



TARPSY 5.0

Rapport sur le développement de la structure tarifaire

TARPSY 5.0 – Données 2021	Version du 08/06/2023
---------------------------	-----------------------

Table des matières

1	Données.....	3
2	Degré de sévérité: TARPSY Patient Severity Level (T-PSL)	4
2.1	Méthode	5
2.2	Calcul du Diagnostic Cost Ratio (DCR)	5
2.3	Calcul du Patient Severity Level (PSL).....	6
2.4	Résultats	6
2.5	Intégration médicale	7
3	Logique médicale – groupes de coûts psychiatriques.....	8
3.1	Différenciation des PCG de base	8
3.2	Diagnostics et splits T-PSL	9
3.2.1	Diagnostics CIM-10-GM.....	9
3.2.2	Splits T-PSL.....	9
3.3	HoNOS et HoNOSCA	10
3.4	Traitements et procédures.....	10
3.5	Âge.....	11
3.6	Développement détaillé de la logique médicale.....	11
3.7	Synthèse de la logique médicale	15
4	Calcul – Calcul des cost-weights.....	17
4.1	Développement détaillé du calcul.....	17
5	Normalisation	17
6	Chiffres-clés.....	19
7	Autres analyses en rapport avec l'évolution de la structure tarifaire.....	21
7.1	Cas médico-légaux.....	21
7.2	Analyse des codes CHOP	22

1 Données

Dans le cadre de la livraison des données, 65 hôpitaux ont fourni à SwissDRG SA les données de l'année 2021. Au total, 72 632 cas ont été recensés. Près de 87% de ces cas étaient plausibles ; au total, 62 835 cas étaient donc disponibles pour le développement du système tarifaire TARPSY 5.0. Le Tableau 1 présente les six dernières livraisons de données. La procédure relative à la plausibilisation des cas est décrite dans la « Documentation pour le traitement des données 2021 » (annexe 4 de la demande d'approbation des tarifs).

Tableau 1: Présentations des livraisons de données entre 2016 et 2021

Psychiatrie stationnaire	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre de cliniques	52	52	60	62	66	65
Cliniques avec des livraisons valides	44	39	47	56	64	62
Cas livrés ¹	62 432	64 092	67 679	70 974	71 944	72 632
Cas plausibles	44 851	49 044	52 595	53 291	62 272	62 835
Pourcentage de cas plausibles	72%	77%	78%	75%	87%	87%
Nombre de cas selon l'OFS ²	76 332	77 896	75 749	77 443	77 177	78 383

Le Tableau 2 présente l'érosion des données. Au total, les données de 3 hôpitaux ont dû être exclues des travaux de développement. La raison principale des exclusions de cliniques était des structures de coûts forfaitaires ou non plausibles.

Tableau 2: Présentation de la plausibilisation des données

	Nombre de cas
Cas livrés	72 632
Cas hospitalisés sur deux ou plusieurs années sans coûts complets	- 171
Exclusion d'hôpitaux (3 hôpitaux)	- 805
Tests de plausibilisation / suppressions de cas isolés	- 4976
Correction des données	- 3845
Cas plausibles	62 835

Les principales raisons qui ont conduit à une exclusion des cas pendant la plausibilisation sont présentées dans le Tableau 3, sachant que plusieurs messages d'erreurs peuvent faire référence à des cas isolés. Après l'exclusion d'hôpitaux, ce sont en particulier de faibles coûts pour les services médicaux et infirmiers ainsi que des coûts journaliers très élevés qui ont conduit à l'exclusion des cas.

Tableau 3: Raisons de l'exclusion des cas, données de 2021

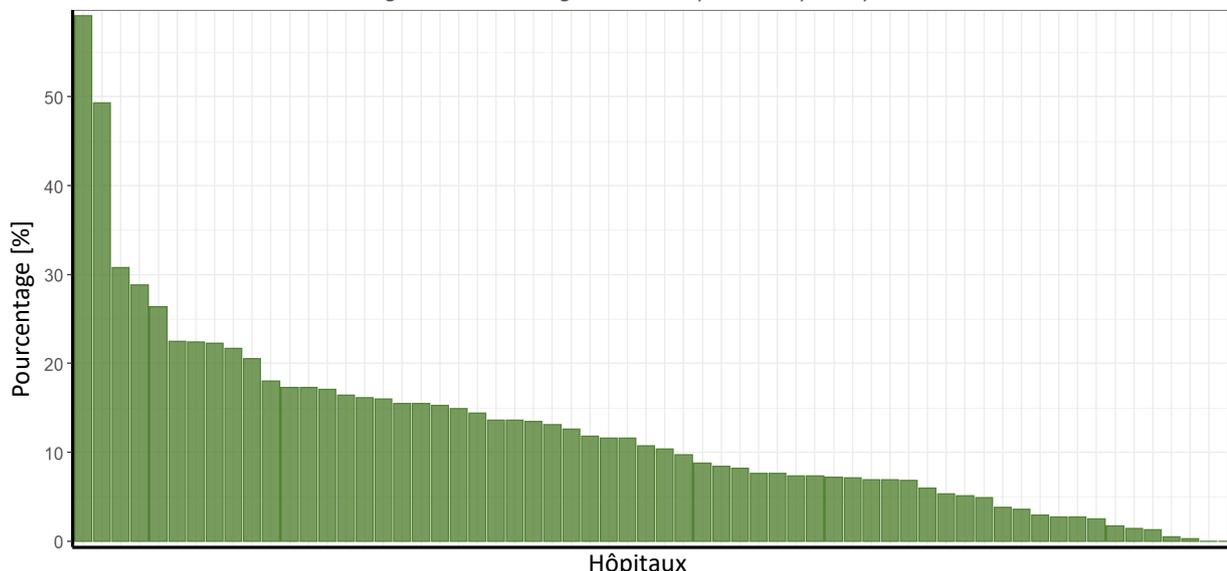
Raisons de l'exclusion	Nombre de cas	Nombre d'hôpitaux
Coûts journaliers pour le corps médical bas	1678	39
Coûts journaliers très élevés	829	42
Coûts journaliers pour les soins bas	642	27
Transfert sans coûts de transport	606	47
Méthode d'imagerie sans procédure opératoire ni coûts	357	23

¹ Après regroupement des cas pour les années 2016-2018

² Source pour les années 2016-2020: OFS, chiffres clés des hôpitaux suisses, pour l'année en question

Par rapport à la version précédente, le nombre de cas non plausibles a diminué de manière significative. La Figure 1 présente le pourcentage de cas non plausibles par hôpital. Le pourcentage moyen par clinique est passé de 16,3% dans la version précédente à 12,3% en 2021.

Figure 1: Pourcentage de cas non plausibles par hôpital



D'après le Tableau 4, 4863 cas avec un âge inférieur à 18 ans ont été livrés. Parmi eux, près de 83%, soit 4038 cas, étaient plausibles. En plus de ces 4038 cas, les cas d'enfants et adolescents de l'année précédente, sur lesquels la version précédente a été développée, ont été utilisés pour le développement de la version 5.0. Ainsi, ce groupe de cas a pu être enrichi de 2652 cas supplémentaires contribuant à une meilleure stabilité dans les PCG pédiatriques. À l'avenir, les cas d'enfants et d'adolescents seront inclus par défaut dans le calcul des cost-weights.

Tableau 4: Nombre de cas par groupe d'âge, données 2021

Groupe d'âge	Nombre de cas	Nombre de cas plausibles	Pourcentage de cas plausibles
Tous les groupes d'âge	72 632	62 835	87%
Moins de 18 ans	4863	4038	83%
18 à 64 ans	56 756	49 601	87%
65 ans et plus	11 013	9196	84%

2 Degré de sévérité: TARPSY Patient Severity Level (T-PSL)

À la demande des organisations partenaires, SwissDRG SA a procédé à la mise en œuvre d'une logique de degré de sévérité pour TARPSY.

Le T-PSL calcule un degré de sévérité pour chaque cas de psychiatrie stationnaire sur la base des diagnostics qui lui sont associés. Cette logique a été conçue pour identifier les cas présentant des situations diagnostiques complexes et nécessitant beaucoup de ressources. Le degré de sévérité ne remplace pas la logique de groupement actuelle, mais peut être utilisé comme critère de split supplémentaire ou indépendant. De la même manière que la logique médicale et le calcul, le degré de sévérité pourra être examiné et développé dans les versions futures.

2.1 Méthode

Le développement de la logique T-PSL repose sur un savoir-faire tant économique et statistique que médical. Pour cette raison, outre le mécanisme reposant sur les données, il est indispensable d'intervenir manuellement sur l'algorithme au moyen de listes d'exclusion. Ces listes découlent d'une logique médicale et contribuent à priver certains codes CIM d'une évaluation. Il est ainsi possible de minimiser de manière ciblée les incitations inopportunes.

Le modèle a été entraîné sur la base des données de calcul corrigées des années 2018 à 2021 et présente, dans sa conception, de grandes similitudes avec le modèle Patient Complexity and Complications Level (PCCL) de la structure tarifaire SwissDRG. Ainsi, la logique T-PSL est constituée des deux mêmes composantes que la logique PCCL: la première composante comprend le calcul des degrés de sévérité au niveau du diagnostic et du PCG de base et aboutit aux Diagnoses Cost Ratios (DCR). La deuxième composante comprend le calcul du degré de sévérité au niveau du cas. Les différents DCR sont ensuite agrégés en une valeur appelée Patient Severity Level (PSL) au moyen d'une fonction de degré de sévérité.

2.2 Calcul du Diagnostic Cost Ratio (DCR)

Un DCR est calculé par PCG de base et par diagnostic. Un DCR peut accepter des entiers compris entre 0 et 5, les diagnostics à faible intensité de ressources (ou sévérité) recevant un 0 et les diagnostics à intensité de ressources la plus élevée un 5. Le DCR reflète l'augmentation des coûts journaliers moyens des cas qui ont codé le diagnostic correspondant (groupe de cas de diagnostic) par rapport aux coûts moyens journaliers au sein du PCG de base total. Les coûts moyens sous-jacents sont calculés au préalable par PCG de base et sont appelés profils de coûts.

Un profil de coûts est une fonction continue et décroissante des coûts journaliers en fonction de la durée du séjour. Il représente l'évolution moyenne des coûts journaliers par PCG de base. Les profils de coûts garantissent une décroissance constante et évitent les sauts dans l'évolution des coûts, qui peuvent être causés par un faible nombre de cas ou par des aberrations statistiques.

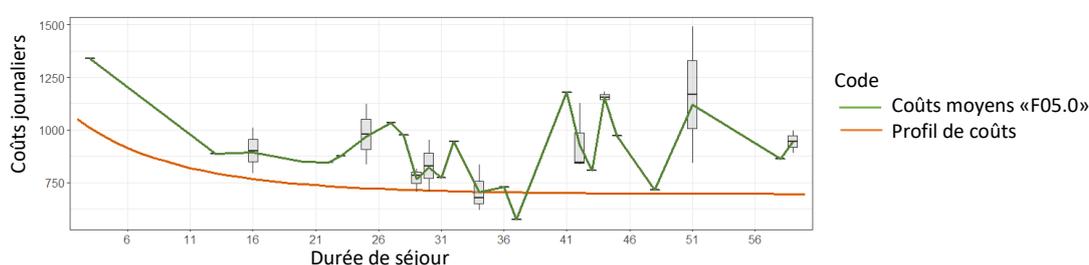


Figure 2: Exemple des coûts journaliers d'un groupe de cas de diagnostic

Pour obtenir le DCR d'un diagnostic, tous les cas avec le diagnostic correspondant sont isolés (groupe de cas de diagnostic) et leur écart agrégé, pondéré par la durée de séjour et le nombre, est calculé par rapport au profil de coûts. La Figure 2 montre l'évolution des valeurs moyennes par jour à titre d'exemple pour le diagnostic F05.0, «Delirium non surajouté à une démence», en comparaison avec le profil de coûts. Ces rapports de coûts spécifiques aux codes sont appelés DCR_{brut} . La plupart des diagnostics obtiennent des valeurs DCR_{brut} comprises entre 0,8 et 1,5, les valeurs inférieures à 1 étant fixées à 1, car il ne faut pas modéliser de corrélations négatives, et les valeurs supérieures à 1,5 étant

limitées à 1,5. La conversion en DCR s'effectue au moyen d'une simple transformation linéaire: $DCR = (DCR_{brut} - 1) * 10$. Le DCR est ensuite arrondi à des nombres entiers. Il peut arriver que certains diagnostics ne soient que peu cités. Dans ces cas, un algorithme est utilisé, dans lequel les codes CIM voisins peuvent être utilisés pour calculer le DCR, afin de garantir un minimum de robustesse statistique.

2.3 Calcul du Patient Severity Level (PSL)

Les DCR constituent la base de calcul du PSL. Pour chaque cas, tous les DCR sont triés par ordre décroissant. Ensuite, une procédure d'exclusion récursive est utilisée afin d'exclure les diagnostics non significatifs et ne compter qu'une seule fois les diagnostics similaires (Conditional Exclusions). La procédure ainsi que les Conditional Exclusions ont été reprises de la structure tarifaire SwissDRG, à la seule différence que dans la logique T-PSL, les diagnostics principaux et supplémentaires ne sont pas différenciés. Soit pour un cas i la longueur de son vecteur DCR n_i après application de la procédure d'exclusion. Le PSL_{brut} se calcule alors comme suit:

$$PSL_{brut} = \prod_{j=1}^{n_i} DCR_{brut,j}^{s^{j-1}}$$

Le paramètre de désagrégation s a été préalablement optimisé et fixé à 0,6 pour tous les PCG de base. Le PSL brut est multiplié par 100, arrondi à l'entier le plus proche et limité à la valeur maximale de 200. Il peut donc prendre des valeurs comprises entre 100 et 200. D'autres caractéristiques telles que la durée de séjour ou l'âge ne jouent aucun rôle dans le calcul du PSL dans l'application. Le PSL distingue les catégories suivantes:

Tableau 5: Catégories du PSL

Désignation	PSL
PSL non élevé	$PSL < 110$
PSL légèrement élevé	$110 \leq PSL < 120$
PSL élevé	$120 \leq PSL < 130$
PSL fortement élevé	$130 \leq PSL < 140$
PSL très fortement élevé	$140 \leq PSL$

2.4 Résultats

Tableau 6 montre les distributions des valeurs DCR par PCG de base. On peut constater que la majorité des diagnostics saisis n'obtiennent pas de valeurs DCR significatives. Ces résultats s'expliquent notamment par la prudence avec laquelle les paramètres du modèle ont été estimés, afin d'éviter un ajustement excessif (overfitting) de l'algorithme³. La raison la plus importante de ces résultats peut toutefois être déduite directement de la base de données. Pour une grande partie des cas, il s'agit d'une patientèle régulière. Les cas présentant des situations diagnostiques complexes et nécessitant des ressources importantes sont rares. Il n'est donc pas surprenant que de nombreux diagnostics

³ Un overfitting se produit lorsque le modèle présente de meilleurs résultats sur la base de données sur laquelle il repose («données d'entraînement») que sur une nouvelle base de données («données de test»). Cela s'explique par le fait que les paramètres du modèle ont été trop fortement ajustés aux données d'entraînement, ce qui a permis de reproduire des effets qui ne peuvent être détectés que dans cette base de données et non dans la population globale. De telles mesures de sécurité statistiques nécessaires ont une répercussion négative sur la performance du modèle.

obtiennent une faible évaluation et que le nombre de cas avec un PLS élevé reste donc dans des proportions limitées.

Il reste également à voir comment la qualité des données évoluera. Le degré de sévérité pouvant, pour chaque diagnostic, potentiellement conduire à une revalorisation du cas, une incitation supplémentaire est créée pour que le tableau clinique du patient soit entièrement représenté dans les CIM. Cela pourrait avoir un effet positif sur la qualité des données.

Tableau 6: Nombre de codes CIM par PCG de base

DCR	Tous	TP21	TP24	TP25	TP26	TP27	TP28	TP29	TP30
0	21 353	2747	2906	2610	2252	3264	2676	2493	2405
1	3068	606	313	473	250	556	412	293	165
2	684	129	39	119	53	125	91	92	36
3	180	30	5	27	9	35	33	28	13
4	62	10	1	10	3	12	13	8	5
5	21	2	1	2	0	7	3	4	2

2.5 Intégration médicale

L'intervention d'experts médicaux est nécessaire, car l'algorithme basé sur les données place les codes dans leur contexte, indépendamment de leur signification. On peut ainsi obtenir des résultats qui, soit n'ont aucun sens d'un point de vue médical, soit conduisent à des incitations inopportunes. Trois interventions ont tenté d'y remédier:

1. Unconditional Exclusions: une liste de codes CIM qui ne doivent en principe pas être évalués avec un DCR, car ils remplissent au moins l'un des critères suivants:
 - Descriptions non spécifiques (F22.9: «Trouble délirant persistant, sans précision»)
 - Forte probabilité d'une saisie multiple de la même maladie (G31.0: «Atrophie cérébrale circonscrite» → tombent sous le champ des codes de démence)
 - Risque d'apparition d'incitations inopportunes (F81.0: «Trouble spécifique de la lecture»)
2. Conditional Exclusions: les diagnostics qui décrivent des contenus similaires et qui ne doivent pas être comptés deux fois dans un cas sont exclus à l'aide de la procédure d'exclusion récursive au niveau du cas. Les listes de codes concernées ont été reprises sans adaptation par la structure tarifaire SwissDRG.
3. «Fill Inclusions» et «Trim Exclusions»: avec les Fill Inclusions, les codes non évalués dans les groupes CIM non terminaux, dans lesquels de nombreuses évaluations sont déjà contenues, sont désormais également évalués afin de combler les lacunes aléatoires dues à une base de données limitée. Les Trim Exclusions réduisent quant à elles les évaluations dans lesquelles il existe une hiérarchie médicale. Les groupes de codes des brûlures ou corrosions en sont un exemple. Une brûlure de faible degré ne doit pas être plus valorisée qu'une brûlure de degré supérieur.

3 Logique médicale – groupes de coûts psychiatriques

Pour développer la logique de groupement médicale, les analyses ont intégré des variables existant déjà sous forme de données de routine dans les relevés de données annuels standardisés. Cela permet de limiter le travail supplémentaire que les cliniques ont à fournir pour l'enquête.⁴ Parmi elles se trouvent toutes les variables identifiées comme séparateurs de coûts dans les précédentes versions de TARPSY: diagnostics principaux et supplémentaires, âge, traitements et procédures et trois items HoNOS/CA spécifiques. Avec TARPSY 5.0, certains codes de diagnostic et la limite d'âge «< 16 ans» ont pu être identifiés comme des séparateurs de coûts supplémentaires dans certains PCG. De plus, la logique du degré de sévérité (logique T-PSL) a été implémentée dans la version tarifaire 5.0 qui a pu être utilisée comme caractéristique séparatrice des coûts dans certains splits PCG. Toute variable susceptible d'expliquer les différences d'utilisation des ressources est comprise comme un séparateur de coûts.

La structure tarifaire TARPSY 5.0 a été élaborée à partir de la version TARPSY 4.0. En s'appuyant sur les informations des différents cas concernant les coûts et les prestations de l'année 2021, un contrôle a été réalisé pour voir comment distinguer plus finement les PCG, de façon à rendre la structure tarifaire plus homogène au niveau des coûts. Les points contrôlés sont décrits en détail dans le présent chapitre.

3.1 Différenciation des PCG de base

La différenciation des PCG de base à partir des groupes de diagnostics principaux existants a pu être conservée sans changement par rapport à la version 4.0. Le Tableau 7 présente la différenciation entre les PCG de base à partir des diagnostics principaux.

Tableau 7: Différenciation entre les PCG de base à partir des diagnostics principaux

Diagnostic principal		PCG de base utilisés dans TARPSY 5.0	
F1, F55	Troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation d'alcool, d'autres drogues ou d'autres substances	TP21	Troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation d'alcool, d'autres drogues ou d'autres substances
F0, certains autres diagnostics	Troubles mentaux organiques et symptomatiques, ou maladies à l'origine de la maladie psychiatrique	TP24	Troubles en cas de démence ou autres troubles organiques du SNC
F2	Schizophrénie, troubles schizotypiques et hallucinatoires	TP25	Schizophrénie, troubles schizotypiques ou hallucinatoires
Certains F3	Troubles maniaques et troubles bipolaires avec épisode maniaque actuel	TP26	Troubles maniaques
Certains F3	Dépression et autres troubles affectifs, sans troubles maniaques	TP27	Troubles dépressifs ou dépressifs bipolaires
F4	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	TP28	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress ou troubles somatoformes

⁴ Les variables proviennent de la Statistique médicale des hôpitaux et sont en partie recueillies suivant les directives de l'ANQ.

F6	Troubles de la personnalité et du comportement	TP29	Troubles de la personnalité et du comportement
F5, F7-F9	Troubles corporels, retards mentaux et troubles du développement	TP30	Symptômes comportementaux avec troubles corporels, retards mentaux ou troubles du développement
Autres	Pas de diagnostic psychiatrique	TP70	Traitement psychiatrique ou psychosomatique sans diagnostic principal psychiatrique ou psychosomatique
Pas de diagnostic principal		TP96	Impossible à grouper

Une fois les PCG de base différenciés au moyen des diagnostics principaux, on a vérifié si les items HoNOS/CA, les diagnostics supplémentaires et principaux codés, les codes de traitement et de procédures ou l'âge convenaient comme séparateurs de coûts.

3.2 Diagnostics et splits T-PSL

3.2.1 Diagnostics CIM-10-GM

Comme pour le développement de la version précédente, différents diagnostics principaux et supplémentaires (DP, DS) ont été analysés pour voir s'ils convenaient comme séparateurs de coûts. Une vérification approfondie a été effectuée à partir des diagnostics psychiatriques et somatiques. Les analyses se réfèrent d'une part aux diagnostics existants et servant de séparateurs de coûts, d'autre part au complément de diagnostics supplémentaires ou principaux en tant que critères de split pour une différenciation approfondie de la structure tarifaire.

La vérification de l'adéquation des variables comme séparateurs de coûts a révélé que ces variables n'avaient pas la même pertinence dans tous les PCG, si bien que certains diagnostics sont adaptés comme séparateurs de coûts dans certains PCG mais pas dans d'autres.

Des adaptations de diagnostics en tant que séparateurs de coûts ont été réalisées à partir des données, par exemple pour la différenciation du PCG de base TP24A, dans lequel des diagnostics principaux particuliers ainsi que supplémentaires ont été supprimés en tant que critère de split, ce qui a permis d'obtenir une plus grande homogénéité.

Une analyse a également été réalisée pour déterminer si la présence de plusieurs diagnostics psychiatriques ou somatiques est associée à une plus grande consommation de ressources. Cela a permis, par exemple, d'inclure dans le TP27C certains diagnostics principaux en tant que caractéristique séparatrice de coûts, à partir des données, et d'obtenir une représentation adéquate du groupe de cas concernés.

3.2.2 Splits T-PSL

À partir de la version 5.0, une nouvelle fonction de degré de sévérité a pu être implémentée dans le système tarifaire TARPSY. Celle-ci attribue à chaque cas un degré de sévérité appelé Patient Severity Level (PSL). Des explications sur le fonctionnement et des détails techniques sont disponibles au point 2.1.

Sa capacité à servir de critère de split a été testée par étapes avec des PSL légèrement élevés ($\geq 110/115$), des PSL élevés ($\geq 120/125$), des PSL fortement élevés ainsi que des PSL extrêmement

élevés ($\geq 130/135$ et ≥ 140). Après des analyses intensives, il a été possible d'intégrer des splits liés aux PSL au sein de tous les PCG de base et d'obtenir ainsi une plus grande homogénéité dans les PCG. Pour une liste détaillée des splits par degré de sévérité introduits dans les PCG spécifiques, voir le Tableau 8 et le Tableau 9.

3.3 HoNOS et HoNOSCA

Le rôle de séparateur de coûts des valeurs HoNOS/CA a été vérifié à partir des items *Comportement hyperactif, agressif, perturbateur ou agité* (H1), *Lésions auto-infligées non accidentelles* (H2 dans HoNOS et H3 dans HoNOSCA), et *Troubles associés à une maladie physique ou un handicap* (H5 dans HoNOS et H6 dans HoNOSCA). Ces dimensions ont été identifiées dans les précédentes versions de TARPSY comme des composantes opérantes, pour modéliser un plus grand travail de suivi, et sont pertinentes dans TARPSY 5.0 pour le groupage dans certains PCG.

Le contrôle pour le développement des PCG s'est basé uniquement sur les valeurs HoNOS/CA à l'entrée, les HoNOS/CA à la sortie n'ont pas été prises en compte. La raison en est l'effet d'incitation qui en résulte pour les cliniques, qui facturent leurs cas de traitement avec le système tarifaire TARPSY. Dans la logique du système TARPSY, une valeur élevée dans le classement HoNOS/CA décrit de forts symptômes, donc le recours à d'importantes ressources pour la clinique qui traite le patient / la patiente. Si l'on se fie aux prestations, les cliniques dont les patientes et les patients présentent des symptômes plus forts doivent être mieux rémunérées pour les ressources plus importantes qu'elles doivent mobiliser pour le traitement. Si l'on tenait compte des valeurs HoNOS/CA à la sortie, les cliniques réaliseraient des recettes plus faibles en cas de classement HoNOS/CA moins élevé à la sortie suite à un traitement efficace. C'est pourquoi, pour la mesure de l'importance des symptômes, on ne prend en compte que les valeurs HoNOS/CA à l'entrée.

Pour développer la structure tarifaire TARPSY, on a analysé dans quels PCG les items HoNOS/CA existants continuaient d'être pertinents comme séparateurs de coûts, et si l'on pouvait compléter certains items HoNOS/CA dans d'autres PCG pour poursuivre la différenciation de la structure tarifaire. L'examen de critères de split supplémentaires sur la base des données 2021 n'a pas montré une meilleure homogénéité, de sorte qu'aucun nouveau critère de split n'a été intégré dans le système tarifaire TARPSY avec les items HoNOS/CA existants.

Dans l'ensemble, on observe une augmentation du nombre de cas avec des formes HoNOS/CA graves (score 3 et 4) dans les données, tandis que le coût moyen de ces cas diminue. Cela a pour conséquence d'éroder la capacité séparatrice de certains critères de split HoNOS/CA existants. Dans une situation extrême, un tel critère de split ne peut plus contribuer à une représentation plus conforme aux ressources des groupes de cas concernés et doit donc être supprimé du Grouper. Le split entre les TP27A et TP27B est un exemple qui illustre bien cette mesure.

3.4 Traitements et procédures

La précision avec laquelle un cas de traitement peut être rattaché à une prestation est déterminante pour la qualité d'une structure tarifaire. Les codes de traitement s'y prêtent particulièrement bien, car ils décrivent la prestation effectivement apportée au patient / à la patiente.

Avec les données 2021, les cliniques psychiatriques ont enregistré les procédures à l'aide des codes CHOP qui étaient disponibles pour le développement de la structure tarifaire TARPSY Version 5.0. Dans

ce cadre, des analyses approfondies ont été menées en vue de déterminer si les codes CHOP spécifiques à la psychiatrie déjà intégrés dans la structure tarifaire pouvaient également servir de caractéristique séparatrice de coûts dans d'autres PCG ou si des codes de traitement non encore utilisés pouvaient désormais être introduits comme critère de split.

La vérification de l'adéquation des codes de traitement comme séparateurs de coûts a révélé que ces codes n'avaient pas la même pertinence dans tous les PCG, si bien que certains traitements sont adaptés comme séparateurs de coûts dans certains PCG mais pas dans d'autres. Cela s'explique aussi bien par la nature du contenu médical des codes de traitement que par la différenciation des PCG de base au moyen des diagnostics principaux. À cela s'ajoutent d'éventuelles différences dans la qualité du codage ainsi que dans la transmission des données de coûts.

Une adaptation des séparateurs de coûts existants sur la base des données a eu lieu au sein du PCG de base TP30, dans lequel le «traitement complexe lors d'anorexie, selon le nombre de jours de traitement» a été supprimé en tant que critère de split, ce qui a permis d'obtenir une plus grande homogénéité.

En outre, certains codes de traitement existants spécifiques à la psychiatrie ont pu acquérir une pertinence pour le groupement également dans d'autres PCG. Par exemple, la revalorisation des cas avec «Traitement mère-enfant en psychiatrie adulte» a permis une différenciation du TP28 plus adaptée aux ressources. En outre, certains traitements pouvant être appliqués dans plusieurs spécialités et associés à un usage plus important des ressources, ont continué à être évalués sous forme de rémunérations supplémentaires. Ces mesures ont permis d'améliorer l'homogénéité et de réduire la variance de la structure tarifaire.

3.5 Âge

Dans le cadre du développement de TARPSY 5.0, de nombreuses analyses ont été réalisées par rapport à l'âge. Comme dans le développement de TARPSY 4.0, ces analyses ont révélé que l'âge des patientes et des patients peut contribuer à expliquer la variance des coûts journaliers. Cela vaut notamment pour les moins de 18 ans. Avec TARPSY 5.0, tous les patients et toutes les patientes de moins de 18 ans ont continué à être attribués sans autre condition à un PCG plus valorisé au sein du PCG de base propre au diagnostic. Dans le TP21, un nouveau A-PCG a en outre été créé qui, dans la version 5.0, contient exclusivement des cas avec un âge < 18 ans ou un degré de sévérité fortement élevé.

D'autres analyses d'âge approfondies ont été réalisées avec les limites d'âge < 12 ans et < 16 ans ainsi que > 65 ans, > 75 ans et > 80 ans. Celles-ci ont permis de constater que la limite d'âge de 75 ans dans le TP27C est associée à une consommation accrue de ressources et peut donc agir comme une caractéristique supplémentaire de séparation des coûts. De plus, un nouveau split d'âge a pu être introduit dans le TP27A < 16 ans, car une consommation de ressources significativement plus élevée a pu être démontrée chez les enfants et les adolescents de cette catégorie d'âge.

3.6 Développement détaillé de la logique médicale

Le Tableau 8 présente en détail les différents développements de la logique médicale dans TARPSY 5.0. Les développements décrits s'appuient sur les réflexions économiques et médicales et sont commentés. Les contenus détaillés et logiques de groupement des différents PCG figurent dans le manuel de définitions TARPSY 5.0.

Tableau 8: Développement médical détaillé

PCG	Élargissement des critères de split	Commentaire	Renforcement des critères de split	Commentaire
TP21A	Différenciation supplémentaire des PCG de base existants dans trois PCG au total. TP21A contient désormais uniquement des cas avec âge < 18 ans ou un PSL fortement élevé.	<i>Les cas nécessitant d'importantes ressources ont pu être revalorisés dans le PCG TP21A.</i>	--	--
TP21B	Ajout de PSL élevé comme critère de split.	<i>Les cas nécessitant d'importantes ressources ont pu être revalorisés dans le PCG TP21B.</i>	--	--
TP24A	Le diagnostic Delirium (F05.0 - F05.8) est désormais revalorisé également indépendamment de l'âge (> 75 ans) dans TP24A. Ajout de PSL élevé comme critère de split.	<i>Les cas nécessitant d'importantes ressources ont pu être revalorisés dans le PCG TP24A.</i>	Suppression de diagnostics supplémentaires «Limitation fonctionnelle motrice modérée et moyennement sévère» en tant que critères de split (U50.2*/3*). Certains «Troubles de la personnalité et du comportement ou autres troubles mentaux dus à une lésion cérébrale et un dysfonctionnement cérébral, et à une affection physique» supprimés en tant que critère de split (F06.*/F07.*).	<i>Les cas concernés ont révélé un besoin de ressources en moyenne moins important que les cas du PCG TP24A.</i>
TP25B	Ajout de PSL élevé comme critère de split.	<i>Les cas nécessitant d'importantes ressources ont pu être revalorisés dans le PCG TP25B.</i>	--	--

TP26A	Ajout de PSL élevé comme critère de split.	<i>Les cas nécessitant d'importantes ressources ont pu être revalorisés dans le PCG TP26A.</i>	--	--
TP27A	Ajout de PSL élevé comme critère de split. Ajout du critère de split Âge < 16 ans.	<i>Les cas nécessitant d'importantes ressources ont pu être revalorisés dans le PCG TP27A.</i>	Suppression des items HoNOS/-CA existants en tant que séparateurs de coûts et remplacement par les critères de split mentionnés à gauche.	<i>Différenciation du TP27 plus conforme aux ressources grâce à un regroupement du nombre de cas concernés.</i>
TP27C	Ajout du critère de split Âge > 75 ans. Les cas présentant un épisode dépressif sévère avec des symptômes psychotiques sont désormais revalorisés en tant que diagnostic principal dans TP27C (F31.5, F32.3, F33.3). Ajout de PSL élevé comme critère de split.	<i>Les cas nécessitant d'importantes ressources ont pu être revalorisés dans le PCG TP27C.</i>	--	--
TP28A	Tableau de procédure «Traitement mère-enfant en psychiatrie adulte» ajouté. Ajout de PSL fortement élevé comme critère de split.	Les cas nécessitant d'importantes ressources ont pu être revalorisés dans le PCG TP28A.	--	--
TP29A	Ajout de PSL élevé comme critère de split.	<i>Les cas nécessitant d'importantes ressources</i>	Suppression de diagnostics supplémentaires «Limitation fonctionnelle motrice modérée et	<i>Les cas concernés ont révélé un besoin de ressources en moyenne moins important que les cas du PCG TP24A.</i>

		<i>ont pu être revalorisés dans le PCG TP29A.</i>	moyennement sévère» en tant que critères de split (U50.2*/3*).	
TP30A	Ajout de PSL élevé comme critère de split.	<i>Les cas nécessitant d'importantes ressources ont pu être revalorisés dans le PCG TP30A.</i>	--	--
TP30B	--	--	Suppression du tableau de procédure «Traitement complexe lors d'anorexie en psychiatrie».	<i>Les cas concernés ont révélé un besoin de ressources en moyenne moins important que les cas du PCG TP30B.</i>

3.7 Synthèse de la logique médicale

Le Tableau 9 présente un aperçu des analyses réalisées dans le cadre des travaux de développement de TARPSY 5.0. Il liste les variables et leurs valeurs, analysées en vue de déterminer leur adéquation en tant que séparateurs de coûts. Le Tableau 9 montre en outre aussi les résultats des analyses et l'utilisation des variables dans la structure tarifaire TARPSY 5.0. Sur la base de ces points vérifiés, les 9 PCG de base évaluées ont pu être différenciées en 22 PCG (21 évaluées, 1 non facturable).

Tableau 9: Variables examinées, avec leur utilisation dans TARPSY 5.0

Variable	Analyse	Utilisation	Commentaire
Diagnostic principal, DP (CIM-10 GM)	Regroupement médicalement et économiquement judicieux DP existants comme séparateurs de coûts. Analyses séparées de DP psychiatriques. Vérification individuelle des groupes de diagnostics par PCG de base.	Attribution des cas aux PCG de base. Utilisation de DP psychiatriques: TP21A, TP24A, TP26A, TP27C, TP30A, TP30B	À partir de TARPSY Version 4.0
Diagnostics supplémentaires (CIM-10 GM)	DS existants comme séparateurs de coûts. Analyse séparée des DS psychiatriques et somatiques. Vérification individuelle des groupes de diagnostics par PCG de base.	Utilisation des DS psychiatriques: TP21B, TP24A, TP25B, TP26A, TP27C Utilisation de DS somatiques: TP21B, TP24A, TP25B, TP26A, TP27C, TP29A, TP30A, TP30B	Base TARPSY 4.0.
Items HoNOS/CA	Tous les items HoNOS/CA ont été vérifiés à différents niveaux.	Utilisation des items HoNOS/CA 1/1, 2/3 dans TP21B, suppression de ces mêmes items dans le TP27A Utilisation des items HoNOS/CA 1/1, 2/3, 5/6: TP24A, TP25B et TP26A Utilisation des items HoNOS/CA 2/3: TP27C	Base TARPSY 4.0. Limitation aux items HoNOS/CA 1/1, 2/3, 5/6 de valeur 3 ou 4. Limitation au classement HoNOS/CA à l'entrée toujours présente, pour éviter les incitations inopportunes.

		Suppression des items HoNOS/CA 5/6 dans le TP30B	
Traitements / thérapies	Tous les codes CHOP propres à la psychiatrie	Utilisation de codes CHOP spécifiques à la psychiatrie: TP21B, TP24A, TP25B, TP26A, TP27C, TP28A et dans le catalogue des rémunérations supplémentaires TARPSY 5.0	Les analyses pour modéliser les procédures sont renouvelées avec les données des cas de l'année à venir pour les codes existants et nouveaux, afin d'établir une référence supplémentaire à la prestation.
Âge (catégories)	Catégories d'âge existantes comme séparateurs de coûts. Analyses séparées de différentes limites d'âge (< 12/16/18 ans, > 65/75/80 ans).	Âge < 16 ans: TP27A Âge < 18 ans: TP21A, TP24A, TP25A, TP26A, TP27A/B, TP28A, TP29A, TP30A Âge > 65 ans: TP21B Âge > 75 ans: TP24A, TP27C Pas d'utilisation de Âge < 12 ans et > 80 ans	Dans tous les PCG, le critère de split Âge < 18 ans a continué à montrer une consommation accrue de ressources. Âge > 65 ans dans le TP21B en combinaison avec des diagnostics somatiques particuliers. Âge > 75 ans dans le TP24A en combinaison avec des diagnostics supplémentaires particuliers, traitements ou items HoNOS.
T-PSL (TARPSY- Patient Severity Level)	Divers splits de degré de sévérité ont été vérifiés: T-PSL légèrement élevé ($\geq 110/115$), T-PSL élevé ($\geq 120/125$), T-PSL fortement élevé ($\geq 130/135$) et T-PSL extrêmement élevé (≥ 140).	T-PSL ≥ 120 : TP24A, TP26A, TP30A T-PSL ≥ 125 : TP21B, TP25B, TP27A, TP27C, TP29A T-PSL ≥ 135 : TP21A, TP28A	La logique du degré de sévérité TARPSY a pu être intégrée au sein de tous les PCG de base sous forme d'au moins un split chacun, en tant que caractéristique séparatrice de coûts.

4 Calcul – Calcul des cost-weights

Le calcul du catalogue PCG se fait après l'achèvement des perfectionnements médicaux des groupes de coûts psychiatriques. Des rémunérations couvrant les coûts sont ici calculées par PCG et par phase sur la base des données de calcul disponibles. La méthode de calcul garantit que, parmi le sous-ensemble de toutes les courbes de rémunération entrant en ligne de compte, celle qui présente la plus faible erreur de modèle (Mean Squared Error) est présentée. Les conditions du modèle et la méthode de calcul peuvent être adaptées au fur et à mesure du développement du calcul. Le paragraphe suivant traite des perfectionnements pour la version tarifaire 5.0.

4.1 Développement détaillé du calcul

Dans le cadre du perfectionnement du calcul, tous les paramètres du modèle sont vérifiés chaque année. Pour ce faire, de nombreuses simulations sont testées et comparées avec des paramètres de modèle différents. Il a été démontré que les modifications des paramètres du modèle n'entraînent pas d'améliorations significatives. C'est pourquoi aucune adaptation n'a été apportée aux paramètres du modèle pour la version 5.0.

Outre les analyses des paramètres du modèle, d'autres approches de calcul ont été examinées. Elles sont utilisées à des fins de comparaison et font l'objet d'une évaluation critique. Ainsi, pour la version 5.0, une méthode de calcul analogue à celle utilisée dans la structure tarifaire ST Reha a été examinée. Une telle adaptation de la méthode de calcul aurait des conséquences plus importantes que l'ajustement de certains paramètres du modèle et n'est donc envisageable que s'il peut être démontré que la nouvelle approche est clairement supérieure à l'approche actuelle et qu'elle la surpasse pour l'ensemble des indicateurs. Jusqu'à présent, il n'a pas été possible de trouver une telle approche qui, à un niveau de complexité similaire, aboutisse à de meilleurs ratios que la méthode de calcul TARPSY utilisée jusqu'à présent. C'est pourquoi aucune adaptation n'a été apportée à la méthode de calcul pour la version 5.0.

Il ressort des analyses de données que l'amélioration constante de la qualité des données devrait être une priorité à l'avenir. Cela profite aussi bien au développement médical qu'à celui du calcul des coûts et a un effet positif à long terme sur l'ensemble du système. Pour la version TARPSY 5.0, l'accent a été mis sur le développement du degré de sévérité, ce qui constitue une incitation supplémentaire à une qualité élevée des données.

En outre, comme pour la version précédente, les cas d'enfants et d'adolescents de l'année de données sur laquelle la version précédente a été développée ont été utilisés afin d'augmenter la stabilité des PCG à faible nombre de cas.

5 Normalisation

Une fois les calculs terminés, les rémunérations journalières en CHF sont divisées par les valeurs de référence et arrondies à trois décimales, afin d'obtenir des cost-weight sans dimension. La valeur de référence (BG, *Bezugsgrösse*) est une valeur de calcul interne de SwissDRG SA. Pour TARPSY 1.0 et TARPSY 2.0, cette valeur de calcul était basée sur la formule $DMI=1$. À partir de TARPSY 3.0, la valeur de calcul est basée sur le maintien des Case Mix de la nouvelle version au niveau de ceux de la version précédente, si bien que s'applique ce qui suit pour la nouvelle version:

$$CM_{T5.0} = \sum_{i=1}^n ecw_{T5.0,i} = \sum_{i=1}^n ecw_{T4.0,i} = CM_{T4.0},$$

Où ecw_i représente le cost-weight effectif du cas i . En outre, la somme des costweights effectifs correspond à la somme des rémunérations effectives divisée par les valeurs de référence:

$$\sum_{i=1}^n ecw_{T5.0,i} = \sum_{i=1}^n gV_{T5.0,i} * \frac{1}{BG}$$

Si ces deux équations sont combinées et résolues d'après la valeur de référence BG , il en résulte

$$BG = \frac{\sum_i^n gV_{T5.0,i}}{\sum_i^n ecw_{T4.0,i}}.$$

La valeur de référence correspond à la somme des rémunérations effectives suivant TARPSY 5.0, divisée par la somme des cost-weight effectifs suivant TARPSY 4.0. Cette méthode de normalisation permet d'éviter l'effet de catalogue. Cela signifie que les catalogues obtiennent les mêmes Case Mix sur la base des données sous-jacentes. En conséquence directe, on peut démontrer que les indices de Case Mix (CMI) ainsi que les indices de Day Mix (DMI) restent également les mêmes pour les deux versions. La seule différence dans la normalisation de TARPSY 5.0 par rapport à TARPSY 4.0 réside dans la base de données utilisée. Les données dans le domaine d'utilisation de SwissDRG SA ont servi de base pour le calcul de la valeur de référence de la version catalogue de TARPSY 5.0, tandis que dans la version précédente, ce sont les données de l'OFS qui ont été normées. Ce changement a été réalisé en raison de petites différences dans les ensembles de données et les valeurs de référence qui en résultent. De même, les structures tarifaires SwissDRG et ST Reha utilisent déjà des données internes pour la normalisation. Ainsi, TARPSY est cohérent avec les autres structures tarifaires et le processus peut être organisé de manière plus efficace. Enfin, on observe une tendance au rapprochement des deux jeux de données (pour l'année de données 2021, 93% des cas de l'OFS relevaient du champ d'application de SwissDRG SA).

Le taux de base hypothétique (HBR, *hypothetische Baserate*) est une valeur constante calculée par SwissDRG SA à l'issue de la normalisation. Il représente le baserate qui doit être attribué sur la base des données de calcul des coûts afin de garantir un financement complet des cas, c'est-à-dire que la somme des coûts de tous les cas correspond à la somme des cost-weights effectifs multipliée par le HBR:

$$\sum_{i=1}^n gk_i = \sum_{i=1}^n ecw_{T5.0,i} * HBR$$

Tableau 10 montre l'évolution des coûts journaliers, de la durée de séjour, de la valeur de référence ainsi que du taux de base hypothétique au fil des versions. Avec la version 5.0, il y a pour la première fois un petit écart entre la valeur de référence et le taux de base hypothétique.

Tableau 10: Coûts journaliers moyens et durée de séjour, valeur de référence et taux de base hypothétique

Données de calcul	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Version	T2.0	-	T3.0	T4.0	-	T5.0
Coûts journaliers moyens [CHF]	732	770	767	771	758	765
Durée moyenne de séjour [jours]	33,4	32,7	30,6	32,5	32,3	32,9
Valeur de référence [CHF]	732	-	750	736	-	742
Taux de base hypothétique [CHF]	732	-	750	736	-	741

6 Chiffres-clés

Le chapitre suivant fournit les chiffres clés du calcul. Un indicateur central est le R^2 . Il provient d'une régression simple avec les coûts totaux, comprenant les CUI d'un cas i comme variable dépendante et le cost-weight effectif comme variable indépendante.

$$gk_i = \beta_1 + \beta_2 ecw_i + \varepsilon_i.$$

La valeur Root Mean Squared Error (RMSE) est calculée comme suit:

$$RMSE = \sqrt{\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n (gk_i - eVG_i)^2}$$

où gk_i représente les coûts totaux i du cas et $eVG_i = ahd_i * tV_i$ sa rémunération effective en CHF. Le Mean Absolute Error (MAE) est calculé comme suit:

$$MAE = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n |gk_i - eVG_i|$$

La valeur Mean Absolute Percentage Error (MAPE) est calculée comme suit:

$$MAPE = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n \left| \frac{gk_i - eVG_i}{gk_i} \right|$$

Plus la valeur MAPE est basse, plus les coûts et la rémunération correspondent; la qualité du modèle augmente. Le tableau 9 permet de comparer les différentes mesures de la qualité.

Le Tableau 11 montre l'évolution des paramètres qualitatifs de la structure tarifaire au fil des versions. Pour TARPSY 5.0, un R^2 de 0,888 a été calculé.

Tableau 11: Comparaison des valeurs R^2 , RMSE, MAE et MAPE au fil des versions

Version	Année des données	R^2	RMSE	MAE	MAPE
TARPSY 5.0	2021	0,888	9247	4764	0,214
TARPSY 4.0	2021	0,883	9453	4861	0,217
TARPSY 4.0	2019	0,878	9784	4534	0,205
TARPSY 3.0	2018	0,886	9978	4583	0,202

Outre les chiffres clés qui se rapportent à l'ensemble de la structure tarifaire, les chiffres clés au niveau de la typologie sont également intéressants. Le Tableau 12 montre le taux de couverture (TDC) en prenant en compte le taux de base hypothétique de CHF 741 ainsi que les indices de Day Mix (DMI) par typologie d'hôpital OFS et ANQ et groupe d'âge pour la version actuelle ainsi que la version antérieure. L'indice de Day Mix (DMI) a été calculé à l'aide de la formule suivante:

$$DMI = \frac{\sum_i^n ecw_i}{\sum_i^n ahd_i}$$

Où ecw_i représente le cost-weight effectif et ahd_i la durée de séjour du cas i . Pour des raisons de protection des données, toutes les typologies n'ont pas été indiquées. Sur la base de l'ensemble des données de calcul, le TDC est de 100% et le DMI de 1,05.

Tableau 12: TDC et DMI par typologie d'hôpital et catégorie d'âge pour la nouvelle version et la version précédente

	Nombre de cas plausibles	Durée de séjour ϕ	Part des données de calcul	TDC T4.0	TDC T5.0	DMI T4.0	DMI T5.0
Typologie OFS							
Hôpitaux universitaires ⁵	16 645	31	25%	90%	90%	1,106	1,107
K112 Prise en charge centralisée niveau 2	5244	26	8 %	101%	102 %	1,076	1,084
K211 Cliniques psychiatriques niveau 1	30 980	33	47%	103%	103%	1,047	1,046
K212 Cliniques psychiatriques niveau 2	7142	38	11%	104%	103%	1,035	1,022
K221 Cliniques de réadaptation	1623	43	2%	116%	113%	0,977	0,955
Centres de désintoxication	2154	54	3%	114%	115%	0,861	0,865
Typologie ANQ							
Soins de base et aigus	11 666	32	18%	100%	101%	1,017	1,024
Soins de spécialité	6322	43	10%	110%	108%	0,979	0,962
Soins de base et aigus ainsi que soins de spécialité	4186	36	6%	108%	108%	0,982	0,981
Dépendances pathologiques	2014	52	3%	113%	114%	0,848	0,853
Psychiatrie enfants et adolescents	688	57	1%	107%	105%	1,425	1,393
Soins aigus et de base, pédopsychiatrie	18 105	29	28%	97%	96%	1,129	1,124
Soins aigus et de base, pédopsychiatrie, soins de spécialité	12 455	30	19%	92%	93%	1,068	1,072
Catégorie d'âge							
Moins de 18 ans	6690	40	10%	105%	100%	1,448	1,388
18 à 64 ans	49 601	32	76%	100%	101%	0,983	0,984
65 ans et plus	9196	38	14%	94%	97%	1,049	1,082

⁵ K111, y compris cliniques psychiatriques universitaires

7 Autres analyses en rapport avec l'évolution de la structure tarifaire

7.1 Cas médico-légaux

Une analyse annuelle s'occupe de la représentation des cas attribués au domaine de la médecine légale. Les questions relatives à la qualité des données, aux caractéristiques communes des patients et à la qualité de la représentation sont ici au premier plan. Cette section traite des résultats sur la base de l'année des données 2021. Il convient toutefois de noter que les messages clés sont identiques à ceux des analyses de l'année précédente. Nous allons nous pencher brièvement sur la délimitation de la patientèle, avant d'aborder les indicateurs statistiques.

SwissDRG SA définit un cas médico-légal comme un cas dont la variable 3.5.V04 (domaine de traitement) de la statistique médicale a reçu un 5 (= médecine légale) à l'évaluation. Elle collecte des informations supplémentaires sur les cas médico-légaux au moyen du relevé détaillé. Ces informations ayant été remplies non seulement sur une base volontaire mais aussi le plus souvent de manière incomplète, il n'a pas été possible d'en tirer des informations supplémentaires, ou seulement de manière isolée. La variable 3.5.V04 a permis d'identifier en 2021 un total de 364 cas médico-légaux provenant de 7 cliniques différentes, dont 250 ont été classés comme cas plausibles.

Tableau 13: Analyse des données sur les cas médico-légaux

	Cas médico-légaux
Nombre de cas	364
Coûts journaliers moyens	860
Coûts journaliers médians	805
Écart-type coûts journaliers	1351
Durée moyenne de séjour	230
Durée médiane de séjour	33
Écart-type durée de séjour	443

Il ressort du Tableau 13 que les cas médico-légaux se caractérisent par des coûts journaliers légèrement plus élevés⁶ et des durées moyennes de séjour fortement augmentées. En outre, les écarts-types très élevés des coûts et de la durée de séjour sont particulièrement visibles. Un écart-type élevé indique que la patientèle n'est pas homogène. En outre, il s'est avéré que les chiffres clés variaient fortement d'une clinique à l'autre. En ce qui concerne les caractéristiques des patients, les cas médico-légaux sont répartis entre les TP21, TP24, TP25 et TP26, le TP25 étant de loin celui qui rassemble le plus de cas. Jusqu'à présent, il n'a pas été possible de trouver d'autres caractéristiques spécifiques à un groupe de patients qui permettraient de les représenter dans un PCG séparé.

Pour les raisons susmentionnées, il ne semble pas opportun à SwissDRG SA, à l'heure actuelle, de procéder à une nouvelle différenciation des cas médico-légaux au niveau de la logique de groupage ou du calcul, malgré un sous-financement de cette patientèle avec le taux de base hypothétique de CHF 741.

⁶ Selon REKOLE, les coûts liés aux mesures de sécurité dans le domaine médico-légal ne doivent pas être imputés au cas administratif et ne sont donc pas inclus dans les données de SwissDRG SA.

À l'avenir, les questions suivantes devront être abordées:

- Est-il possible de distinguer les cas de patients issus de l'exécution des mesures, de patients détenus ainsi que de patients placés à des fins d'assistance, qui ont été livrés en tant que cas médico-légaux?
- Dans quelle mesure la délimitation des coûts par rapport aux mesures de sécurité est-elle efficace? Les cas dont les coûts liés aux mesures de sécurité ne sont pas complètement délimités ne devraient pas être utilisés pour le développement de la structure tarifaire.
- Jusqu'à présent, aucun patient médico-légal de Suisse romande n'a pu être identifié. Un échange approfondi doit avoir lieu à ce sujet dans le cadre de la livraison des données.

7.2 Analyse des codes CHOP

Une analyse des codes CHOP a été réalisée afin de déterminer dans quelle mesure un lien aux prestations basé sur la CHOP peut être démontré dans les données. Les codes des évaluations HoNOS/CA ainsi que les codes relatifs aux rémunérations supplémentaires (codes de sortie d'essai, de traitement 1:1 et d'électroconvulsivothérapie) n'ont pas été pris en compte dans cette analyse. Dans les données 2021, 43% des cas contiennent au moins un autre code CHOP en plus des codes CHOP exclus. Parmi les codes CHOP saisis, 51% des codes relèvent du chapitre 94 «Mesures en relation avec le psychisme». Environ la moitié des cliniques présentent en moyenne un code CHOP ou moins par cas et il n'y a qu'un petit nombre de cliniques avec trois codes CHOP ou plus par cas.

SwissDRG SA n'est pas en mesure d'évaluer à quoi est dû ce lien parfois faible des prestations avec les codes CHOP. Cela pourrait s'expliquer par une offre de traitement simple, des difficultés dans les interfaces des systèmes d'information des cliniques ou, plus fondamentalement encore, par la non-saisissabilité des prestations fournies parce qu'elles ne figurent pas encore dans le catalogue CHOP. SwissDRG SA continuera à surveiller l'évolution de la qualité des données et mettra d'autres mesures en œuvre pour augmenter le rattachement des prestations au catalogue CHOP. Parmi les efforts qui ont déjà fait leurs preuves, on peut citer les échanges réguliers entre cliniques ainsi que l'organisation d'ateliers, la correspondance et l'aide dans le processus de collecte des données ainsi que les retours d'information en temps réel. Enfin, SwissDRG SA soutient le développement de nouveaux codes CHOP en collaborant au groupe de travail compétent.