens.
- Parallèlement, des procédures qui ne sont pas représentées dans le tableau des interventions endovasculaires intracrâniennes ont été identifiées.
- Inclusion de tous les codes CHOP du groupe CHOP 39.72.1 «*Embolisation sélective de vaisseaux intracrâniens*» dans le tableau des interventions endovasculaires intracrâniennes.
- Critère de split supplémentaire avec interventions endovasculaires sur des vaisseaux intracrâniens et extracrâniens pour le DRG de base B01 «*Procédures opératoires complexes en plusieurs temps pour maladies et troubles du système nerveux ou chirurgie épileptique avec EEG vidéo invasif préopératoire ou interventions extracrâniennes et intracrâniennes*».

- Les cas avec des interventions endovasculaires sur des vaisseaux intracrâniens et extracrâniens et un traitement complexe de soins intensifs sont regroupés dans le 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 > 196/184 points*».
- La division du DRG B20D n'a pas pu être maintenue en raison du faible nombre de cas, c'est pourquoi les anciens DRG B20D et B20E ont été fusionnés et un nouveau DRG B20D «*Interventions intracrâniennes particulières ou complexes ou grande opération de la colonne vertébrale*» a été formé.

Dans le cadre de la procédure de demande, le contrôle de la logique du Grouper dans le DRG de base B70 «*Apoplexie*» a été demandé. Selon le demandeur, le traitement neurologique complexe réduit le cost-weight. Les cas d'apoplexie avec un diagnostic de complication ou des limitations fonctionnelles motrices sévères et un traitement neurologique complexe sont sous-rémunérés.

- Les analyses n'ont pas montré de sous-rémunération de ces cas de figure.
- Dans le cadre des analyses, il est toutefois apparu que les cas avec thrombolyse et un jour d'hospitalisation étaient sur-rémunérés dans le DRG B70I.
- Ces cas sont désormais regroupés dans le DRG B70J «*Apoplexie avec traitement neurologique complexe d'accident vasculaire cérébral aigu > 23 heures à < 48 heures ou thrombolyse, un jour d'hospitalisation*».

Jusqu'à présent, les maladies tuberculeuses qui touchent le système nerveux étaient représentées dans la MDC 04 «*Organes respiratoires*», comme toutes les autres maladies tuberculeuses.

- En raison de l'homogénéité médicale, les quatre codes CIM ont été inclus dans la MDC 01 «*Système nerveux*» et dans le DRG de base B72 «*Infections du système nerveux sauf méningite virale*».
 - A17.0 «*Méningite tuberculeuse*»
 - A17.1 «*Tuberculome méningé*»
 - A17.8 «*Autres formes de tuberculose du système nerveux*»
 - A17.9 «*Tuberculose du système nerveux, sans précision*»
- Ces diagnostics sont ainsi représentés et rémunérés de manière appropriée dans la MDC 01.

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

Suite à une demande, le critère de split de l'intervention en plusieurs temps a été contrôlé dans le DRG D13 «*Tonsillectomie ou adénectomie sauf en cas de néoformation maligne*».

- Il s'est avéré que les cas avec des interventions en plusieurs temps présentent des coûts supplémentaires importants. Pour cette raison, un nouveau code D13A avec le critère de split des interventions en plusieurs temps a été introduit; les cas y sont désormais représentés de manière adéquate.

3.2.5. Maladies et troubles des organes respiratoires MDC 04

Un demandeur a signalé la sous-rémunération de cas dans le DRG E65C «*Maladies chroniques obstructives des voies respiratoires avec bronchoscopie rigide, plus d'un jour d'hospitalisation*» et demandé une revalorisation au moyen de splits PCCL ou d'un regroupement dans le DRG E64B.

- Les analyses n'ont pas permis d'identifier un séparateur de coûts dans le DRG E65C.
- Cependant, des coûts supplémentaires étaient identifiables dans le DRG E65E avec un PCCL > 2.

- Le DRG E65E a été divisé et les cas avec un PCCL > 2 sont regroupés dans le nouveau DRG E65E «*Maladies chroniques obstructives des voies respiratoires avec CC sévères et âge > 15 ans, plus d'un jour d'hospitalisation*».
- Représentation appropriée de ces cas.

Dans le cadre de la procédure de demande, le contrôle des cas sous-rémunérés dans les DRG E77C, E77D et E77E ou la revalorisation de certains codes CIM «*Pneumonies*» ont été demandés.

- Des analyses ont montré une sous-rémunération de cas avec un PCCL > 4.
- Un split PCCL > 4 a été introduit pour le DRG E77A «*Autres infections et inflammations des organes respiratoires avec diagnostic de complication... ou CC les plus sévères, plus d'un jour d'hospitalisation*».

3.2.6. Maladies et troubles de l'appareil circulatoire MDC 05

Le code CHOP 38.15.30 «*Endartériectomie de l'artère pulmonaire*» a été décrit comme très coûteux par un demandeur, car cette intervention doit être réalisée sous arrêt circulatoire total (codes CHOP pour circulation extracorporelle < 26 °C voir ci-dessous). Jusqu'à présent, l'intervention était représentée dans le DRG F37 «*Maladies et troubles de l'appareil circulatoire avec traitement complexe de soins intensifs > 184 points ou traitement complexe en U-IMC > 196/360 points*», où elle n'est pas rémunérée conformément aux coûts, selon le demandeur.

- Les analyses ont pu confirmer des coûts supplémentaires dans cette situation.
- Inclusion du code CHOP 38.15.30 «*Endartériectomie de l'artère pulmonaire*» en combinaison avec les codes CHOP ci-dessous pour la circulation extracorporelle < 26 °C dans le DRG de base F36.
 - 39.61.13 «*Circulation extracorporelle conventionnelle [CEC] sous forte hypothermie (20 à moins de 26 °C)*».
 - 39.61.14 «*Circulation extracorporelle conventionnelle [CEC] sous hypothermie profonde (moins de 20 °C)*».
- Inclusion du code CHOP 38.15.30 «*Endartériectomie de l'artère pulmonaire*» seul dans le DRG F36B «*Maladies et troubles de l'appareil circulatoire avec traitement complexe de soins intensifs > 392/552 points avec procédure opératoire complexe ou traitement complexe de soins intensifs > 980/1104 points ou intervention vasculaire complexe avec cœur-poumon artificiel ou endartériectomie pulmonaire*».
- Représentation de ces cas adaptée aux coûts dans le code F36B.

Les cas avec un code «*Retrait d'une prothèse valvulaire ainsi que implantation d'une prothèse valvulaire*» avec accès endovasculaire/transapical ne sont pas représentés au même niveau qu'une «*Implantation d'une prothèse valvulaire*».

- Revalorisation des codes CHOP manquants 35.H2.2-; 35.H2.3-; 35.H4.2- et 35.H4.3- dans le tableau du DRG de base F98 «*Intervention valvulaire cardiaque endovasculaire*».
- Pas de déplacement de cas, mais il est médicalement et économiquement correct de représenter ces cas de la même manière qu'une simple «*Implantation d'une prothèse valvulaire*».

Certains cas des DRG de base F98 «*Intervention valvulaire cardiaque endovasculaire*» et F51 «*Implantation endovasculaire d'endoprothèse (stent) aortique...*» remplissent les logiques des deux DRG de base malgré de nettes différences dans les coûts.

- Dans la version 12.0, les codes CHOP du DRG de base F98 sont exclus de la logique du DRG de base F51. Les cas sont ainsi regroupés dans le bon DRG de base en fonction des ressources utilisées.

Dans la MDC 17 «*Néoplasmes hématologiques et solides*», des cas avec un diagnostic principal du groupe CIM S35.- «*Lésion traumatique des vaisseaux sanguins...*» ne sont pas représentés de manière adéquate. Le diagnostic principal du code CIM C79.84 «*Autres tumeurs malignes secondaires du cœur*» n'est pas non plus classé de manière adéquate dans la MDC 21B «*Blessures, empoisonnements et effets toxiques dus aux drogues et médicaments*».

- Suppression des diagnostics principaux des MDC 17 et 21B.
- Inclusion des codes dans le tableau des diagnostics principaux de la MDC 05 et dans le DRG de base F75 «*Autres maladies du système circulatoire, plus d'un jour d'hospitalisation*» de la partition médicale.

Une angioplastie coronarienne transluminale percutanée (ACTP) en lien avec une imagerie intravasculaire 37.2A.11 «*Imagerie intravasculaire de vaisseaux coronaires par ultrasons*» ou 37.2A.12 «*Imagerie intravasculaire de vaisseaux coronaires par tomographie par cohérence optique*» est représentée dans le DRG F24C où elle est rémunérée de manière adéquate. Selon le demandeur, le procédé par «*athérectomie rotative*» doit être encore plus coûteux et n'a pas été pris en compte lors de la revalorisation des procédés.

- Les analyses ont montré que le code CHOP 00.66.30 «*Angioplastie coronaire transluminale percutanée [PTCA] par l'athérectomie rotative*» peut être mis au même niveau que les autres procédés dans le DRG de base F24 «*Angioplastie coronaire percutanée (ACTP)*» et est donc rémunéré de manière adéquate.

3.2.7. Maladies et troubles des organes digestifs MDC 06

Une analyse d'homogénéité dans les codes DRG G12B et G12C a été demandée en raison de cas insuffisamment rémunérés avec un traitement coûteux qui s'y trouvent. Aucun traitement concret n'avait été désigné.

- Les analyses ont permis d'identifier un groupe de cas qui présente systématiquement des coûts plus élevés et une durée de séjour plus longue. Il s'agit de cas impliquant des interventions en plusieurs temps.
- Les conditions pour G12A ont ainsi été élargies. L'intitulé du code G12A est maintenant «*Autres procédures opératoires sur les organes digestifs avec procédure opératoire complexe et CC sévères, ou réadaptation gériatrique aiguë à partir de 21 jours de traitement ou CC extrêmement sévères ou interventions en plusieurs temps particulières*».

3.2.8. Maladies et troubles du système hépatobiliaire et du pancréas MDC 07

Dans une demande, il a été signalé que dans le DRG H33Z, les cas avec une néoplasme maligne ou une pancréatite sévère présentent une consommation de ressources supérieure à la moyenne de tous les cas dans ce DRG.

- Les analyses de cas ont pu confirmer cette constatation.
- Grâce à un split du DRG H33Z, ces cas peuvent désormais être rémunérés en adéquation avec les coûts engendrés.
- Le nouveau code H33A s'intitule maintenant «*Procédures opératoires complexes en plusieurs temps ou traitement sous vide complexe ou traitement sous vide avec intervention particulière ou intervention sur le pancréas ou le foie avec traitement complexe de soins intensifs > 196/360 points, ou traitement complexe de soins intensifs particulier avec points de traitement complexe en unité de soins intermédiaires, avec néoplasme maligne ou pancréatite sévère*».
- À la suite de ce changement, il est également apparu que la ventilation HMV > 95 heures ne convenait plus comme critère d'inclusion dans le DRG H33. Elle a pu être remplacée par les

conditions du DRG de base H01 («Interventions sur le pancréas et le foie...») en relation avec les points de traitement complexe de soins intensifs > 196/360 existants.

- De plus, les critères d'inclusion du DRG de base H33 ont été élargis avec une logique séquentielle de points spécifiques pour le traitement complexe de soins intensifs (> 185) et le traitement complexe en unité de soins intermédiaires (< 185).

Lors de la procédure de demande, il nous a été demandé de vérifier la représentation des cas avec le code CHOP 99.B1.1- «*Traitement complexe du foie, selon le nombre de jours de traitement*» sur la base des données et, si nécessaire, de la dévaluer.

- Les analyses ont montré une autre image. Ces cas présentaient une consommation élevée de ressources et ne sont pas représentés de manière adéquate dans la version 11.0.
- Les codes CHOP ont été retirés de la base des DRG H60 et H87. La condition a pu être incluse dans le DRG de base H37. Les cas sont ainsi représentés de manière adéquate.

3.2.9. Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique MDC 08

Dans les données du demandeur, les cas avec une intervention en plusieurs temps sont plus coûteux que les cas avec une seule intervention. Il a été demandé de vérifier la représentation de ces cas dans le DRG de base I12 «*Infection/inflammation des os et des articulations avec différentes interventions sur l'appareil musculosquelettique et le tissu conjonctif*».

- Les données nationales ne permettent pas de conclure à une sous-rémunération.
- Cependant, les cas avec un «*traitement sous vide*» présentent des coûts plus élevés.
- Inclusion de la condition de split pour le DRG I12B «*Infection/inflammation des os et des articulations avec différentes interventions sur l'appareil musculosquelettique et le tissu conjonctif avec CC sévères ou révision de l'articulation du genou ou traitement sous vide*» qui permet une représentation adéquate.

Un demandeur a souligné que, dans le tableau pour le DRG I13B, seul le code CIM M10.09 «*Goutte idiopathique: localisations non précisées*» est représenté. Dans le même temps, il demande également que soit contrôlée l'inclusion de diagnostics non traumatiques, tels que les néoformations osseuses primaires ou secondaires.

- L'inclusion d'autres codes du groupe CIM M10.- n'a pas donné de résultat positif pour les cas dans le DRG de base I13 «*Interventions sur l'humérus, le tibia, le péroné et la cheville*».
- À l'inverse, la suppression du code CIM M10.09 «*Goutte idiopathique: localisations non précisées*» du DRG de base I13 s'est avérée appropriée.
- De plus, un nouveau tableau a pu être établi pour le DRG I13B avec les codes CIM pour les «*néoformations malignes du tissu conjonctif*».

Les cas avec «*implants, spécifiques au patient, fabriqués en préopératoire par imagerie tridimensionnelle*» des codes CHOP 00.9A.61-64 sont regroupés dans le DRG I15A «*Opérations sur la boîte crânienne et le crâne facial avec procédé particulier, âge < 16 ans*». Cependant, les cas avec un code CHOP «*Insertion d'un implant CAD au niveau des os de la boîte crânienne/de la face...*» sont regroupés dans le DRG I15B. Selon les données de codage, le code CHOP 00.9a.6- est un code supplémentaire et ne doit pas être utilisé si l'information est déjà contenue dans le code.

- Inclusion des codes CHOP 02.05.11/20/30 «*Insertion d'un implant CAD au niveau des os de la boîte crânienne...*» et 76.92.21/31 «*Insertion d'un implant CAD au niveau des os de la face...*» dans le DRG I15A «*Opérations sur la boîte crânienne et le crâne facial avec procédé particulier, âge < 16 ans*».

Lors d'échanges avec les utilisateurs en cours d'année, il nous a été indiqué que le code CHOP 79.37.40 «*Réduction ouverte de fracture simple d'autres os du tarse et du métatarse, avec fixation interne*» est surestimé.

- Les analyses ont montré que cette observation est exacte. Le code CHOP a été supprimé du tableau pour le DRG I20A «*Interventions sur le pied avec plusieurs interventions hautement complexes ou avec intervention hautement complexe avec diagnostic complexe ou intervention multiple en un temps ou CC extrêmement sévères, plus d'un jour d'hospitalisation*».

Une autre demande portait sur le contrôle du DRG de base I20 «*Interventions sur le pied*», le demandeur voyant dans ses données une sous-rémunération générale de ces cas. Des cas particuliers avec un pied plat/pied creux et des interventions coûteuses particulières étaient concernés. La vérification de plus de 40 codes CHOP a été demandée.

- Les analyses n'ont pas montré de sous-rémunération générale de ces cas.
- Les données provenant de différentes institutions montrent une image très hétérogène, tant au niveau des prestations que des coûts.
- Cependant, les cas avec un diagnostic CIM M21.4 / M21.61 / Q66.5 «*Pied plat*» et M21.60 «*Pied creux*» présentent une consommation élevée de ressources.
- Revalorisation de l'intervention avec un code CIM pour «*Pied plat*» ou «*Pied creux*» en combinaison avec certains codes CHOP ou un code pour les interventions en plusieurs temps 84.A1.22/23/24 «*Interventions multiples en un temps sur 3 rayons métatarsiens et des orteils et plus*» dans le DRG I20.

Des cas avec une «*Implantation VEPTR (vertical expandable prosthetic titanium rib)*» ou une «*Implantation de systèmes évolutifs ou expansifs, colonne vertébrale (growing rod)*» ne sont pas représentés de manière adéquate dans le DRG I09B.

- Ces codes CHOP ont été revalorisés pour la version 12.0 dans le DRG I09A «*Fusion de corps vertébraux avec CC extrêmement sévères ou intervention complexe ou remplacement de corps vertébraux à partir de 4 implants avec intervention particulière ou traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196/184 points*».

Les endoprothèses articulaires spéciales sont considérablement sous-rémunérées en cas de défauts osseux étendus, contrairement aux tumeurs osseuses malignes. Un contrôle de la représentation des «*prothèses modulaires*» a été demandé, en particulier dans les DRG de base I04 et I12.

- Les deux codes CHOP 81.A1.12 «*Prothèse modulaire*» et 81.A1.13 «*Prothèse à tige longue*» ont pu être inclus dans un tableau qui leur est propre et être revalorisés dans les splits pour les DRG I04; I43B et I46B.
- Les données n'ont montré aucun signe de sous-rémunération de ces cas dans le DRG de base I12.

Un demandeur a fait remarquer que les patients qui doivent faire l'objet d'une évaluation en vue d'une transplantation pulmonaire, mais qui ne présentent pas de diagnostic principal concernant les poumons ne sont pas regroupés dans le DRG de base E60 «*Fibrose cystique (mucoviscidose) ou autre maladie pulmonaire avec évaluation en vue d'une transplantation ou SDRA*» et sont sous-rémunérés. Divers diagnostics principaux ont été énumérés par le demandeur.

- Les analyses ont montré une sous-rémunération des cas de figure présentés par le demandeur uniquement dans le DRG I66B.
- Ces cas sont désormais regroupés dans le DRG I66A «*Autres affections du tissu conjonctif avec CC extrêmement sévères ou évaluation en vue d'une transplantation pulmonaire, plus d'un jour d'hospitalisation*», dans lequel une rémunération adaptée aux coûts est garantie.

- Tous les autres diagnostics principaux mentionnés par le demandeur, combinés à une évaluation en vue d'une transplantation pulmonaire, présentaient un nombre de cas trop faible et n'ont pas pu être pris en compte.

3.2.10. Maladies et troubles des organes urinaires MDC 11

Il a été demandé de contrôler l'homogénéité dans le DRG L64A concernant les codes CHOP 57.19.2* «Autre cystotomie (haute)» comme séparateurs de coûts. Les cas avec ce code se retrouvent dans les DRG sans partition opératoire, par ex. dans le DRG de base L64.

- Les analyses ont montré que ces cas présentaient des coûts élevés de salle d'opération et d'anesthésie. Pour cette raison, il était approprié d'inclure ces codes CHOP dans un DRG chirurgical, comme c'est le cas pour d'autres interventions comparables.
- Le DRG de base L06 «Petites interventions sur la vessie» s'est révélé approprié et les cas y seront désormais rémunérés en adéquation avec les ressources utilisées.

3.2.11. Organes génitaux féminins MDC 13

Jusqu'à présent, les adhésiolyse avec des conditions supplémentaires différentes, mais une structure de coûts similaire, sont réparties sur plusieurs DRG.

- Toutes les adhésiolyse péritonéales (chirurgicales ouvertes ou laparoscopiques) sont regroupées dans les deux DRG de base
 - N02 «Interventions sur l'utérus et le système utéroannexiel ou lymphadénectomie pour néoformation maligne des organes génitaux féminins» et
 - N05 «Ovariectomies et interventions complexes sur les trompes utérines sauf lors de néoformation maligne».
- Les cas y sont représentés de manière adéquate.

Jusqu'à présent, les différents types d'excisions de ganglions lymphatiques avec des conditions supplémentaires différentes, mais une structure de coûts similaire, sont répartis sur plusieurs DRG.

- Toutes les excisions de ganglions lymphatiques (40.3X.– «Lymphadénectomie régionale...», 40.5- «Excision radicale...» et 40.2- «Excision simple...» sont regroupées dans les DRG (de base) où elles sont représentées de manière adéquate.
 - N02B «Interventions sur l'utérus et le système utéroannexiel ou lymphadénectomie pour néoformation maligne de l'utérus, du col de l'utérus ou de la vulve»
 - N04 «Hystérectomie ou autres interventions particulières sauf lors de néoformation maligne»

Il a été demandé de revaloriser les codes CHOP 70.4X.20 «Colpectomie totale» et 70.4X.30 «Colpectomie étendue (radicale)», car ceux-ci ne sont jusqu'à présent pas suffisamment représentés dans le DRG N06B.

- Les codes ont pu être revalorisés de N06B vers N06A «Interventions réparatrices complexes sur les organes génitaux féminins, avec CC sévères ou procédure de complication».
- Ils y sont rémunérés de manière adéquate.

Dans une demande, la réparation du plancher pelvien par voie laparoscopique a été décrite comme une intervention extrêmement complexe et coûteuse.

- Des codes CHOP pouvant être utilisés comme séparateurs de coûts ont été identifiés. Il s'agit en particulier des interventions réparatrices avec greffon ou prothèse:
 - 69.22 «Autre suspension utérine»
 - 70.53 «Réparation de cystocèle et de rectocèle, avec greffon ou prothèse»

- 70.54 «Réparation de cystocèle, avec greffon ou prothèse»
- 70.55 «Réparation de rectocèle, avec greffon ou prothèse»
- 70.63 «Construction vaginale, avec greffon ou prothèse»
- 70.64 «Reconstruction vaginale, avec greffon ou prothèse»
- 70.78 «Suspension et fixation du vagin, avec greffon ou prothèse»
- Les simulations ont montré que le type d'abord, par laparoscopie ou par chirurgie ouverte, n'entraîne pas de différence de coût systématique.
- Un nouveau DRG N06B «Interventions réparatrices complexes sur les organes génitaux féminins avec intervention particulière» a été créé dans lequel ces cas sont représentés de manière adaptée aux coûts.

Les deux codes CHOP 68.29.12 «Excision ou destruction de lésion utérine, par voie vaginale» et 68.29.15 «Excision ou destruction de lésion utérine, par hystérocopie» sont pertinents pour le regroupement dans différents DRG, mais sont équivalents sur le plan médical et des coûts.

- Lors d'une restructuration, ils ont été mis sur un même niveau en raison de leur homogénéité médicale et ont tous les deux été intégrés au DRG N23Z «Autres interventions réparatrices sur les organes génitaux féminins».

3.2.12. Grossesse, naissance et suites de couches MDC 14

Dans le cadre de la procédure de demandes de 2021, le contrôle du DRG de base O50 «Traitement hospitalier avant l'accouchement à partir de 7 jours de traitement» a été demandé concernant les différences de coûts en cas de traitement de longue durée avant l'accouchement.

- L'analyse des données de 2019 a montré une nette sous-rémunération de cas avec traitement hospitalier avant l'accouchement > 56 jours de traitement dans le DRG O50A.
- Le DRG O50A a été divisé, il en résulte un nouveau DRG O50A «Traitement hospitalier avant l'accouchement à partir de 56 jours de traitement avec situation particulière».
- Représentation appropriée de ces cas coûteux.

Les analyses ont montré que les procédures en lien avec l'accouchement par voie basse sont représentées de manière incomplète dans le DRG de base O02 «Accouchement par voie basse avec intervention coûteuse ou procédure particulière avec diagnostic particulier».

- Les codes CHOP suivants ont été intégrés dans le DRG de base O02, tableau O02-5:
 - 70.71 «Suture de lacération du vagin»
 - 70.76 «Hyménoorrhaphie»
 - 70.77 «Suspension et fixation du vagin»
 - 70.78 «Suspension et fixation du vagin, avec greffon ou prothèse»
 - 70.79.10 «Autre colporraphie du vagin avec plastie du plancher pelvien»
 - 71.71 «Suture de lacération de vulve ou de périnée»
 - 85.20 «Excision ou destruction de tissu du sein, SAP» et
 - 85.21 «Excision locale de lésion du sein»
- Cela permet d'obtenir une représentation adéquate des cas et d'améliorer l'homogénéité médicale.

3.2.13. Nouveau-nés MDC 15

Toutes les restructurations sont répertoriées sous l'axe de développement 3.1.4 «Nouveau-nés et pédiatrie».

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

Un demandeur a signalé une sous-rémunération de cas dans le DRG de base Q60 «Affections du système réticulo-endothélial, du système immunitaire et troubles de la coagulation, plus d'un jour d'hospitalisation» et demandé un contrôle, en particulier concernant des codes CIM particuliers comme DS ou de possibles splits PCCL.

- Les analyses n'ont pas permis d'attribuer des propriétés de séparateur de coûts aux codes CIM mentionnés par le demandeur et les éventuels PCCL splits n'ont pas non plus permis une représentation adéquate des cas très coûteux.
- Au lieu de cela, les analyses ont montré que les cas avec âge < 16 ans présentent des coûts journaliers plus élevés pour une durée d'hospitalisation plus courte.
- Un split du DRG Q60B et la revalorisation des cas avec «âge < 16 ans» ont permis d'obtenir une meilleure différenciation et une meilleure homogénéité au sein du DRG Q60.
- Ces cas sont désormais regroupés dans le nouveau DRG Q60B «Affections du système réticulo-endothélial, du système immunitaire et troubles de la coagulation, âge < 16 ans, plus d'un jour d'hospitalisation».

Les cas avec des points de traitement complexe en unité de soins intermédiaires sont trop rémunérés dans le DRG Q37A «Maladies du sang, des organes hématopoïétiques et du système immunitaire...».

- La condition de split «Traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196/119 points» a donc été retirée du split pour le DRG Q37A.
- Les cas sont regroupés dans le DRG Q37B où ils sont rémunérés de manière adéquate.

3.2.15. Néoplasmes hématologiques et solides MDC 17

La sous-rémunération de cas avec chimiothérapie intensive a été décrite dans le DRG R63D «Autre leucémie aiguë, plus d'un jour d'hospitalisation, âge < 18 ans».

- Suite aux analyses, un nouveau split du DRG R63D a pu être mis en œuvre avec le code CHOP 99.25.53 «Chimiothérapie hautement complexe et intensive». Cela permet d'améliorer l'homogénéité des cas pédiatriques.

Pour le traitement de la leucémie, il y a différentes raisons de choisir un Port-a-Cath ou un cathéter Broviac. La pose d'un Port-a-Cath 39.9A.11 «Implantation ou remplacement d'un système de cathéter à demeure totalement implantable» ou d'un cathéter Broviac 38.93.11 «Insertion et remplacement d'un système de cathéter veineux à demeure pour utilisation prolongée» doivent pour cette raison être mises au même niveau et conduire de la même manière au DRG R63A.

- Aucune différence n'a été identifiée en termes de ressources thérapeutiques et de coûts.
- Le code 38.93.11 a été inclus dans tous les tableaux dans lesquels le cathéter Port-a-Cath est également utilisé comme condition de split:
 - Fonction «Procédures de complication» (→ donc notamment dans le DRG R63A)
 - MDC 09 J11
 - MDC 17 R62A et R65B

Les analyses ont montré une représentation non adéquate de certaines mesures diagnostiques spécifiques ou complexes dans la MDC 17.

- Sont surtout concernés les codes CHOP 99.A1.11 à 99.A1.13 «*Diagnostic complexe de maladies hématologiques non malignes...*» et les codes CHOP 99.A0.11 et 99.A0.12 «*Diagnostic complexe de maladies hématologiques malignes...*».
- Inclusion et revalorisation de ces codes dans la fonction «*Procédures de complication*».
- Revalorisation de ces codes par regroupement dans le DRG R65A «*Néoformations hématologiques et solides avec diagnostic complexe d'affection maligne ou âge < 18 ans, un jour d'hospitalisation*».
- Représentation appropriée des mesures diagnostiques coûteuses.

3.2.16. 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 104 930 039.90 au total a été entrepris pour 22 695 cas issus des données de calcul.

3.2.17. Nouvelles rémunérations supplémentaires

Les médicaments suivants ont été nouvellement établis en tant que rémunération supplémentaire:

- Daratumumab (voie sous-cutanée)
- Trastuzumab et pertuzumab
- Risdiplam
- Voretigène néparavec (Luxturna)

Les médicaments suivants ont été supprimés en tant que rémunération supplémentaire:

- Ambrisentan
- Sofosbuvir
- Sofosbuvir et lédirasvir
- Elbasvir et grazoprévir

Dans la rémunération supplémentaire suivante, une nouvelle voie d'administration a pu être établie:

- Abatacept (voie intrathécale)
- Trastuzumab (voie intrathécale)
- Plérixafort (voie intraveineuse)
- Asparaginase (voie intraveineuse)

Une extension des classes posologiques a été entreprise vers le haut pour les rémunérations supplémentaires suivantes:

- Amphotéricine B
- Tocilizumab
- Rituximab
- Immunoglobuline anti-thymocytes (lapin)
- Blinatumomab
- Asparaginase
- Ibrutinib
- Enzalutamide
- Inhibiteur de la C1 obtenu à partir de plasma

- Iloprost
- Tréprostinil
- Foscarnet
- Vénétoclax

Une extension des classes posologiques a été entreprise vers le bas pour les rémunérations supplémentaires suivantes:

- Posaconazole
- Immunoglobuline antilymphocytaire (cheval)
- Ustékinumab
- Macitentan
- Isavuconazole
- Pazopanib
- Iloprost
- Tréprostinil
- Palbociclib
- Vénétoclax

Les classes posologiques ont été déplacées pour les rémunérations supplémentaires suivantes:

- Fibrinogène, humain
- Abatacept
- Bosentan
- Tocilizumab
- Ustékinumab
- Posaconazole
- Glucarpidase

Des classes posologiques pédiatriques ont été créées pour les rémunérations supplémentaires suivantes:

- Immunoglobuline de l'hépatite B
- Tocilizumab
- Ruxolitinib

Une classe posologique a été supprimée vers le bas et, parallèlement, une classe posologique pour adultes a été adaptée en classe posologique pédiatrique pour la rémunération supplémentaire suivante:

- Caspofungine

La rémunération supplémentaire «*Implantation de pompe axiale intravasculaire d'assistance circulatoire*» a été différenciée, elle est désormais calculée et attribuée séparément pour le ventriculaire gauche (CHOP 37.6A.41) et le ventriculaire droit (CHOP 37.6A.42).

Les codes des procédures suivantes étant différenciés vers le haut dans le catalogue CHOP 2020, le nombre exact d'heures a été demandé aux hôpitaux pour les cas concernés. Ainsi, les données de 2019 pour ces rémunérations supplémentaires ont déjà pu être correctement corrigées selon la CHOP 2020. La base est ainsi posée pour garantir une représentation différenciée des rémunérations supplémentaires dans la version de planification 1.1. Les rémunérations supplémentaires suivantes sont concernées par cette différenciation:

- Oxygénisation par membrane extracorporelle (ECMO)
- Durée de traitement par un ballonnet de contre-pulsation intra-aortique (IABP)
- Durée de traitement avec un système d'assistance cardio-vasculaire, avec pompe, sans fonction d'échange gazeux, intravasculaire (y compris intracardiaque)
- Durée de traitement avec un système d'assistance cardio-vasculaire, avec pompe, sans fonction d'échange gazeux, extracorporel, univentriculaire
- Durée de traitement avec un système d'assistance cardio-vasculaire, avec pompe, sans fonction d'échange gazeux, extracorporel, biventriculaire
- Durée de traitement avec un système d'assistance cardio-vasculaire, avec pompe, sans fonction d'échange gazeux, intracorporel, univentriculaire et biventriculaire

Par ailleurs, aucune rémunération supplémentaire n'a été supprimée ou redéfinie pour les procédures, les produits sanguins, les implants ou le cœur.

3.2 Aperçu de la procédure de demande

Dans le cadre de la procédure de demande, 108 demandes ont été déposées au total en 2021 pour le perfectionnement du système de forfait par cas SwissDRG. Parmi elles, 48 ont été appliquées, soit un taux de mise en œuvre de 47%. Ce taux relativement faible s'explique par le fait qu'une partie des demandes ont été faites sur la base du catalogue CHOP 2020, si bien qu'un calcul sur la base des données 2019 utilisées n'était pas possible, ou que des demandes ont été faites pour des rémunérations supplémentaires qui n'ont pas pu être traitées avec les données 2019. De plus, des demandes datant de 2020 ont à nouveau été déposées, mais elles n'ont pas pu être mises en œuvre en raison de la situation inchangée des données.

3.3 Conclusion

Avec la version SwissDRG 12.0, une structure tarifaire différenciée dont l'utilisation permet une rémunération adéquate et adaptée aux prestations en fonction de la gravité du cas a été établie pour toutes les catégories hospitalières. Bien que la version 12.0 ait également été développée sur la base des données de l'année 2019, les restructurations ont permis d'obtenir des améliorations de la représentation dans certaines MDC, ainsi qu'une meilleure qualité globale du système.

La base de cette évolution a été une fois de plus les restructurations visant à améliorer la représentation des cas coûteux dans le domaine de la médecine intensive ainsi que de la transplantation d'organes solides et de cellules souches hématopoïétiques. L'affectation des cas avec un traitement d'infections à agents infectieux multirésistants a fait l'objet d'un examen intensif. Ces simulations ont abouti au perfectionnement de la matrice CC pour les codes CIM U80 - U85 «*Agents infectieux résistants aux antibiotiques ou aux thérapies chimiques précisés*» en lien avec des splits PCCL supplémentaires pour les cas très coûteux avec les comorbidités les plus sévères. Dans la MDC 18B «*Maladies infectieuses et parasitaires*», les cas avec un traitement complexe pour colonisation ou infection à agents infectieux multirésistants ont été revalorisés (DRG T60A et T60C).

4. Méthode de calcul

La méthode de calcul détaillée est disponible dans le document «Méthode de calcul». La méthode de calcul de la version 12.0, comparée à la méthode de calcul de la version 11.0, demeure inchangée.

4.1. Détermination des cost-weights

Pour la version SwissDRG 12.0, 1077 DRG ont été calculés dans le résultat sur la base des données suisses.

Pour 23 DRG, les données de l'année précédente ont également été utilisées en raison d'un nombre trop faible de cas. Pour 6 autres DRG, des cas issus de trois années de données (2019/2018/2017) ont été pris en compte. Les cas des années précédentes n'ont pu être pris en compte que si une nette distinction dans les données de l'année précédente était possible. Cette considération est remplie en particulier lorsqu'aucune restructuration n'a été entreprise dans le groupe de cas par diagnostic concerné.

4.2. Calcul de la valeur de référence

Le nombre de cas de la collecte des données SwissDRG (la collecte 2020 des données 2019 comprend 92,4% des cas de toute la Suisse dans le domaine d'application de SwissDRG) 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 12.0 corresponde à la somme des cost-weights effectifs de ces cas avec la version 11.0:

$$\text{Casemix}_{\text{Version 12.0}}^{\text{Données 2019}} = \text{Casemix}_{\text{Version 11.0}}^{\text{Données 2019}}$$

La valeur de référence pour la version SwissDRG 12.0 s'élève à CHF 10 314.–. Pour la version 11.0, une valeur de référence de CHF 10 275.– a été déterminée.

4.3. Calcul des suppléments et réductions

Les suppléments et réductions pour la version 12.0 sont calculés selon la même méthode que pour la version 11.0.

556 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 relevé de 0,7 à 1.0).

Pour la version 12.0, il en résulte 190 DRG implicites d'un jour d'hospitalisation, contre 189 DRG implicites d'un jour d'hospitalisation pour la version 11.0.

Annexe A: chiffres-clés concernant le développement du système

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 12.0.

Base des données

Comme pour la version 11.0, les données 2019 ont été utilisées pour la version 12.0. Les données globales de la statistique médicale de l'Office fédéral de la statistique contenaient les données de 182 hôpitaux de médecine somatique aiguë. L'échantillon des hôpitaux du réseau SwissDRG est de 141.

Tableau 1: Nombre d'hôpitaux

	Version 12.0 Données 2019	Version 11.0 Données 2019	Version 10.0 Données 2018
Hôpitaux du réseau	141	141	131
Données globales	182	182	176

Au total, 1 182 252 cas pertinents pour le système SwissDRG ont été fournis par les hôpitaux du réseau, ce qui correspond à tout juste 92,4% des cas suisses de médecine somatique aiguë.

Tableau 2: Nombre de cas livrés

		Version 12.0 Données 2019	Version 11.0 Données 2019	Version 10.0 Données 2018
Hôpitaux du réseau	<i>Livrés</i>	1 190 448	1 190 448	1 176 405
	<i>Domaine d'application SwissDRG</i>	1 182 252	1 182 252	1 172 590
Données globales	<i>Livrés</i>	1 279 234	1 279 234	1 339 647
	<i>Domaine d'application SwissDRG</i>	1 278 953	1 278 953	1 278 241

Pour la version 12.0, 24 830 cas privés ou semi-privés ont 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 11.0, 24 933 cas privés ou semi-privés avaient été exclus.

Durant la phase de contrôle de la plausibilité, 85 728 cas (7,4% de la base de données avant contrôle de la plausibilité) ont été identifiés comme non plausibles. 6 hôpitaux/cliniques ont été notamment complètement exclus. En outre, des exclusions partielles clairement délimitées ont été entreprises dans différents hôpitaux. Les données rendues plausibles correspondent à la base de données pour le

développement de la structure tarifaire SwissDRG 12.0. Ainsi, 90,0% 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 12.0 a été réalisé sur 1 070 953 cas de l'année 2019 plus 940 cas de l'année 2018 et 122 cas de l'année 2017.

Tableau 3: Érosion des données

Total des données	Relevé SwissDRG	
1 279 234	1 190 448	Cas livrés
↓	↓	- Psychiatrie / Réadaptation - Cas ambulatoires - Sortie en dehors de la période du relevé
1 278 953	1 182 252	Cas dans le domaine d'application (y compris maisons de naissances)
	↓	- Cas privés non utilisables - Cas sans coûts complets
	1 156 681	Base de données avant plausibilisation
	↓	- Plausibilisation des cas (incl. suppression totale de 6 hôpitaux)
	1 070 953	Cas plausibles 2019 (données de calcul)
		+ 940 cas provenant des données 2018 + 122 cas provenant des données 2017

} Développement du système

Nombre de DRG

Tableau 4: Nombre de DRG et rémunérations supplémentaires

	Version 12.0 Données 2019*	Version 11.0 Données 2019	Version 10.0 Données 2018
Nombre total de DRG	1077	1063	1068
DRG facturables	1073	1059	1064
DRG pour maisons de naissance	8	8	8
DRG non évalués, annexe 1	0	0	0
Rémunérations supplémentaires évaluées, annexe 2	156	156	135
Rémunérations supplémentaires non évaluées, annexe 3	1	1	1

*Les données 2020 ont été utilisées pour le perfectionnement des rémunérations supplémentaires.

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:

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
 p : nombre de DRG

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 10.0, 11.0 et 12.0, respectivement sur la base des données 2019. Par conséquent, le tableau 5 montre le seul effet du perfectionnement du Grouper sur le R^2 .

Tableau 5: Coefficient R^2 des données de calcul 2019

Version du Grouper	Année des données	Tous les cas	Inliers (selon V12.0)
V12.0	2019	0,757	0,854
V11.0	2019	0,755	0,851
V10.0	2019	0,716	0,812

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.