



Modifications de la version SwissDRG 13.0 par rapport à la version 12.0

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

Table des matières

INTRODUCTION	3
1. COLLECTE DES DONNÉES	3
1.1. ADAPTATION DU CODAGE MÉDICAL.....	3
1.2. SAISIE DES SUBSTANCES ET MÉDICAMENTS ONÉREUX	3
1.3. RELEVÉ DÉTAILLÉ.....	3
2. TRAITEMENT DES DONNÉES	4
2.1. FICHER DES COÛTS PAR CAS	4
2.2. CORRECTION SUR LA BASE DES COMPOSANTES DE COÛTS	4
2.3. EXAMEN DE LA PLAUSIBILITÉ DES CAS	4
2.4. QUALITÉ DES DONNÉES DU RELEVÉ DÉTAILLÉ	4
3. DÉVELOPPEMENT DU GROUPEUR	6
3.1. APERÇU DES AXES DE DÉVELOPPEMENT DE LA VERSION 13.0.....	6
3.1.1. <i>Perfectionnement de la représentation de la médecine intensive</i>	6
3.1.2. <i>Paraplégie</i>	13
3.1.3. <i>Matrice CC</i>	16
3.1.4. <i>Adaptations de la méthode de calcul</i>	16
3.2. RÉVISION DE LA CLASSIFICATION DRG	17
3.2.1. <i>Cas très coûteux</i>	17
3.2.2. <i>Restructurations inter-MDC – pré-MDC</i>	17
3.2.3. <i>Autres restructurations indépendantes des MDC</i>	19
3.2.4. <i>Maladies et troubles du système nerveux MDC 01</i>	23
3.2.5. <i>Maladies et troubles de l'oreille, du nez, de la bouche et de la gorge MDC 03</i>	24
3.2.6. <i>Maladies et troubles des organes respiratoires MDC 04</i>	25
3.2.7. <i>Maladies et troubles de l'appareil circulatoire MDC 05</i>	26
3.2.8. <i>Maladies et troubles des organes digestifs MDC 06</i>	27
3.2.9. <i>Maladies et troubles du système hépatobiliaire et du pancréas MDC 07</i>	30
3.2.10. <i>Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique MDC 08</i>	31
3.2.11. <i>Maladies et troubles de la peau, du tissu sous-cutané et de la glande mammaire MDC 09</i>	34
3.2.12. <i>Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques MDC 10</i>	35
3.2.13. <i>Maladies et troubles des organes urinaires MDC 11</i>	35
3.2.14. <i>Organes génitaux masculins MDC 12</i>	36
3.2.15. <i>Organes génitaux féminins MDC 13</i>	36
3.2.16. <i>Nouveau-nés MDC 15</i>	38
3.2.17. <i>Affections du sang, des organes hématopoïétiques et du système immunitaire MDC 16</i>	38
3.2.18. <i>Néoformations hématologiques et solides MDC 17</i>	39
3.2.19. <i>VIH MDC 18A</i>	39
3.2.20. <i>Maladies infectieuses et parasitaires MDC 18B</i>	39
3.2.21. <i>Maladies psychiques MDC 19</i>	39
3.2.22. <i>Traumatisme multiple MDC 21A</i>	40
3.2.23. <i>Blessures, empoisonnements et effets toxiques dus aux drogues et médicaments MDC 21B</i> .	40
3.2.24. <i>Rémunérations supplémentaires – nettoyage des coûts</i>	41
3.2.25. <i>Rémunérations supplémentaires – modifications</i>	41
3.3. APERÇU DE LA PROCÉDURE DE DEMANDE	43
3.4. CONCLUSION.....	43
4. MÉTHODE DE CALCUL	44
4.1. DÉTERMINATION DES COST-WEIGHTS	44
4.2. CALCUL DE LA VALEUR DE RÉFÉRENCE	44
4.3. CALCUL DES SUPPLÉMENTS ET RÉDUCTIONS	44



ANNEXE A: CHIFFRES-CLÉS CONCERNANT LE DÉVELOPPEMENT DU SYSTÈME 46

INTRODUCTION 46

BASE DES DONNÉES 46

QUALITÉ DU SYSTÈME..... 48

Introduction

Le présent document fait état des changements qui ont été entrepris entre la version 13.0 (données de 2021) et la version 12.0 (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 Swiss-DRG 13.0. Les données détaillées concernant les différents points peuvent être consultées dans les documents respectifs.

1. Collecte des données

Contrairement à l'année précédente, les données relatives aux coûts et aux performances de l'année 2021 ont pu être utilisées pour le développement du système. Ce faisant, la collecte de données a été adaptée en ce qui concerne les instruments de codage en vigueur en 2021. De plus, le relevé détaillé des coûts pour les médicaments onéreux, les implants, les procédés, les produits sanguins et autres procédures est en constante évolution.

1.1. Adaptation du codage médical

Les classifications suivantes étaient en vigueur pour l'année des données 2021:

- CIM10 GM 2021
- CHOP 2021

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 2021 et des substances ont été ajoutées ou retirées.

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 ou retiré pour le domaine des soins aigus stationnaires. Les rémunérations supplémentaires ont été perfectionnées à l'aide des données de coûts de l'année 2021. En outre, les données relatives au prix des médicaments ont été rendues plausibles à l'aide des listes des spécialités (LS) de 2022 et 2023.

2. Traitement des données

Le processus de traitement des données est présenté dans le document Directives données 2021, 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 2021 dans le format à 80 colonnes, comme l'année précédente (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 13.0 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 utilisés pour le développement du système n'ont soit pas de coûts pour la recherche et l'enseignement universitaire (FuL), soit corrigent les coûts encourus en interne avant la livraison des données à SwissDRG SA. Aucune correction n'a dû être effectuée par SwissDRG SA.

2.3. Examen de la plausibilité des cas

Dans le cadre de la livraison de données de 2021, 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.

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 pas être toujours 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. L'utilisation des prix de la LS est indiquée dans le document sur le détail des rémunérations supplémentaires. En outre, le document contient, en plus des données détaillées, d'autres mesures de répartition statistiques (quantiles, moyenne, écart-type) des données de prix livrées. En raison de l'adaptation régulière de la 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. Dans certains cas, les prix de la version précédente (version 12.0) ont été pris en compte pour le calcul s'il n'y avait que peu de données.

Les différents hôpitaux fournissent des prix qui correspondent manifestement au prix de la LS sans TVA. SwissDRG SA le signale aux hôpitaux, 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.

Dans l'ensemble, on peut constater que la qualité des données s'améliore constamment grâce aux mesures décrites et nous sommes en contact permanent avec les hôpitaux pour poursuivre cette évolution vers une meilleure qualité des données. De plus, les données fournies chaque année à SwissDRG SA sont soumises à un contrôle strict. La préparation des données finales utilisées fait toujours l'objet d'un examen critique et donne lieu à des améliorations chaque année.

3. Développement du Grouper

3.1. Aperçu des axes de développement de la version 13.0

L'objectif principal de ce perfectionnement était une révision complète de la représentation des cas de traitement de soins intensifs, avec en particulier le remplacement des heures de ventilation artificielle comme caractéristique de regroupement. La représentation des cas très coûteux a ainsi été également améliorée.

Des analyses approfondies des données de cas et de coûts ainsi que de nombreux commentaires d'utilisateurs ont permis d'améliorer la qualité de représentation des cas de traitement de patients paraplégiques.

Le perfectionnement dans le domaine de la médecine pédiatrique s'est poursuivi et la matrice CC a également été complètement révisée.

Les cas déficitaires ont à nouveau fait l'objet d'une large analyse. En outre, une observation par DRG des écarts de coûts et de rémunération hypothétique par rapport à la dispersion des coûts a permis d'identifier des cas qui présentaient des faiblesses pour la représentation. Il en résulte de meilleures possibilités de représentation en particulier pour les cas impliquant des opérations en plusieurs temps ou des traitements sous vide.

La méthode de calcul a été adaptée après un contrôle approfondi.

3.1.1. Perfectionnement de la représentation de la médecine intensive

Avec les données de l'année 2019, des analyses approfondies ont déjà été menées en étroite concertation avec la Société Suisse de Médecine Intensive dans le but de renoncer par la suite aux heures de ventilation artificielle comme caractéristique de regroupement. Ces simulations étaient motivées d'une part par le perfectionnement des méthodes de traitement en médecine intensive et d'autre part par la difficulté croissante de formuler les règles de codage pour la saisie des heures de ventilation artificielle sans laisser de place aux interprétations, ce qui a donné lieu à de nombreuses demandes de la part des organismes payeurs. En outre, les heures de ventilation artificielle sont représentées par la saisie des points de dépense pour le traitement complexe de soins intensifs.

Il s'est avéré que les cas de traitement pouvaient être représentés de manière adéquate par le biais des points de dépense du traitement complexe de soins intensifs et qu'il était judicieux de renoncer aux heures de ventilation artificielle dans les logiques des DRG. Après la confirmation de ce résultat également sur la base des données de l'année 2021, les DRG utilisés pour représenter les soins intensifs ont été révisés dans l'ensemble des MDC. Pour ce faire, plus de 1000 simulations ont été nécessaires au total. Les logiques pour les heures de ventilation artificielle dans les DRG ont été supprimées progressivement et de nouveaux éléments ont été établis dans la logique si nécessaire.

La problématique décrite des points de dépense trop peu différenciés du traitement complexe en USI et U-IMC pour les nouveau-nés et les enfants est surtout apparue en cas de faible nombre de points. L'ajout de trois nouveaux intervalles dans les groupes CHOP 99.B7.4* et 5* «*Traitement complexe de médecine intensive...*» et 99.B8.4* et *5 «*Traitement complexe... en unité de soins intermédiaires [U-IMC]...selon le nombre de points de dépense*» pour les nouveau-nés et les enfants à compter du catalogue CHOP 2022 permet de mieux représenter également les cas avec de plus faibles points de dépense. Pour la version catalogue V13.0, des caractères de remplacement sous la forme de «*Ventilation artificielle > 24 heures*» ou «*Ventilation artificielle > 12 heures*» ont été laissés dans un premier temps dans le DRG de base E90 de la MDC 04 ainsi que dans le DRG de base P60 de la MDC 15. Ces caractères

de remplacement sont remplacés par «*Traitement complexe de soins intensifs nouveau-nés/enfants > 130 points*» avec la version de planification 1.

Pré-MDC

Dans la pré-MDC en particulier, beaucoup de conditions de split contenaient «*Ventilation artificielle > ... heures*». Ces parties ont été remplacées comme suit:

- DRG A01A: la condition «*Ventilation artificielle > 59 heures*» a été remplacée par «*Traitement complexe de soins intensifs > 360 points*».
- DRG de base A06: «*Ventilation artificielle > 999 heures ou ventilation artificielle > 499 heures avec situations hautement complexes particulières*» a été remplacé par «*Traitement complexe de soins intensifs > 2940/3320 points avec situations hautement complexes particulières*».
- La condition «*Ventilation artificielle > 499 heures avec situations très coûteuses ou particulières*» a été remplacée par «*Traitement complexe de soins intensifs > 2352/2484 points avec situations très coûteuses ou particulières*».
- En outre, les points de dépense U-IMC ont été augmentés à «*Traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 4900/5520 points*» et des adaptations ont été apportées à la logique step up/step down. Dans ces logiques, les points de dépense USI ont été respectivement abaissés d'un code CHOP.
- DRG A06A-B: «*Ventilation artificielle > 1499 heures*» et «*ou âge < 16 ans*» ont pu être supprimés sans remplacement en raison des conditions de split déjà existantes. Les points de dépense U-IMC ont également pu être supprimés sans remplacement et n'ont pas entraîné de déplacements de cas.
- DRG de base A07: «*Ventilation artificielle > 499 heures*» a été supprimé et, en conséquence, les points de dépense USI abaissés à «*Traitement complexe de soins intensifs > 1470/2208 points*». La condition «*ou traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 3430/3680 points*» a été ajoutée.
- DRG A07A: «*Ventilation artificielle > 499 heures avec traitement sous vide complexe*» a été remplacé par «*Traitement complexe de soins intensifs > 2058/2484 points avec traitement sous vide complexe*».

Une revalorisation dans le DRG A07A comprend en outre désormais:

- d'autres interventions hautement complexes, telles que les transplantations,
 - la fonction «*Procédure opératoire complexe en quatre temps*»,
 - «*Traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 3430/4600 points*» et
 - des cas avec séjour en USI et U-IMC en raison de la logique step down/step up avec «*traitement complexe de soins intensifs > 1764/2208 points avec traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 1470/1932 points*».
-
- DRG A07B: les cas avec «*Traitement sous vide hautement complexe*» sont désormais regroupés dans le DRG A07B. Suite à d'autres analyses approfondies, la condition de split «*Traitement complexe de soins intensifs > 1764/2484 points ou âge < 16 ans avec CC les plus sévères*» est également regroupée dans le DRG A07B.
 - DRG A07C: des analyses approfondies ont montré que le DRG A07C actuel et le DRG A07D utilisé jusque-là ne présentent plus de caractéristique séparatrice de coûts. Ces deux DRG ont donc été fusionnés dans le DRG A07C.
 - DRG A05A: la condition «*ventilation artificielle > 179 heures*» a été remplacée par «*traitement complexe de soins intensifs > 1176/1380 points*» et la logique step down/step up «*ou traitement complexe de soins intensifs > 980/1140 points avec traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 392/552 points*». En outre, la condition utilisée jusque-là «*ou ECMO*

avec ventilation artificielle > 95 ou < 500 heures ou traitement complexe de soins intensifs > 196/552 points» a été remplacée par la condition «*ou ECMO avec traitement complexe de soins intensifs > 392/552 points*».

- DRG de base A11: dans la logique extrêmement complexe de ce DRG de base, toutes les parties de la logique avec des conditions liées à la ventilation artificielle ont été révisées et simplifiées dans l'ensemble. La condition «*Ventilation artificielle > 249 heures*» a été supprimée. Plusieurs conditions liées à la ventilation artificielle qui étaient associées à d'autres situations ont également été supprimées ou adaptées. Ainsi, l'une des conditions est désormais «*Traitement complexe de soins intensifs > 980/1380 points avec implantation de pompe cardiaque ou procédures opératoires complexes ou diagnostic principal de septicémie*». La condition «*...ou diagnostic principal de septicémie*» associée aux points de dépense USI a été ajoutée, car ces cas étaient jusque-là sous-rémunérés.

La condition «*Ventilation artificielle > 95 heures avec âge < 16 ans ou procédures opératoires complexes en plusieurs temps*» a été remplacée par «*Traitement complexe de soins intensifs > 784/828 points*» avec:

- «*âge < 16 ans*» ou
- «*procédures opératoires complexes en plusieurs temps*» ou
- «*interventions sur plusieurs localisations*» ou
- «*procédures opératoires particulières en quatre temps*».

Dans la condition «*Ventilation artificielle > 95 heures avec traitement complexe de soins intensifs > 980/1140 points et néoformations hématologiques ou procédures opératoires particulières avec procédures de complication pré-MDC*», la ventilation artificielle a été supprimée. La fonction «*ou procédures opératoires particulières en plusieurs temps*» a été ajoutée.

De plus, certaines interventions sur la colonne vertébrale associées aux points de dépense USI «*Traitement complexe de soins intensifs > 980/1104 points*» ont été revalorisées dans le DRG de base A11.

- DRG A11A-B: en raison de conditions de split déjà existantes, plusieurs conditions liées à la ventilation artificielle ont ici pu être supprimées sans être remplacées. Suite à des analyses approfondies, des points de dépense USI «*Traitement complexe de soins intensifs > 784/828 points*» ont été ajoutés et ainsi revalorisés avec les codes CHOP 37.69.6* «*Durée de traitement avec un système d'assistance cardio-vasculaire, avec pompe, sans fonction d'échange gazeux, intracorporel, univentriculaire et biventriculaire, de plus de 480 heures*».
- DRG A11C: suite à des restructurations étendues dans le DRG de base A11 et des analyses approfondies, le split par âge < 6 ans n'était plus séparateur de coûts dans le DRG A11C et a été supprimé.

MDC 01

- DRG de base B90: la condition liée à la ventilation artificielle a pu être supprimée sans remplacement.
- En raison de restructurations dans la pré-MDC et les déplacements de cas dans le DRG de base B36 qui en résultent, d'autres restructurations étaient nécessaires dans la MDC 01.
- DRG B36A: les points de dépense USI pour le DRG B36A ont été abaissés à «*traitement complexe de soins intensifs > 1176/1380 points*».
- DRG B36B: les points de dépense USI pour les nouveau-nés et les enfants ont été abaissés à «*traitement complexe de soins intensifs > 588 points*».
- De même, l'ordre a été modifié si bien que le DRG A11B est consulté avant l'affectation à la MDC dans le DRG B36A.
- DRG B36C: les points de dépense U-IMC pour le DRG B36C n'étant plus séparateurs de coûts, ils ont été supprimés.

MDC 04

- DRG de base E01: la condition «*radiothérapie avec ventilation artificielle > 24 heures*» a été supprimée sans remplacement. En raison de restructurations dans la pré-MDC et des déplacements de cas dans la MDC 04 qui en résultent, d'autres analyses et restructurations étaient nécessaires dans la MDC 04.
- DRG de base E36: la logique pour le DRG de base E36 a également été élargie avec la fonction «*procédures opératoires particulières en quatre temps*».
- DRG E36A: la condition «*Ventilation artificielle > 95 heures*» a été remplacée par:
 - ou «*CC les plus sévères*»
 - ou «*procédures opératoires particulières en quatre temps*»
 - ou «*traitement sous vide I*»
 - ou «*traitement complexe d'agents infectieux multirésistants plus de 21 jours de traitement*»
 - ou «*traitement complexe de soins intensifs > 588/552 points avec traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 392/552 points*».
- DRG E36A-B: pour les DRG E36A et B, la condition de split a été élargie avec les fonctions «*Procédures opératoires particulières en plusieurs temps*» et «*Procédures opératoires complexes*».
- DRG E36C: en raison de revalorisations des «*procédures opératoires complexes*» dans le DRG E36B et du PCCL > 5 dans le DRG E36A, ces conditions ont été supprimées pour le DRG E36C. À leur place, les conditions «*traitement complexe de soins intensifs > 360 points*» ou «*traitement complexe de soins intensifs > 196/184 points avec traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196/184 points*» sont désormais regroupées dans le DRG E36C.
- DRG E86A: dans le cadre des analyses menées en raison de la restructuration de la ventilation artificielle, des cas se trouvant dans le DRG E86A à un jour d'hospitalisation utilisé jusque-là sont apparus sous-rémunérés. Suite à cette observation, le DRG E86A a été divisé et les cas avec «*traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires 60 à 119 points et transfert*» sont désormais regroupés dans le nouveau DRG E86A.
- DRG de base E87: les cas avec «*traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires 60 à 119 points*» et plus d'un jour d'hospitalisation sont désormais regroupés dans le DRG de base E87. Ce changement a donné lieu à un groupe de cas non homogène dans le DRG E87Z. En conséquence, ce DRG a été divisé. Au moyen des conditions de split «*traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 119 points et plus d'un jour d'hospitalisation*» ou «*PCCL > 2*», les cas coûteux sont désormais affectés au DRG E87A où ils sont représentés de manière adéquate.
- DRG de base E90: une représentation des cas avec un faible nombre de points de dépense USI ou U-IMC n'étant possible qu'à partir du catalogue CHOP 2022, la condition «*Ventilation artificielle > 24 heures*» a dans un premier temps été laissée dans le DRG de base E90 en remplacement de «*traitement complexe de soins intensifs nouveau-nés/enfants > 130 points*» en association avec «*âge < 16 ans et plus d'un jour d'hospitalisation*».
- DRG E90B: la condition «*Ventilation artificielle > 95 heures*» pour le DRG E90B a pu être supprimée sans remplacement.

MDC 05

- DRG F36A: la condition «*Ventilation artificielle > 95 heures avec traitement complexe de soins intensifs > 392/552 points avec procédure opératoire complexe ou traitement complexe de*

soins intensifs > 980/1104 points» a été remplacée par la condition «*Interventions vasculaires complexes avec cœur-poumon artificiel*».

- Dans les analyses, il s'est avéré que des cas avec un nombre de points de dépense USI élevés ou des procédures en plusieurs temps présentent une sous-rémunération. Pour cette raison, le DRG F36A existant a été divisé et les conditions «*traitement complexe de soins intensifs > 1176/1380 points*» ou «*traitement complexe de soins intensifs > 784/828 points avec procédures opératoires particulières en plusieurs temps*» sont désormais regroupées dans le nouveau DRG F36A.

MDC 08

- DRG I12A: les points de dépense USI/U-IMC dans la condition de split pour le DRG I12A «*Infection/inflammation des os et des articulations avec différentes interventions...*» ont été réhaussés de «*traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires 120 à 184 points*» à «*traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires 120 à 552 points*».
- DRG I87A: la condition «*ventilation artificielle > 24 heures*» a été remplacée par «*traitement complexe de soins intensifs adultes 361 à 552 points*» pour le DRG I87A.

MDC 15

- DRG de base P03: la condition «*ventilation artificielle > 95 heures*» a été remplacée par la condition «*traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 980 points*» pour une représentation adaptée aux dépenses engagées.
- DRG P03A: l'abaissement des points de dépense USI à «*traitement complexe de soins intensifs > 1764 points*» a permis de supprimer la condition «*ventilation artificielle > 479 heures*» pour le DRG P03A. En outre, la condition de split pour le DRG P03A a été élargie avec «*traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 2352 points*» et «*ou traitement complexe de soins intensifs > 980 points avec traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 1176 points*» et «*ou traitement complexe de soins intensifs > 1176 points avec traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 588 points*».
- DRG P03B-C: en raison de la modification des conditions de split dans le DRG de base P03 et le DRG P03A, aucun séparateur de coûts n'était plus visible dans les DRG P03B et P03C. Ainsi, ces deux DRG ont été fusionnés en un DRG P03B «*Nouveau-né, poids à l'admission 1000 - 1499 g avec procédure opératoire significative ou traitement complexe de soins intensifs > 392 points ou traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 980 points*».
- DRG de base P04: la condition «*ventilation artificielle > 95 heures ou traitement complexe de soins intensifs > 392 points*» a été remplacée par «*traitement complexe de soins intensifs > 588 points ou traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 784 points ou âge gestationnel < 33 semaines*».
- DRG P04A-B: en raison de la restructuration dans le DRG de base P04, les points de dépense USI ont été revalorisés à > 588 points dans le DRG P04B.
- DRG P04A: la «*ventilation artificielle > 240 heures*» a été remplacée par les conditions suivantes:
 - «*traitement complexe de soins intensifs > 980 points*» ou
 - «*traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 1470 points*» ou
 - «*traitement complexe de soins intensifs < 784 points avec traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 588 points*»
- DRG de base P05: en raison des conditions déjà existantes, les heures de ventilation artificielle pertinentes pour le groupage ont été supprimées sans remplacement.
- DRG P05A-C: les conditions «*traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 1470 points*» et «*ou traitement complexe de soins intensifs > 196 points avec traitement*

complexe en unité de soins intermédiaires > 392 points» ont permis le remplacement de la condition «*ventilation artificielle > 95 heures*» pour les DRG P05A-C. En outre, le tableau «*Procédure opératoire significative*» a été révisé et adapté. Certaines interventions peu coûteuses ont été dépréciées.

- DRG P05A: la «*ventilation artificielle > 240 heures*» a été remplacée par les conditions suivantes:
 - «*traitement complexe de soins intensifs > 980 points*» ou
 - «*traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 1176 points*»

- DRG de base P37: afin d'obtenir une représentation adéquate des cas coûteux dans la MDC 15, les points de dépense USI ont été abaissés de «*traitement complexe de soins intensifs > 4900 points*» à «*traitement complexe de soins intensifs > 4410 points*». Les points de dépense U-IMC ont été laissés à «*traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 4900 points*».
- DRG de base P60: une représentation des cas avec un faible nombre de points de dépense USI ou U-IMC n'étant possible qu'à partir du catalogue CHOP 2022, la condition «*ventilation artificielle > 24 heures*» a été abaissée à «*ventilation artificielle > 12 heures*» dans le DRG de base P60 et laissée dans un premier temps en remplacement de «*traitement complexe de soins intensifs nouveau-nés/enfants > 130 points*».
- DRG P60A-B: suite aux analyses réalisées, la condition de split pour les DRG P60A et P60B a été élargie à «*Problèmes graves chez le nouveau-né et transfert à l'admission*».
- DRG P60C: en raison des restructurations indiquées ci-dessus, un groupe de cas non homogène a été identifié dans le DRG P60C. Après de nombreuses analyses, le séparateur de coûts a pu être identifié. Ainsi, le DRG existant P60C a été divisé. Les conditions de split suivantes sont regroupées dans le nouveau DRG P60C:
 - «*mode d'admission transfert dans les 24 heures*» ou
 - «*transféré (d'un autre hôpital)*» ou
 - «*plusieurs problèmes graves chez le nouveau-né*».En raison du split du DRG P60C, le DRG P60C existant devient le DRG P60D qui est également le nouveau «*DRG maison de naissance*».

- DRG de base P61: en raison des restructurations dans la MDC 15, la condition de split dans le DRG de base P61 a été élargie avec «*traitement complexe de soins intensifs > 2940 points avec âge gestationnel < 30 semaines*».
- DRG P61A: pour le DRG P61A, la logique step down/step up «*traitement complexe de soins intensifs > 2940 points avec traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196 points*» a également été introduite.
- DRG de base P65: la condition «*ventilation artificielle > 24 heures*» a été remplacée par la condition «*traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 588 points*».
- DRG de base P66: la condition «*ventilation artificielle > 24 heures*» pertinente pour le groupage pour les DRG P66A et P66B a pu être supprimée sans remplacement en raison des conditions de split déjà existantes.
- DRG de base P67: dans le DRG de base P67 également, la condition «*ventilation artificielle > 24 heures*» a pu être supprimée sans remplacement en raison des conditions déjà existantes pour le DRG P67A.
- Dans le cadre des nombreuses analyses approfondies et en raison d'une demande, l'ajout des codes CHOP 93.9F.12 et 93.9F.22 «*Assistance respiratoire par utilisation de lunettes nasales haut débit (système HFNC) chez ...* » dans les fonctions «*Problème grave chez le nouveau-né*» et «*Plusieurs problèmes graves chez le nouveau-né*» a fait l'objet d'un examen. Les

analyses ont confirmé l'utilisation supplémentaire de ressources et ces codes CHOP ont été ajoutés dans les fonctions.

- Les analyses ayant également fait apparaître que des diagnostics particuliers ne généraient pas une utilisation supplémentaire de ressources dans la MDC 15, les codes CIM:
 - I27.28 «Autres hypertensions pulmonaires secondaires précisées»
 - I27.8 «Autres affections cardiopulmonaires précisées»
 - I27.9 «Affection cardiopulmonaire, sans précision»ont été supprimés des fonctions «Problèmes graves chez le nouveau-né» et «Plusieurs problèmes chez le nouveau-né».

MDC 18B

- DRG de base T36: la condition «ventilation artificielle > 95 heures» a été remplacée par la condition «traitement complexe de soins intensifs > 196/360 points avec dialyses continues > 24 heures». La fonction «dialyse» n'a pas permis de déplacements de cas adaptés. Ainsi, comme on peut le voir dans les données, seules les dialyses continues en combinaison avec les points de dépense USI ont été ajoutées pour le DRG de base T36.
- DRG T36A-B: ici, la condition de split a été complétée par «traitement complexe de soins intensifs > 392/828 points et dialyse ou traitement sous vide».
- DRG T36A: les analyses ont montré que des cas avec interventions en plusieurs temps étaient sous-rémunérés. Ces cas ont donc été revalorisés dans le DRG T36A avec la condition de split «traitement complexe de soins intensifs > 784/828 points avec procédures opératoires particulières en plusieurs temps».

MDC 21A

- DRG de base W01: la condition «ventilation artificielle > 72 heures» a été remplacée par la condition «traitement complexe de soins intensifs > 196/360 points et procédure opératoire». Cette restructuration a permis de revaloriser également des cas coûteux du DRG de base W61 «Traumatisme multiple» dans le DRG de base W01.
- DRG W01A: la condition «ventilation artificielle > 120 heures» pertinente pour le groupage a pu être supprimée sans remplacement en raison des conditions de split déjà existantes. La condition «ventilation artificielle > 72 heures avec traitement complexe de soins intensifs > 392/552 points» a été remplacée comme suit:
 - «interventions neurochirurgicales» ou
 - «interventions sur la colonne vertébrale» ou
 - «procédure opératoire complexe en plusieurs temps» ou
 - «procédure opératoire particulière en quatre temps».
- DRG de base W02: dans le cadre de la restructuration de la ventilation artificielle, des cas coûteux se trouvant dans le DRG W02 sont apparus sous-rémunérés. Les analyses ont montré en particulier des cas avec plusieurs interventions au cours d'une hospitalisation comme n'étant pas représentés de manière adaptée aux coûts. Le DRG W02A existant a été divisé et ces cas très coûteux avec
 - «procédures opératoires complexes en plusieurs temps» ou
 - «procédures opératoires particulières en quatre temps»sont désormais regroupés dans le nouveau DRG W02A «Traumatisme multiple avec procédure de complication ou intervention sur plusieurs localisations ou traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 392/552 points et procédure opératoire complexe en plusieurs temps ou particulière en quatre temps».

- DRG de base W60: le DRG de base W60 «*Traumatisme multiple, décédé < 5 jours après admission*» contient également des cas très coûteux.
Ces cas ont pu être revalorisés avec un split du DRG actuel W60A avec la fonction «*procédure opératoire complexe*».
Les cas «*transférés à la sortie*» dans le DRG de base W60 «*Traumatisme multiple, décédé ou transféré < 5 jours après admission*» ont également été revalorisés.
- DRG W60B: pour le DRG W60B, la logique «*traitement complexe de soins intensifs > 196/119 points*» a également été élargie avec les conditions suivantes:
 - «*traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196/119 points*» ou
 - «*procédure opératoire*»
- DRG W61A: suite aux restructurations dans le DRG de base W01, d'autres restructurations ont été nécessaires. Ainsi, les points de dépense USI pour le DRG W61A ont été abaissés de «*traitement complexe de soins intensifs > 360 points*» à «*traitement complexe de soins intensifs > 184 points*» et la condition «*traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 392/552 points*» a été ajoutée.

MDC 22

- Suite à la suppression sans remplacement des heures de ventilation artificielle dans la fonction «*Brûlures graves*», d'autres restructurations ont été nécessaires.
- DRG de base Y02: pour le DRG de base, la logique «*traitement complexe de soins intensifs > 196/184 points*» a été ajoutée. Pour ce faire, la condition avec points de dépense USI pour le DRG Y62B a été supprimée.
- DRG Y02A: la condition «*ventilation artificielle > 24 heures*» a été supprimée et, à sa place, les points de dépense USI pour les adultes ont été abaissés à «*traitement complexe de soins intensifs > 196/119 points*».
- En raison de ces restructurations, le split pédiatrique «*âge < 6 ans*» n'était plus séparateur de coûts pour le DRG Y62A et les DRG Y62A et Y62B ont été fusionnés pour former le DRG Y62A «*Autres brûlures et plus d'un jour d'hospitalisation, âge < 6 ans ou avec débridement étendu ou brûlure sévère*».

3.1.2. Paraplégie

La difficulté de représentation de cas avec un traitement complexe de patients paraplégiques réside dans la très grande hétérogénéité de ces cas. Selon la hauteur et l'étendue de la lésion de la moelle épinière, il en résulte une perte de fonction pouvant aller jusqu'à la paralysie complète des bras et des jambes, des muscles du tronc et respiratoires, ainsi qu'une perte des fonctions végétatives. D'une part, cela concerne des cas de paraplégie aiguë qui, après la phase initiale aiguë, passent par une réadaptation initiale généralement très coûteuse et de longue durée. Cette réadaptation est souvent effectuée en alternance avec des mesures médicales aiguës (par exemple, plasties de lambeaux, implantation de neurostimulateurs, traitement des infections).

D'autre part, une paraplégie entraîne des séjours hospitaliers répétés même après la phase initiale: par exemple, les opérations orthopédiques, les interventions ou les traitements dus à des escarres (ulcère de décubitus) ou des affections aiguës peuvent entraîner un nouveau séjour à l'hôpital avec une réadaptation ultérieure. Le point commun de ces cas est que la paraplégie et ses affections concomitantes entraînent un besoin accru en soins, indépendamment de toute intervention. En outre, le traitement de réadaptation des patients paraplégiques doit souvent être effectué dans une approche interdisciplinaire (physiothérapie, ergothérapie, thérapie physique, prise en charge psychologique, orthophonie, travail social, etc.) afin d'atteindre à nouveau la plus grande autonomie individuelle possible et une bonne qualité de vie pour les patients.

Les ressources et coûts engagés varient fortement d'un cas à l'autre, en particulier dans le cadre des soins et des mesures de réadaptation nécessaires.

Les discussions intensives avec les centres pour patients paraplégiques et des analyses de cas ciblées ont fourni de nouvelles indications sur les situations problématiques. Pour cette raison, plusieurs sous-divisions ont été établies dans le DRG de base A46 «*Traitement complexe du patient paraplégique*» créé dans la version 11.0. Les lésions de la moelle cervicale ainsi que les interventions chirurgicales coûteuses, notamment, sont désormais établies comme des critères de split séparateurs de coûts.

- De même, les cas de traitement chirurgical et conservateur sans traitement complexe du patient paraplégique ont été revalorisés. Suite à des analyses approfondies et à de multiples restructurations et revalorisations, le DRG de base B61, entre autres, a été révisé et subdivisé. Dans les MDC par organe, de nouveaux splits différenciés avec un diagnostic supplémentaire «*paraplégie*» ont été créés dans de nombreux DRG pour représenter de manière adéquate ces cas de traitement coûteux.

Traitement complexe du patient paraplégique

Les critères de split existants pour le DRG A46 ont fait l'objet d'un contrôle qui a entraîné des fusions et l'implémentation de nouvelles conditions de split séparatrices de coûts.

- Deux fusions ont été effectuées en raison de l'absence de séparation des coûts et d'une structure de coûts similaire. Les DRG A46C et D sont fusionnés pour former le DRG A46C et les DRG A46G et H (en raison de la fusion précédente) pour former le DRG A46F.
- Nouveaux critères de split dans le DRG A46:
 - A46A «*traitement complexe de soins intensifs > 1470/1380 points*»
 - A46B «*hauteur fonctionnelle de la lésion de la moelle épinière*» (lésions de la moelle cervicale), «*traitement de soins infirmiers complexes > 100 points*»
 - A46C «*traitement de soins infirmiers complexes > 50 points*», «*procédures opératoires particulières*»
 - A46E «*procédure opératoire particulière avec traitement complexe du patient paraplégique < 7 jours et ulcère de décubitus*», «*traitement complexe sur la main à partir de 7 jours de traitement*», «*stabilisation ou correction de position de la colonne vertébrale*»
 - A46F «*procédure opératoire particulière avec traitement complexe du patient paraplégique, 7 à 55 jours de traitement*»

D'autres restructurations concernant le DRG A46 ont été mises en œuvre:

Les cas présentant une lésion de la moelle épinière qui remplissaient dans le même temps la condition pour un traumatisme multiple étaient jusque-là regroupés dans la MDC 21A «*Traumatisme multiple*». Il s'est avéré cependant que ces cas n'y étaient pas rémunérés en adéquation avec les coûts.

- Le DRG A46 a été exclu du déplacement de traumatisme multiple, si bien que les cas sont affectés au DRG A46.

Lors de l'implantation d'une pompe à baclofène, les cas avec un traitement complexe de patient paraplégique étaient regroupés dans le DRG A46 où ils étaient cependant plus mal représentés que dans le DRG B22Z «*Implantation d'une pompe à médicaments*».

- Le code CHOP 03.9B.1* «*Implantation ou remplacement d'une pompe de perfusion totalement implantable*» a été ajouté dans la fonction globale «*procédure opératoire complexe*» et profite ainsi d'une revalorisation dans les DRG A46B et A46F.

D'autres codes ont été ajoutés dans la fonction globale des procédures opératoires complexes:

- 58.93.11 «*Implantation de sphincter vésical artificiel*» et 86.7A.4* «*Plastie de glissement-rotation, étendue*»

Les débridements peu étendus sont, dans le domaine de la paraplégie, une forme de traitements coûteuse et pertinente et sont regroupés pour la majorité dans le DRG A46.

- L'ajout des codes 86.2A.1* - 3* «*Débridement chirurgical, étendue petite, étendue modérée et étendue grande*» dans les fonctions globales traitement sous vide (complexe/hautement complexe) et dans certaines procédures opératoires conduit à une revalorisation des cas dans les DRG A46C et A46E.

Partition opératoire

Les cas avec des affections aiguës particulières et lésions de la moelle épinière, sans traitement complexe du patient paraplégique, étaient jusqu'ici regroupés dans le DRG B61.

- Les paraplégies chroniques y ont été désormais également intégrées.
- Le critère «*intervention chirurgicale*» a été ajouté comme condition supplémentaire.
- De nouveaux splits plus différenciés permettent une représentation adéquate.
 - B61A: «*... procédure opératoire complexe en plusieurs temps ou traitement complexe de soins intensifs > 392/552 points ou CC les plus sévères*»
 - B61B: «*... procédure opératoire particulière en quatre temps ou interventions multiples de stabilisation ou de correction de position de la colonne vertébrale ou traitement complexe sur la main*» ou «*traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196/119 points ou CC les plus sévères*»
 - B61C: «*...procédure opératoire complexe ou traitement sous vide ou procédure opératoire particulière en plusieurs temps ou interventions de stabilisation ou de correction de position de la colonne vertébrale (1-2 segments) ou traitement de soins infirmiers complexes à partir de 51 points*»
 - B61D: «*... procédure particulière ou de complication*»

Partition médicale

Outre les cas opératoires, il y a également de nombreux cas dans la partition médicale. Le DRG B60Z a également fait l'objet d'un contrôle à la recherche d'une potentielle différenciation des cas coûteux.

- Il a résulté de ce contrôle la division du DRG B60Z.
- Les cas avec une procédure médicale et plus d'un jour d'hospitalisation sont désormais regroupés dans le DRG B60A.

Il s'est avéré qu'un diagnostic supplémentaire du tableau «*Paraplégie/tétraplégie*» représente également un coût thérapeutique plus élevé, dans les DRG médicaux aussi.

- Dans toutes les MDC, le tableau de diagnostic «*Paraplégie/tétraplégie*» est utilisé comme nouveau critère de split dans la partition médicale, ce qui entraîne une revalorisation des cas.
 - MDC 01: B66A, B70A, B85A
 - MDC 04: E36C, E71B
 - MDC 05: F73A, F75C
 - MDC 06: G86A
 - MDC 08: I61A, I65A
 - MDC 09: J61A
 - MDC 10: K60C, K64A
 - MDC 11: L18A, L60B, L62A, L63A

- MDC 16: Q60B
- MDC 17: R62A
- MDC 19: U64A
- MDC 23: Z86A

3.1.3. Matrice CC

Pour la version 13.0 aussi, les travaux concernant la matrice CCL, les tableaux d'exclusion et les splits PCCL se sont poursuivis et ont conduit à une représentation encore plus différenciée des cas coûteux. Dans le cadre de la procédure de demande, ce sont au total 9 demandes d'adaptation dans la matrice CC qui ont été transmises, dont 8 ont été mises en œuvre autant que possible et seulement 1 a été rejetée. Au total, 17 diagnostics CIM ont été ajoutés dans la matrice CC. 6 diagnostics CIM ont été entièrement supprimés de la matrice CC et 67 diagnostics CIM ont fait l'objet d'une revalorisation ou d'une dépréciation selon le DRG de base. 23 diagnostics dans plus de 3 DRG de base ont connu une dépréciation de diagnostics dans la matrice CC et 15 diagnostics ont été revalorisés dans plus de 3 DRG de base dans la matrice CC. La liste des modifications dans la matrice CC contient plus de détails à ce sujet.

Au total, 13 nouveaux splits PCCL ont été établis, en particulier les cas présentant un PCCL > 2 et un PCCL > 4 ont été revalorisés. Les splits PCCL nouvellement établis sont mentionnés individuellement au point 3.2 «Révision de la classification DRG» dans les MDC correspondantes.

3.1.4. Adaptations de la méthode de calcul

Les coûts principaux/différentiels/mixtes ont été réaffectés. Jusqu'à présent, toutes les composantes de coûts d'utilisation des installations étaient traitées comme des coûts mixtes et tous les coûts de consultation médicale comme des coûts différentiels. Cela s'expliquait en particulier par le fait que, dans l'affectation initiale, il n'existait qu'une seule composante des coûts pour les coûts d'utilisation des installations (CUI) ou des composantes de coûts moins fortement différenciées pour les frais de consultation médicale. Désormais, les composantes de coûts pour consultation médicale et CUI sont traitées de la même manière que leur catégorie principale.

La composante de coûts v103 (Matériel médical) est désormais attribuée de manière dynamique par DRG soit aux coûts mixtes soit aux coûts principaux. Contexte: dans certains DRG sont réalisés des traitements impliquant par exemple une très grande consommation de cathéters et donc des coûts de matériaux élevés. Ces prestations représentent la prestation principale du DRG. Si les coûts de matériaux sont représentés comme des composantes de coûts mixtes, ils sont indirectement pris en compte dans le calcul des suppléments et réductions. Il en résulte des suppléments et des réductions disproportionnellement élevés pour ces DRG.

Désormais, une formule adaptée est prise en compte pour le calcul de la réduction pour transfert journalier. Ce n'est alors plus la durée moyenne de séjour qui est utilisée pour le calcul, mais la durée moyenne de séjour - 1 jour. Ainsi, la réduction pour transfert journalier est avancée d'un jour. Contexte: ces dernières années, nous avons remarqué que la réduction pour transfert journalier aboutissait souvent à une réduction trop élevée et inappropriée pour les cas transférés. Jusqu'à présent, la seule possibilité de réduction était de désigner le DRG comme un forfait de transfert. Toutefois, cette méthode n'était souvent pas adaptée à la problématique, car elle faisait passer les cas concernés d'un financement clairement insuffisant à un net surfinancement.

3.2. Révision de la classification DRG

3.2.1. Cas très coûteux

Des analyses individuelles ont montré qu'en particulier les cas coûteux dans le DRG de base A07 «*Traitement complexe de soins intensifs > 1470/2208 points ou traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 3430/3680 points ou traitement complexe de soins intensifs > 784/828 points avec autres situations coûteuses*» et le DRG de base A43 «*Réadaptation précoce pour coma vigile et syndrome de verrouillage ou réadaptation neurologique précoce à partir de 70 jours de traitement ou traitement sous vide hautement complexe ou traitement complexe en U-IMC > 1764/1932 points ou traitement sous vide complexe avec âge < 16 ans*» n'étaient pas représentés de manière adéquate.

- Les cas avec un «*traitement sous vide hautement complexe*» ont pu être revalorisés dans le DRG A07B.
- Dans le DRG de base A43, les cas coûteux sont désormais également mieux représentés avec la condition «*traitement sous vide complexe et âge < 16 ans*».

Un examen approfondi des données a montré que les cas avec des coûts élevés et une longue durée de séjour présentaient souvent les codes CIM G20.1- et G20.2- «*Maladie de Parkinson*» dans les diagnostics supplémentaires.

- Suite à cet examen, les codes CIM ont pu être revalorisés dans la matrice CC.
- En outre, un nouveau tableau avec les codes CIM a été créé et ajouté dans les DRG de base A95 «*Réadaptation gériatrique aiguë*», E77 «*Infections des voies respiratoires*» et L63 «*Infections des organes urinaires*» en tant que critère de split supplémentaire.

3.2.2. Restructurations inter-MDC – pré-MDC

Les différentes restructurations inter-MDC au sein de la pré-MDC sont déjà mentionnées au point 3.1 Aperçu des axes de développement.

Traitement complexe de médecine palliative

Dans le catalogue CHOP 2020, un nouveau code avait été ajouté pour représenter la «*Prestation de base Soins palliatifs spécialisés*», selon le nombre de jours de traitement». Cette prestation est saisie lorsque les directives pour les «*soins palliatifs spécialisés*» sont satisfaites, mais que les caractéristiques minimales concernant les temps de thérapie ne peuvent être remplies en raison de la situation du patient. Avec les données 2021, il a été possible, pour la version 13.0, de vérifier pour la première fois la consommation de ressources pour cette prestation de base.

- Dans les cas avec une néoformation maligne dans les DRG B66A, D60A, E71A, E71B, E87A, G60A, H61A, J62A et N60A, les codes CHOP «*Prestation de base Soins palliatifs spécialisés*», à partir de 7 jours de traitement» ont pu être ajoutés comme critère de split.
- Une représentation au sein du DRG de base A97 «*Traitement complexe de médecine palliative, à partir de 7 jours de traitement*» ne s'est pas avérée indiquée en raison des coûts.

Suite à une demande, l'ajout du groupe de codes CIM G80.- «*Infirmité motrice cérébrale*» dans le DRG de base A97 a été examiné.

- Cet examen a abouti à l'ajout de ces codes de diagnostic dans le DRG A97E. De plus, cette logique a été élargie à la condition «*CC extrêmement sévères*».

Les analyses ont mis en lumière d'autres cas de figure présentant une consommation élevée de ressources.

- La condition «*Traitement de soins infirmiers complexes à partir de 31 points de dépense*» a pu être revalorisée dans le DRG A97C.

- L'inclusion des interventions complexes des domaines d'organes MDC 03 et MDC 06 dans la fonction «*procédure opératoire complexe*» a permis de revaloriser ces cas à l'intérieur du DRG de base A97.

Transplantation d'organes solides et de cellules souches hématopoïétiques

Des analyses générales des DRG sur l'homogénéité des coûts ont montré que les critères de split pour le DRG A15A «*Transplantation de moelle osseuse ou transfusion de cellules souches, autologue, ...*» ne fonctionnent plus correctement.

- Dans la version 13.0, seuls les cas avec «*âge < 18 ans*» sont regroupés dans le DRG A15A «*Transplantation de moelle osseuse ou transfusion de cellules souches, autologue et âge < 18 ans*».

D'après l'auteur d'une demande, les cas avec une transplantation hépatique ou un sepsis et un séjour en U-IMC avec points de dépense correspondants sont sous-rémunérés dans le DRG A90A «*Traitement complexe en U-IMC > 1176/1104 points ou...*».

- Les analyses ont confirmé une sous-rémunération des transplantations hépatiques dans le DRG A90A.
- En modifiant l'ordre et en consultant ainsi le DRG A01A «*Transplantation hépatique avec...*» avant le DRG A90A, les transplantations hépatiques avec des points de dépense U-IMC ont pu être revalorisées.
- Une sous-rémunération des cas avec un diagnostic principal de «*Septicémie*» dans le DRG A90A n'était pas visible dans les données.

Les conditions de split dans le DRG de base A17 «*Transplantation rénale*» ne couvraient plus les coûts. Une révision des conditions de split a été réalisée et contrôlée.

- Les cas avec des points de dépense USI > 196/184 points ou les cas avec un PCCL > 4 sont désormais regroupés dans le DRG A17A où ils sont représentés de manière adéquate.

Traitement multimodal de la douleur

Les cas de la MDC 19 «*Maladies et troubles psychiques*» sont regroupés en lien avec un traitement multimodal de la douleur dans le DRG de base A92 «*Traitement multimodal de la douleur pour maladies particulières ou..., à partir de 7 jours de traitement sans procédure opératoire*»; dans la MDC 19 les enfants sans traitement multimodal de la douleur étant mieux placés dans le DRG de base U64. Ajout du critère de split «*âge < 16 ans*» dans le DRG A92B. Les enfants ont ainsi pu être mis à un même niveau dans les deux DRG de base U64 et A92.

Réadaptation gériatrique aiguë

Deux demandeurs ont signalé la sous-rémunération de certains cas dans le DRG de base A95 «*Réadaptation gériatrique aiguë*» et souhaité l'examen de ces cas. L'analyse des données a entraîné plusieurs restructurations.

- Le DRG de base I95 «*Implantation d'une endoprothèse pour tumeur ou...*» de la MDC 08 a été exclu du DRG de base A95. Ainsi, ces cas avec une réadaptation gériatrique aiguë continuent d'être regroupés dans la MDC 08.
- Les cas avec un «*traitement sous vide complexe*» sont revalorisés dans le DRG A95A.
- Un simple «*traitement sous vide*» a pu être établi dans la logique pour le DRG A95B.
- Le «*traitement neurologique complexe à partir de 24 heures*» s'est révélé un bon séparateur de coûts pour le DRG A95C. À l'inverse, les cas avec un «*trouble sévère des fonctions motrices*» étaient sous-rémunérés dans le DRG et ont été supprimés du split.
- Le critère de split pour le code A95D a été élargi de «*PCCL > 4*» à «*PCCL > 3*».
- Sur la base des données de coûts, il a été possible dans la version 13.0 de représenter deux fois le DRG A95D dans la logique. Le DRG A95G a été supprimé.

Interventions complexes

Il s'est avéré que les cas avec plusieurs interventions complexes ne sont pas représentés de manière adéquate dans le DRG de base A11.

- Les analyses ont montré que ces cas n'atteignaient pas toujours le nombre minimal de points de dépense USI pour le DRG A11A, où ils seraient pourtant représentés de manière adéquate.
- Ainsi, les conditions de split pour le DRG A11A ont été élargies avec la fonction «*Procédures opératoires complexes en quatre temps*» pour permettre une représentation adéquate de ces cas.

3.2.3. Autres restructurations indépendantes des MDC

VIH

Pendant des années, la MDC 18A «*Infections par le VIH*» a affiché un nombre de cas en baisse constante, si bien que le calcul pour un système tarifaire forfaitaire était de plus en plus difficile.

- Dans la version 13.0, la MDC 18A a finalement été retirée de l'organigramme.
- Les diagnostics principaux pour un «*syndrome d'infection aiguë par VIH*» ont pu être affectés au tableau des diagnostics principaux de la MDC 18B «*Maladies infectieuses et parasitaires*» et au DRG de base T63 «*Affection virale*».
- Pour l'ensemble des MDC, un nouveau tableau avec les codes de diagnostic comme critère de split a été établi dans les DRG B85A; Q60A ainsi que T01B. Au sein de la matrice CC, les diagnostics ont été revalorisés pour certains DRG de base.

Néonatalogie et nourrissons

En raison de la logique du Grouper, les «*enfants > 27 jours et < 366 jours, à partir d'un poids de 2500 g*» ne sont pas regroupés dans la MDC 15 «*Nouveau-nés*». Il a été vérifié dans les données de 2021 comment sont représentés dans les MDC par organe ces enfants prématurés qui présentent le plus souvent une malformation ou une dysfonction organique.

- Ce groupe de cas n'est pas sous-rémunéré sauf dans la MDC 07 et la MDC 17.
- La condition de split «*âge < 1 an*» a pu finalement être établie dans les DRG H01A, R63C et R65B et revalorise ainsi ces cas.

Thérapie par radioligands

Jusqu'à présent, la thérapie par radioligands était représentée dans les DRG de radiothérapie des différentes MDC. Pour des raisons de radioprotection, une courte hospitalisation est nécessaire pour ces thérapies. Cela entraînait cependant une distorsion de la durée de séjour moyenne en comparaison des autres radiothérapies.

- Des analyses ont montré que la consommation de ressources est déterminée par le processus et non par le diagnostic principal.
- De nombreuses analyses approfondies ont démontré qu'il serait possible d'identifier et de représenter de manière adéquate des groupes de cas aux coûts homogènes sur la base des codes CHOP.
- Une représentation indépendante des diagnostics principaux dans la pré-MDC semblait la plus pertinente.
- Création d'un nouveau DRG de base A50 «*Thérapie par radioligands*» avec les codes CHOP 92.28.2* «*Thérapie intravasculaire par radionucléides libres*» et les codes CHOP 92.28.6* «*Radiothérapie à petites molécules*»
- Les codes CHOP sont désormais regroupés dans les DRG suivants:
 - 92.28.25/*26 «*SIRT*» → DRG A50A
 - 92.28.65 «*DOTA*» → DRG A50B

- 92.28.67 «ligands de PSMA» → DRG A50C
- 92.28.24, 92.28.64/*66/*69 → DRG A50D

Interventions sur les structures lymphatiques

Un demandeur a signalé que des interventions sur les structures lymphatiques avec un code CHOP du groupe 40.71 «Réparation et transplantation de structures lymphatiques par anastomose microchirurgicale» impliquaient une utilisation supplémentaire de ressources et n'étaient pas représentées de manière adéquate dans la structure tarifaire.

- Des analyses ont confirmé une sous-rémunération de ces cas dans plusieurs MDC. Une revalorisation de ces interventions a été mise en œuvre comme suit:
- Ajout du code CHOP du groupe 40.71 «Réparation et transplantation de structures lymphatiques par anastomose microchirurgicale» dans la fonction «procédure opératoire complexe» et dans les tableaux avec les représentations des «transplantation de tissu avec anastomose microvasculaire» et «interventions avec anastomose microvasculaire».
- Les analyses réalisées ont mis en évidence une représentation non adéquate de cas avec les diagnostics principaux du groupe CIM I97.8* «Lymphœdème après un acte à visée diagnostique et thérapeutique» dans la MDC 05 «Système circulatoire».
- Ces diagnostics principaux sont désormais regroupés dans la MDC 09 «Peau, tissu sous-cutané et glande mammaire» où ils sont représentés de manière adéquate.

Couverture des tissus mous

Dans le cadre des demandes, des analyses ont montré une représentation non identique des «couvertures temporaires de tissus mous» avec les codes CHOP 86.88* et 86.A2*.

- Des nettoyages de tableaux ont permis d'affecter correctement les codes CHOP en fonction de la taille et de la localisation des couvertures, pour une représentation adéquate.

Traitement sous vide et débridement

En raison d'une demande d'un utilisateur et dans le cadre de la restructuration de la ventilation artificielle, il est apparu que les codes CHOP pour «débridements chirurgicaux...» 85.2C.1* et 86.2A* ne sont pas non plus représentés correctement.

- Des analyses approfondies ont permis le nettoyage de tableaux et l'obtention d'une représentation de ces procédures adaptée aux coûts.

Un utilisateur a demandé la revalorisation des codes CHOP 86.88.1* «Pose ou remplacement chirurgical de système de thérapie par pression négative» et 86.88J* «Pose ou remplacement de système de thérapie par pression négative», en particulier lors d'une réalisation multiple.

- Des analyses ont montré que la réalisation multiple de poses ou remplacements chirurgicaux de systèmes de thérapie par pression négative en association avec le code CHOP 93.57.16 et suivants «Thérapie par pression négative continue, au moins 14 jours de traitement» génère une utilisation supplémentaire de ressources.
- Ainsi, la logique «Pose ou remplacement chirurgical quadruple de système de thérapie par pression négative... avec traitement continu par aspiration..., au moins 14 jours de traitement» a été intégrée dans la fonction «Procédures opératoires particulières en quatre temps».

Fonction globale «Procédures opératoires particulières» et «Procédures opératoires complexes»

Des analyses effectuées sur la base d'une demande pour la MDC 01 ont montré qu'une partie des stimulateurs n'est pas représentée en adéquation avec les coûts dans les fonctions générales «Procédures opératoires particulières» et «Procédures opératoires complexes».

- Ainsi, les codes CHOP 03.93.10-99 «*Implantation ou remplacement d'électrode(s) de neurostimulateur rachidien*» et 02.96 «*Insertion d'électrodes sphénoïdales*» ont été supprimés de la fonction «*Procédures opératoires complexes*».
- Les codes CHOP suivants ont été supprimés de la fonction «*procédures opératoires particulières*»:
 - 02.93.4* «*Révision sans remplacement d'électrodes pour neurostimulation intracrânienne*»
 - 03.99.3* «*Révision sans remplacement d'électrode(s) de neurostimulateur rachidien*»
 - 04.92.10-99 «*Implantation ou remplacement d'électrode(s) de neurostimulateur périphérique...*»
 - 39.8X.21-32 «*Révision/Ablation/Implantation.... de générateur d'impulsions/d'électrode(s) pour activation du baroréflexe...*»
 - 39.8X.99 «*Opération du corps carotidien...*»
- Le code CHOP 39.8X.20 «*Implantation ou remplacement de générateur d'impulsions pour activation du baroréflexe*» a été inclus dans la fonction «*Procédures opératoires complexes*».
- Ces restructurations ont permis une représentation adéquate et conforme aux coûts de stimulateurs dans la structure tarifaire.

Dans le cadre de la procédure de demande 2021, a été demandé le contrôle, dans toutes les MDC, de la représentation des codes CHOP suivants qui semblent provoquer une hausse du cost-weight:

- 39.A1.12 «*Recours à un Cutting Sheath*»
- 40.3X.2- «*Lymphadénectomie régionale dans le cadre d'une autre intervention*»
- 46.79.10 «*Suture d'autre lacération de l'intestin*»
- 54.4X.10 «*Excision d'appendice épiploïque*»
- 57.0X.99 «*Drainage transurétral de la vessie, autre*»
- 76.2X.12 «*Résection (ostectomie modelante) d'os de la face [L]*»
- 83.14.1- «*Fasciotomie ou aponévrotomie, région inguino-génitale et fesses*»
- 83.65.14 «*Autre suture de muscle ou de fascia, paroi thoracique, abdomen et dos*»
- 93.57.15 «*Thérapie par pression négative continue*»

Après des analyses approfondies des codes concernés dans le système tarifaire, les restructurations suivantes ont été mises en œuvre:

- Les codes CHOP 40.3X.2- «*Lymphadénectomie régionale dans le cadre d'une autre intervention*», 46.79.10 «*Suture d'autre lacération de l'intestin*», 54.4X.10 «*Excision d'appendice épiploïque*», 76.2X.12 «*Résection (ostectomie modelante) d'os de la face [L]*», 83.14.1- «*Fasciotomie ou aponévrotomie, région inguino-génitale et fesses*» et 83.65.14 «*Autre suture de muscle ou de fascia, paroi thoracique, abdomen et dos*» ont été supprimés de la fonction «*Procédures opératoires particulières*» et dépréciés en conséquence.
- Le code CHOP 39.A1.12 a été déprécié dans le DRG F01.
- Les codes CHOP 93.57.15 «*Thérapie par pression négative continue*» et 57.0X.99 «*Drainage transurétral de la vessie, autre*» étaient représentés de manière adéquate et ne nécessitaient pas de changement.

Fonction globale «*Procédures de complication*»

Les nouveaux codes CHOP ont été ajoutés dans la fonction:

- 99.22.1B «*Injection ou perfusion d'anti-infectieux, 28 jours et plus de traitement*»
- 99.B6.26 «*Traitement complexe de la main, d'au moins 7 à 13 jours de traitement*»
- 99.B6.27 «*Traitement complexe de la main, d'au moins 14 à 20 jours de traitement*»
- 99.B6.28 «*Traitement complexe de la main, 21 et plus de jours de traitement*»

Malnutrition

Dans le cadre de la procédure de demande 2022, un utilisateur a demandé la revalorisation du groupe CIM E40-46 «*Malnutrition*».

- Nos analyses ont montré qu'une revalorisation dans la matrice CC ne serait pas adéquate. Dans certains DRG, des cas ont cependant été identifiés comme étant sous-rémunérés en combinaison avec le code CHOP 89.OA.42-44 «*Traitement nutritionnel multimodal, plus de 7 jours de traitement*».
- Ainsi, pour les DRG A95F et E77C, les conditions de split ont été élargies avec cette combinaison de CIM et les codes CHOP précédemment désignés, ce qui a permis d'obtenir une représentation adéquate des cas sous-rémunérés.

Barotraumatisme

En raison de certains cas de figure dans les DRG 901 «*Procédure opératoire étendue sans rapport avec le diagnostic principal*» et 902 «*Procédures opératoires non étendues sans rapport avec le diagnostic principal*», les codes de diagnostics principaux T70.0 «*Barotraumatisme de l'oreille*» et T70.1 «*Barotraumatisme des sinus*» ont été déplacés de la MCD 03 à la MDC 21B.

Opérations prophylactiques

Il nous a été signalé que, selon le diagnostic, une même procédure aboutissait à différents DRG. Le diagnostic Z40.01 «*Opération prophylactique pour facteur de risque de tumeurs malignes, ovaire*» aboutissait, en combinaison avec les interventions hystérectomie et salpingo-ovariectomie, au DRG N04B de la MDC 13, tandis que le diagnostic Z40.08 «*Opération prophylactique pour facteur de risque de tumeurs malignes: opération prophylactique d'autres organes*» était, dans la même situation, affecté au DRG Z01Z de la MDC 23. Il s'agissait ici d'examiner si un déplacement était pertinent tant sur le plan médical qu'économique.

- Les analyses que nous avons menées sur les cas avec le diagnostic Z40.08 ont permis de constater que ces cas présentent des interventions sur les organes sexuels féminins et masculins.
- À la suite de cela, le diagnostic a été ajouté dans la MDC 12 et la MDC 13. Les cas ainsi déplacés sont alors représentés de manière adéquate sur le plan médical et financier. Le diagnostic a donc été supprimé de la MDC 23.
- Cette restructuration avait entraîné quelques adaptations: les codes diagnostiques Z80.3 «*Antécédents familiaux de tumeur maligne du sein*» et N60.1 «*Mastopathie kystique diffuse*» ont désormais été affectés au tableau des néoformations malignes du sein (utilisé dans le DRG J06, J08, J14, J23, J25, J62) et ainsi placés sur le même plan que le code Z40.00 «*Opération prophylactique du sein*», étant donné leur proximité sur le plan médical. Z42.1 «*Soins de contrôle comprenant une opération plastique du sein*» ne fait plus partie des diagnostics de néoformations malignes et a été supprimé de ce tableau.

Splits PCCL

Dans le cadre de la procédure de demande, un demandeur a listé plusieurs DRG de base et DRG dans lesquels des cas avec un PCCL de 3 sont sous-rémunérés et a souhaité une revalorisation de ces cas.

- Tous les DRG de base et DRG listés dans la demande ont été examinés par nos soins.
- De nouveaux splits PCCL ne se sont avérés adéquats que dans les DRG de base B76 et R61.
- La condition de split pour le DRG B76F a été élargie par un split PCCL > 2.
- Les adaptations suivantes ont été entreprises dans le DRG de base R61:
 - Le split PCCL > 3 pour les DRG R61A et R61B, qui était associé à certains diagnostics, a été transformé en PCCL > 2 avec certains diagnostics.
 - De plus, la condition de split pour les DRG R61A et R61B a été élargie par un split PCCL > 3 sans autres conditions.

- Un PCCL > 2 est désormais regroupé dans le DRG R61C.

3.2.4. Maladies et troubles du système nerveux MDC 01

Il s'est avéré que la représentation de certaines interventions dans le DRG de base B21 «*Implantation d'un neurostimulateur ou d'électrodes*» n'était pas adéquate.

- Des analyses ont confirmé que la représentation des codes CHOP 04.95.14 «*Implantation ou remplacement d'un neurostimulateur pour stimulation du nerf vague*» et 34.85 «*Implantation d'un stimulateur diaphragmatique*» n'est pas adaptée aux coûts.
- Ces codes CHOP ont à présent été revalorisés dans le DRG B21B «*Implantation d'un neurostimulateur avec système à plusieurs électrodes ou intervention particulière*».

Dans le cadre de la procédure de demandes, le contrôle d'un split PCCL > 2 dans le 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*» a été demandé.

- Les analyses ont montré que des cas avec un PCCL > 2 ne seraient pas représentés de manière adaptée aux coûts dans le DRG B76F.
- La condition de split pour le DRG B76F a été élargie par un split PCCL > 2.

Un utilisateur a demandé la revalorisation de «*retards mentaux/troubles du développement*» et de «*paralysie cérébrale*» dans le DRG de base B76, car ils génèrent des coûts supplémentaires.

- Les données de l'année 2021 n'ont pas fait apparaître clairement de coûts supplémentaires dans les diagnostics indiqués par le demandeur et même une revalorisation dans la matrice CC ne s'avérerait adéquate que dans certains cas isolés.
- Ainsi, seul le groupe CIM F72* «*Retard mental grave*» a pu être revalorisé dans la matrice CC.
- Les cas coûteux ont cependant été revalorisés dans la MDC 01 avec l'élargissement de la condition de split pour le DRG de base B87 et le DRG B87A avec un PCCL > 4.

Une demande portait sur l'examen d'une rémunération adaptée aux coûts des codes CHOP 03.9A* «*Implantation de neurostimulateur rachidien*», 03.93* «*Implantation d'électrodes rachidiennes*» et 02.97* «*Implantation de neurostimulateur intracrânien*» ainsi que sur la revalorisation d'implantation simultanée d'électrodes et de neurostimulateurs. En outre, l'utilisateur demandait s'il serait éventuellement justifié de regrouper les cas avec implantation d'électrodes permanentes dans un autre DRG que les cas avec implantation d'électrodes temporaires.

- De nombreuses analyses ont montré une représentation non adéquate d'interventions en plusieurs temps et de cas avec l'implantation ou le remplacement d'électrodes d'un neurostimulateur épidural permanent.
- Ainsi, la condition de split pour le DRG B21A a tout d'abord été élargie avec la fonction «*Procédures opératoires particulières en plusieurs temps*».
- Ensuite, le code B21D existant a été divisé et le groupe de codes CHOP 03.93.2* «*Implantation ou remplacement d'électrode(s) de neurostimulateur épidural permanent...*» est désormais regroupé dans le nouveau DRG B21D «*Implantation d'électrodes de neurostimulateur épidural permanent*» où il est représenté de manière adéquate.

Des analyses montrent que certains critères de split n'étaient plus séparateurs de coûts. Ainsi, les DRG suivants ont été fusionnés:

- DRG B68B et DRG B68C → DRG B68B «*Sclérose en plaques et ataxie cérébelleuse, plus d'un jour d'hospitalisation*».
- DRG B70B et DRG B70C → DRG B70B «*Apoplexie avec traitement neurologique complexe d'accident vasculaire cérébral aigu > 72 heures ou acte diagnostique neurologique complexe*».

ou avec diagnostic de complication ou thrombolyse ou trouble sévère des fonctions motrices, plus d'un jour d'hospitalisation».

- DRG B70E et B70F → DRG B70D «*Apoplexie avec autre traitement neurologique complexe d'accident vasculaire cérébral aigu < 73 heures ou acte diagnostique neurologique complexe, ou avec diagnostic de complication ou thrombolyse ou trouble sévère des fonctions motrices, plus d'un jour d'hospitalisation».*

Des cas coûteux nous sont apparus dans le DRG B36C dans le cadre de notre analyse.

- À la suite de cela, les codes CHOP 7A.73.1 «*Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse sans fusion des vertèbres à partir de 3 segments»* ont été ajoutés dans la fonction «*procédures opératoires complexes».*
- Les cas sont ainsi regroupés dans le B36B, et une mise au même niveau que les codes CHOP pour la «*Stabilisation dynamique de la colonne vertébrale»* est obtenue.

Lors des contrôles d'homogénéité dans la MDC 01, des codes CIM qui n'étaient pas représentés de manière adéquate dans le système tarifaire ont été identifiés. Ces défauts de représentation ont pu être corrigés en procédant aux restructurations suivantes:

- Les codes CIM P11.59 «*Lésion du rachis et de la moelle épinière due à un traumatisme obstétrical: non précisé»* et T09.3 «*Lésion traumatique de la moelle épinière, niveau non précisé»* ont été ajoutés dans le DRG de base B60 «*Paraplégie / tétraplégie».*
- Les codes CIM P11.50 «*Lésion du rachis et de la moelle épinière due à un traumatisme obstétrical: avec paraplégie aiguë»*, S34.18 «*Autre lésion de la moelle lombaire»* et S34.38 «*Lésion autre et non précisée de la queue de cheval»* ont été ajoutés au tableau «*Paraplégie/tétraplégie»* couvrant toutes les MDC.

En outre, des codes CHOP qui n'étaient pas non plus représentés de manière adéquate ont été identifiés. Pour y remédier, les restructurations suivantes ont été entreprises:

- Le code CHOP 03.05.21 «*Incision du canal rachidien pour évacuation d'hématome ou empyème épidural»* était déjà représenté dans les fonctions «*Procédures opératoires particulières»* et «*Procédures opératoires particulières sans séances d'irradiation»* et a été en plus ajouté dans la fonction «*Procédures opératoires particulières sans interventions moyennement complexes».*
- Les codes CHOP 03.03.2- «*Hémilaminectomie 1... à 10 segments et plus»* ainsi que 03.03.3- «*Laminectomie 1... à 10 segments et plus»* ont été ajoutés à la fonction «*Procédures opératoires particulières».*

Des cas de figure avec les codes CHOP 16.98.20 «*Décompression osseuse de l'orbite»* et 39.52.11 «*Autre réparation d'anévrisme de vaisseaux intracrâniens»* ont été identifiés dans le cadre des contrôles de cas du DRG de base 901 «*Procédure opératoire étendue sans rapport avec le diagnostic principal»* et 902 «*Procédure opératoire non étendue sans rapport».* Les cas concernés ont pu être représentés de manière adéquate grâce aux restructurations suivantes:

- Ajout du code CHOP 16.98.20 «*Décompression osseuse de l'orbite»* dans le tableau «*Diverses interventions sur les vaisseaux intra- et extracrâniens»* dans le DRG B09.
- Ajout du code CHOP 39.52.11 «*Autre réparation d'anévrisme de vaisseaux intracrâniens»* dans le tableau «*Interventions intracrâniennes complexes»* dans les DRG B02 et B20.

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

Les analyses ont montré que les cas avec le code CHOP 76.5X.6* et 76.5X.7* «*...endoprothèse...articulation temporo-mandibulaire»* ne sont pas représentés de manière adéquate dans la MDC 03.

- Ces codes CHOP ont été revalorisés dans la condition de split pour le DRG D01A «*Implant cochléaire bilatéral ou implantation d'une prothèse dans l'articulation temporo-mandibulaire*».

3.2.6. Maladies et troubles des organes respiratoires MDC 04

Suite à un signalement par un utilisateur et aux analyses qui en ont résulté, il s'est avéré que des cas coûteux dans le DRG E36C sont parfois sous-rémunérés.

- Les analyses ont indiqué que ces cas présentaient en particulier un plus faible nombre de points de dépense USI et de procédures opératoires.
- Une revalorisation purement des points de dépense USI > 196/380 points s'est avéré inadéquate.
- Ainsi, la condition de split pour le DRG E36B a été élargie avec la condition «*Traitement complexe de soins intensifs > 196/380 points avec procédures opératoires*».

Dans le cadre d'analyses et de la revalorisation des codes CHOP 93.9E et 93.9F dans la MDC 04, il s'est avéré que les splits PCCL actuels ne sont représentés en adéquation avec les coûts dans le DRG de base E65 «*Maladies chroniques obstructives des voies respiratoires, plus d'un jour d'hospitalisation*».

- Ainsi, le split PCCL > 3 a été ajouté pour le DRG E65A et le DRG E65B existant fusionné avec le E65A.
- Un cas avec un PCCL > 2 est désormais regroupé dans le DRG E65B.
- Les DRG E65E et E65F ont été supprimés.

Un demandeur a signalé que les cas avec le diagnostic principal J86.0 «*Pyothorax avec fistule*» et des interventions opératoires (multiples) sont systématiquement sous-rémunérés. Il demande le contrôle et la revalorisation de ces cas.

- Nos analyses ont confirmé une sous-rémunération de cas avec le diagnostic principal J86.0 et des interventions multiples.
- L'ajout de la fonction «*Procédures opératoires particulières en plusieurs temps*» dans le DRG de base E01 a permis de revaloriser ces cas.

Des analyses ont montré une représentation non adéquate de cas avec des planifications d'irradiation et/ou des simulations d'irradiation dans le DRG de base E71.

- En ajoutant les codes CHOP 92.29.6*-8* dans la condition de split pour le DRG E71A «*Néoplasmes des organes respiratoires avec CC extrêmement sévères ou ... plus d'un jour d'hospitalisation*», ces cas sont maintenant représentés de manière adaptée aux coûts.

Dans le cadre de la procédure de demande, un utilisateur a demandé l'ajout des codes CHOP 93.9E* «*Ventilation non invasive hors unité de soins intensifs*» et 93.9F.12/22/32 «*Assistance respiratoire par utilisation de lunettes nasales haut débit (système HFNC) chez...*» dans plusieurs fonctions générales.

- Des analyses ont montré qu'un ajout de ces codes CHOP dans les fonctions générales en dehors de la MDC 15 ne serait pas adéquat.
- La revalorisation des codes CHOP dans la MDC 15 est déjà décrite dans la restructuration de la ventilation artificielle.
- Dans la MDC 04, il a cependant été possible d'identifier des cas qui ont généré des coûts supplémentaires dans différents DRG en raison de ces procédures.
- Ainsi, les codes CHOP 93.9E12/13 et 93.9F.12/22/32 ont été revalorisés dans les DRG suivants:
 - DRG de base E77 «*Autres infections et inflammations des organes respiratoires, plus d'un jour d'hospitalisation*»

- DRG E65A «*Maladies chroniques obstructives des voies respiratoires avec état après transplantation ou intervention particulière ou procédure de complication ou CC extrêmement sévères ou procédure particulière, plus d'un jour d'hospitalisation*»
- DRG E70A «*Coqueluche et bronchite aiguë, âge < 1 an ou infections VRS avec procédure particulière, plus d'un jour d'hospitalisation*»

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

Une demande portait sur le contrôle d'un ajout de logique step down/step up avec un faible nombre de points de dépense USI et U-IMC dans les DRG de base F36 et F37.

- Une revalorisation dans le DRG de base F36 s'est avérée inadéquate.
- Les analyses ont cependant permis d'identifier différents DRG dans la MDC 05 dans lesquels une revalorisation de «*Traitement complexe de soins intensifs 185 à 552 points avec traitement complexe en unité de soins intermédiaires 185 à 552 points*» serait adaptée aux coûts.
- Ainsi, cette logique a été ajoutée pour les DRG F03B et F03C et pour le DRG F06A.
- Dans le DRG F31B, cette logique ne s'est avérée adéquate qu'en combinaison avec un PCCL > 3 et a par conséquent été implémenté dans le Groupeur.

Plusieurs demandeurs ont signalé une nouvelle approche thérapeutique dans le traitement de coronaires rigidifiées Celle-ci peut être codée pour la première fois spécifiquement avec le code CHOP 00.66.37 «*Intervention vasculaire transluminale percutanée sur les coronaires par lithotripsie*» ajouté dans le catalogue CHOP 2021 et n'est par conséquent pas encore suffisamment représentée dans le système tarifaire.

La plupart des patients recevant un traitement par ondes de choc étant regroupés dans le DRG F24D-F, mais présentant une consommation élevée de matériaux, ceux-ci doivent être revalorisés dans le DRG de base F24.

- Ajout du code CHOP 00.66.37 «*Intervention vasculaire transluminale percutanée sur les coronaires par lithotripsie*» dans le tableau F24-9 «*Interventions complexes*».
- Des cas sont affectés aux F24B, F24C ou F24D en fonction de leur codage.

Les cas avec 39.61.00 – 39.61.99 «*Circulation extracorporelle (CEC)*» n'étaient, selon un demandeur, pas représentés de manière adéquate dans le DRG F31. Une revalorisation au sein du DRG F31 a été demandée.

- Les cas étaient initialement regroupés dans le DRG F31F «*Autres interventions cardiothoraciques*».
- Une condition de split supplémentaire avec «*circulation extracorporelle*» a été ajoutée dans F31E «*Autres interventions cardiothoraciques avec excision de tissu cardiaque ou cœur-poumon artificiel*».
- Les cas sont désormais regroupés dans F31E où ils sont représentés de manière adéquate.

Dans une demande, il est indiqué que les patients avec une insuffisance de la valvule mitrale souffrent aussi souvent d'une insuffisance tricuspidiennne. Selon le demandeur, il est recommandé de réparer les deux valvules au cours d'une intervention, ce qui entraîne des coûts d'implantation plus élevés. Cela donne lieu à une couverture insuffisante lors d'une rémunération avec le DRG F98C. Il a été demandé de revaloriser, dans le DRG F98B, les cas avec insuffisance valvulaire bilatérale qui sont réparés simultanément par clipping.

- Les analyses ont montré qu'une revalorisation dans le DRG F98B «*Intervention valvulaire cardiaque endovasculaire avec implantation d'un stimulateur cardiaque/greffe ou fermeture de communication interauriculaire ou de l'oreillette gauche ou âge < 16 ans*» ne conduit à aucune représentation adéquate.

- Après de plus amples vérifications, la condition de split du traitement simultané de plusieurs valvules cardiaques a été ajoutée dans le DRG F98A.
- Cet ajout a entraîné une représentation adéquate des cas concernés.

Une thrombectomie par chirurgie ouverte pour des thromboses vasculaires périphériques s'étend sur plusieurs DRG et, souvent, ne couvre pas les coûts. Les codes 38.03.- «*Incision de vaisseaux de membre supérieur*», 38.08.- «*Incision d'artères de membre inférieur*» et 38.09.- «*Incision de veines de membre inférieur*» n'étaient jusqu'à présent pas pertinents pour le groupage. Cela a permis de mettre les cas avec cette procédure dans la partition médicale sur le même plan que les cas sans mesure chirurgicale. Une combinaison de thrombectomie par chirurgie ouverte et de procédure par voie transluminale percutanée est codée uniquement sur la base de la procédure percutanée, tandis qu'une thrombectomie chirurgicale supplémentaire n'influence pas le codage. Par conséquent, un demandeur a proposé d'intégrer les codes 38.03.-, 38.08.- et 38.09.- dans la logique des DRG de base F01, F28, F59 et F63.

- Les analyses ont montré que les cas avec les codes concernés ne vont pas dans les DRG F01, F28 ou F63 en raison de la structure de leurs coûts.
- Les codes CHOP ont été inclus dans le DRG F59E «*Interventions vasculaires complexes ou moyennement complexes avec procédés particuliers ou âge < 16 ans*».
- Cela a permis d'obtenir une représentation appropriée.

Les séjours hospitaliers de courte durée pour l'implantation mini-invasive d'un système Cardio-MEMS-HF pour surveiller la tension artérielle pulmonaire lors d'une insuffisance cardiaque sévère ne sont pas facturés avec une couverture suffisante des coûts dans le DRG F12E. Les coûts d'implantation pour le code CHOP spécifique 37.7A.51 «*Implantation d'un capteur de pression*» sont supérieurs aux coûts moyens d'implantation dans le DRG F12E. Un réexamen de la réaffectation adaptée aux coûts du code CHOP 37.7A.51 de la procédure d'implantation dans le DRG de base F01 a donc été demandé.

- La réaffectation dans le DRG F01 ou dans d'autres DRG s'est révélée insatisfaisante en raison de la structure des coûts.
- Une revalorisation au sein du DRG de base F12, en passant du DRG F12E au DRG F12D a donné des résultats positifs et entraîné ainsi une meilleure représentation du code 37.7A.51 «*Implantation d'un capteur de pression*» dans le système tarifaire.

L'analyse d'homogénéité a montré que les codes 00.4C.13 «*Insertion de 3 ballonnets libérant des substances médicamenteuses*» et 00.4C.14 «*Insertion de ballonnets libérant des substances médicamenteuses, 4 ballonnets et plus*» sont sous-évalués dans le DRG F24D.

- Ces deux codes CHOP ont été revalorisés en passant du DRG F24D au DRG F24C.

Les contrôles de cas dans le DRG de base 901 «*Procédure opératoire étendue sans rapport avec le diagnostic principal*» et 902 «*Procédure opératoire non étendue sans rapport*» ont mis en évidence des cas avec des diagnostics principaux dans le domaine de l'insuffisance cardiaque qui n'étaient pas représentés de manière adéquate. L'ajout de 34.20 «*Biopsie de la plèvre par voie thoracoscopique*» dans un tableau de la MDC 05 valable pour toutes les MDC a permis de résoudre ce problème.

3.2.8. Maladies et troubles des organes digestifs MDC 06

Selon un demandeur, dans le DRG de base G21, les cas avec un séjour en USI et/ou U-IMC présentent des coûts plus élevés que les cas avec un PCCL > 3 sans séjour en USI ou U-IMC. Cet utilisateur demande un split du DRG G21A sur la base des points de dépense USI ou U-IMC.

- Nos analyses ont confirmé une sous-rémunération des cas avec «*Traitement complexe de soins intensifs adultes > 119 points*» ou «*Traitement complexe en unité de soins intermédiaires adultes > 184 points*» dans le DRG G21C.
- Les coûts moyens de ces cas correspondaient au cost-weight du DRG G21B.
- Par conséquent, la condition de split pour le DRG G21B a été élargie avec les codes CHOP 99.B7.12 et suivants «*Traitement complexe de soins intensifs, plus de 119 points*» et 99.B8.13 et suivants «*Traitement complexe en U-IMC de l'adulte, plus de 184 points*».
- Les cas sont ainsi représentés de manière adéquate.

Une demande transmise avait pour objet la réalisation d'une analyse d'homogénéité du DRG de base G09. À la suite de cette analyse, certaines restructurations ont été mises en œuvre.

- Un nouveau DRG G09A a été créé avec «*Traitement complexe de soins intensifs ou traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 119 points*» ou «*traitement sous vide*».
- Dans le DRG G09D (auparavant G09C), les conditions «*Interventions en plusieurs temps*» ou «*Interventions abdominales particulières*» ont été ajoutées et revalorisées.
- Les DRG G09E et G09G ont été fusionnés, car le split au moyen de la condition «*Interventions sur hernies (sauf hernies incisionnelles) avec transplant*» ne montrait plus d'effet de séparation des coûts.

Une autre demande avait pour objet la réalisation d'une analyse d'homogénéité dans le DRG de base G12.

- Cette analyse a permis d'identifier des cas coûteux. La combinaison des codes CHOP 93.57.16-.1E «*Thérapie par pression négative continue, au moins 14 jours de traitement*» et 86.88.11-.18 «*Pose ou remplacement chirurgical de système de thérapie par pression négative*» a pu être ajoutée et revalorisée dans le DRG G12A comme nouveau critère de split supplémentaire.

Dans le cadre des analyses, une quantité non homogène de cas a été identifiée dans le DRG G16Z.

- Un split du G16Z au moyen des critères «*PCCL > 2 et traitement complexe de soins intensifs > 184 points*» ou «*Procédure opératoire particulière en plusieurs temps*» assure une représentation adéquate de ces cas.

Dans une demande, la gestion des fistules a été décrite comme coûteuse et sous-rémunérée.

- Le code CIM K91.83 «*Insuffisances d'anastomoses et sutures après opérations d'autres organes du système digestif*» a, tout comme le code K63.2 «*Fistule de l'intestin*» avant lui, déjà été intégré aux DRG de base G35 et G02.
- Ces deux diagnostics ont été inclus dans la matrice CC et s'en trouvent ainsi revalorisés.
- Le DRG G35Z a été divisé avec PCCL > 4, si bien que ce split aide à obtenir une meilleure rémunération des cas très coûteux.

Une demande avait pour objet la vérification d'un split dans le G38.

- Au cours de celle-ci, un nouveau DRG G38A a pu être introduit avec la condition «*traitement complexe de soins intensifs > 196/184 points et traitement sous vide*».

Une demande portait sur les codes CHOP 46.99.20 «*Ligature par anse largable et clipping intestinal, par endoscopie*», 44.99.30 «*Injection endoscopique dans l'estomac*» et 46.99.30 «*Injection dans l'intestin, par endoscopie*» indiquant que ces interventions ne sont pas suffisamment rémunérées.

- Ces codes sont maintenant pour la première fois pertinents pour le groupage en tant que procédures médicales et ont été inclus dans le DRG de base G46.

Nous avons reçu en outre deux demandes qui ont entraîné des restructurations se recoupant. Une demande indiquait que, dans le DRG G64C, les cas avec des affections intestinales inflammatoires sont associés à des procédés diagnostiques coûteux, par exemple des biopsies, des examens infectiologiques ou des procédés d'imagerie. En particulier les jeunes patients sans diagnostics supplémentaires pertinents en termes de CC sont indiqués comme n'étant pas représentés de manière adéquate au niveau des coûts.

La deuxième demande portait sur les cas avec néoformation maligne dans le DRG G60B avec procédure diagnostico-thérapeutique pour l'ablation de tissus dont les coûts étaient insuffisamment couverts. La résection d'anse et la dissection muqueuse font par exemple partie de ces procédures.

- En conséquence, le DRG de base G48 s'en est trouvé moins restrictif, si bien que la coloscopie et les interventions thérapeutiques et diagnostiques à l'intestin sont regroupées sans autre condition dans ce DRG.
- En outre, les excisions et les incisions périanales et rectales sont désormais incluses.
- Dans le même temps, les conditions pour le DRG G48A ont été assouplies de telle sorte que ce sont maintenant les «maladies intestinales inflammatoires» qui y sont regroupées à la place des «maladies intestinales chroniques».
- «PCCL > 2» et «dialyse» ont été intégrés comme nouvelles conditions de split dans le DRG G48A.
- La condition PCCL > 4 a été intégrée dans le DRG G87 pour les cas très coûteux.

Une autre demande indiquait que les cas qui la plupart du temps en raison d'une hémorragie aiguë (K55.32 et K92.2) devaient passer une endoscopie par capsule (45.13.20/45.28.10) pour le diagnostic, étaient sous-rémunérés dans le système tarifaire. Ce groupement a dû être vérifié une nouvelle fois.

- Le code CHOP 45.28.10 «Endoscopie du gros intestin par capsule téléométrique» a été ajouté dans le DRG G48A.
- Le code CHOP 45.13.20 «Endoscopie de l'intestin grêle par capsule téléométrique» a été ajouté dans le DRG G46B.
- De cette manière, ces codes sont revalorisés et les cas sont ainsi rémunérés de manière adaptée aux coûts.

Deux demandes nous ont indiqué que des cas avec 48.35.11 «Résection locale d'anse rectale, excision sous-muqueuse ou en pleine épaisseur (locale) de lésion ou de tissu rectal, par autre abord», 49.01 «Incision d'abcès périanal», 49.04 «Autre excision de tissu périanal» ou 49.31 «Excision ou destruction de lésion ou de tissu de l'anus, par endoscopie» n'étaient jusque-là pas suffisamment représentés.

- Les codes ont pu être valorisés dans le cadre du DRG de base G86 d'un jour d'hospitalisation au moyen d'un split. Les codes CHOP 48.35.1* «Résection locale d'anse rectale, excision sous-muqueuse ou en pleine épaisseur...» ont pu ce faisant être intégrés, avec les interventions sur le tissu périanal, dans le DRG de base G48 ainsi que dans le DRG G86A.
- Dans le DRG G48B, les inliers venant du DRG G60B connaissent une dépréciation qui s'avère pertinente.
- Les high-outliers obtiennent en revanche une revalorisation en raison de la borne supérieure de durée de séjour plus basse et les suppléments ainsi générés plus tôt.
- Les cas issus du DRG G71C, qui comptent le plus grand nombre de déplacements de cas, sont rémunérés de manière adéquate dans le DRG G48. Les nouvelles conditions de split du DRG G86A conduisent à une rémunération adéquate, même pour les cas avec un jour d'hospitalisation. Dans l'ensemble, cette restructuration entraîne une amélioration de la qualité de représentation pour tous les cas.

Lors de la procédure de demande, il nous a été demandé de vérifier les cas avec le code CHOP 44.95.31 «Gastroplastie par gastrectomie longitudinale» sur la base des données de 2021. Il s'agit ici d'un

nouveau code d'intervention dans le catalogue CHOP 2020 qui est utilisé pour le traitement chirurgical de l'obésité et qui, selon le demandeur, présente d'importants déficits. Un autre point concernait la modification de la logique pour le code concerné 44.95.31 afin qu'il se retrouve dans la MDC 06 «*Maladies et troubles des organes digestifs*» et non plus dans la MDC 10 «*Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques*».

- Les analyses de cas ont pu confirmer cette constatation.
- Dans un premier temps, le code CHOP 44.95.31 a été inclus dans la MDC 10 dans le déplacement existant vers la MDC 06 «*Interventions de chirurgie viscérale en cas d'adiposité*».
- La gastroplastie par gastrectomie longitudinale endoscopique était déjà présente dans le DRG G46, mais ne s'activait qu'en combinaison avec des maladies sévères des organes digestifs.
- Le code 44.95.31 a pour cette raison été inclus comme unique condition de split dans le DRG G46B, ce qui a conduit à une représentation adéquate des cas.

Au cours d'autres analyses d'homogénéité dans la MDC 06, les codes CHOP 56.0X.99 «*Désobstruction transurétrale de l'uretère et du bassin, autre*» ainsi que 57.49.12 «*Autre résection transurétrale de lésion ou de tissu vésical*» ont été identifiés comme présentant une pertinence différente pour le regroupement en comparaison, par exemple, du code 56.0X.10 «*Désobstruction transurétrale de l'uretère et du bassin, extraction de calcul urinaire*» et 57.49.11 «*Autre destruction transurétrale de lésion ou de tissu vésical*».

- Aussi bien le code 56.0X.99 «*Désobstruction transurétrale de l'uretère et du bassin, autre*» que le code 57.49.12 «*Autre résection transurétrale de lésion ou de tissu vésical*» ont été ajoutés dans «*Autres procédures opératoires sur les organes digestifs*» dans le DRG de base G12.
- Cet ajout a conduit à une représentation homogène et adéquate des cas concernés.

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

Les analyses ont montré que les conditions de split dans le DRG de base H33 ne sont plus séparatrices de coûts.

- Les DRG H33A et H33B ont été fusionnés pour former le DRG H33Z.

Une demande a été transmise concernant la vérification d'un split du DRG H61B «*Néof ormation maligne sur le système hépatobiliaire et le pancréas*». Selon cette demande, des cas nécessitant une transfusion sanguine, un séjour en USI et une coloscopie thérapeutique (45.41.*) seraient en particulier sous-rémunérés.

- Ces situations ont fait l'objet de vérifications qui n'ont cependant pas identifié de coûts supplémentaires systématiques dans ce contexte qui pourraient justifier l'ajout d'un split. Ainsi, la demande n'a pas pu être mise en œuvre sous cette forme. Néanmoins, d'autres critères de split ont été appliqués.
- La fonction «*Procédures de complication*» dans le split pour le DRG H61A a pu être ajoutée.
- De même, la condition «*âge < 16 ans*» a été incluse dans le DRG H61A de manière à revaloriser les cas pédiatriques.
- La prestation de base «*Soins palliatifs spécialisés*», à partir de 7 jours de traitement est également regroupée désormais dans le DRG H61A.

Une autre demande portait sur le DRG H62B «*Affections du pancréas, sauf néof ormation maligne*».

Les cas avec séjour en USI, nutrition parentérale et méthodes d'imagerie ne sont pas, selon cette demande, suffisamment rémunérés.

- La vérification de cette situation n'a pas donné de résultats satisfaisants.
- Un split PCCL avec PCCL > 2 a permis d'obtenir une meilleure représentation et rémunération de l'ensemble des cas.

En raison d'une autre demande, les cas dans le DRG de base H60 «*Cirrhose hépatique*» ont été vérifiés de manière approfondie et une large dispersion des coûts a été mise en évidence. En outre, il apparaissait que certains cas oscillaient entre les DRG de base H60 et H41 «*CPRE et thérapie photodynamique*». Il en a résulté plusieurs restructurations.

- La condition «*interventions endoscopiques à l'œsophage*» a été supprimée du DRG de base H60, car ces interventions y étaient sous-rémunérées. Les cas ont été affectés aux DRG de base H41 où la condition sert de critère de split du DRG H41A.
- La condition «*âge < 16 ans*» a pu être complétée dans le DRG H60A.
- Le DRG H60C «*Un jour d'hospitalisation*» a été supprimé et, à sa place, un nouveau DRG de base H86 «*Maladies et troubles du système hépatobiliaire et du pancréas, un jour d'hospitalisation*» a été établi, comme c'était déjà le cas dans d'autres MDC.
- En outre, les cas pédiatriques ont été revalorisés dans le DRG H41A et la condition de split existante «*âge < 3 ans*» a pu être élevée à «*âge < 16 ans*».

Dans certains DRG, les analyses ont montré que le nombre de cas pédiatriques avait augmenté dans la MDC 07 et que ceux-ci n'étaient pas bien représentés.

- Élargissement de la condition de split pour le DRG H61A «*Néof ormation maligne sur le système hépatobiliaire et le pancréas,...*» avec la logique «*âge < 16 ans*».
- Renforcement de la logique pour le DRG H63C «*Affections du foie sauf néof ormation maligne, ...*» à «*âge < 6 ans*».

Un nouvel examen des cas avec un «*traitement complexe du foie*» a montré que le nombre de cas avait augmenté et avait conduit à des sous-rémunérations.

- Dans le DRG de base H37 «*Maladies et troubles du système hépatobiliaire et du pancréas avec traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196/184 points ou traitement complexe de cirrhose hépatique...*», la condition «*à partir de 14 jours de traitement*» a pu être abaissée à «*à partir de 7 jours de traitement*».
- La condition de split pour le DRG H37A a également pu être adaptée. La logique «*traitement complexe du foie, à partir de 21 jours de traitement*» a été établie.

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

Dans le catalogue CHOP 2019, une révision complète des codes CHOP a été entreprise pour les interventions sur la colonne vertébrale. SwissDRG SA avait renoncé à une révision des interventions sur la colonne vertébrale avec les données de 2019 dans les versions 11.0 et 12.0, car la saisie des coûts et le codage semblaient encore trop incertains. Les analyses des données de 2021 ont montré à présent une amélioration des données relatives aux coûts et aux prestations. D'importantes restructurations ont eu lieu dans les DRG de base I06, I09 et I10 dans la version tarifaire 13.0 au moyen des données pour toute la Suisse.

- Le **DRG de base I06** «*Interventions complexes sur la colonne vertébrale...*» présente dans l'ensemble un très faible nombre de cas, mais ces cas sont très coûteux. La logique dans le DRG de base s'est avérée adéquate et n'a pas été adaptée.
- Les cas avec une «*fusion de vertèbres pour correction de position à partir de 7-10 segments*» sont désormais regroupés en lien avec un «*PCCL > 4*» dans le DRG I06A.
- De plus, un contrôle des critères de split au sein du DRG de base I06 a montré que le critère «*réadaptation gériatrique aigüe 14 jours de traitement et plus*» n'était plus approprié dans le DRG I06A et la logique a été dépréciée dans le DRG I06B.

- Dans la logique pour le DRG I06B, les conditions «*Fusion de vertèbres pour correction de position 7 segments*» et «*Fusion de vertèbres avec stabilisation 7 segments*» ont été supprimées. Ces cas sont désormais regroupés dans le DRG I06C.
- Le **DRG de base I09** «*Fusion de corps vertébraux...*» a été complètement révisé. Toutes les interventions sur la colonne vertébrale pour «*correction de position*» ou «*stabilisation*» à partir du 1^{er} segment, ainsi que les interventions chirurgicales par un «*abord de la base du crâne, voie transorale*», sont désormais regroupées sans autre condition dans le DRG de base I09.
- La logique pour le DRG I09A a pu être élargie aux prestations «*interventions sur plusieurs localisations*» ainsi que «*abord de la base du crâne, voie transorale*».
- Les cas avec «*procédures opératoires particulières en plusieurs temps*» ou «*interventions dorsales et ventrales particulières*» ont été revalorisés dans le DRG I09C.
- Le DRG I09D existant a pu être divisé avec la logique «*Fusion de vertèbres pour correction de position 1-2 segments*» ou «*fusion de vertèbres pour stabilisation, abord ventral 3-5 segments, abord dorsal 1-2 segments*» ou «*stabilisation dynamique 2 segments*».
- Dans le **DRG de base I10** «*Autres interventions sur la colonne vertébrale...*», les tableaux et les logiques ont été révisés. Dans la version tarifaire 13.0, les interventions de type «*Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse sans fusion des vertèbres à partir de 1 segment*» sont regroupées dans le DRG de base.
- Dans le split pour le DRG I10B, la condition «*Implantation de matériau de remplacement de corps vertébral lors d'un remplacement de prothèse*» a été revalorisée.

Un demandeur a souhaité que la représentation de l'«*implantation de prothèses de poignet*» dans le DRG de base I32 «*Interventions sur le poignet et la main*» soit vérifiée. Les analyses relatives au traitement de la demande ont montré différentes quantités de cas qui n'étaient pas représentées de manière adéquate.

- Le DRG I32A actuel a été divisé en un nouveau I32A et I32B. Des cas avec un «*traitement complexe à la main à partir de 7 jours de traitement*» ou une «*intervention sur plusieurs localisations*» sont regroupés dans le DRG I32A et ont ainsi été revalorisés.
- Dans le nouveau DRG I32B sont regroupés les cas avec une «*intervention en plusieurs temps*» ou un «*remplacement total du poignet*».
- Les tableaux dans les splits pour les DRG I32B et I32C ont été nettoyés des codes CHOP tels que 04.43.00 «*Libération du canal carpien, SAP*» et autres, et de nouveaux codes, tels que 81.97.16 «*Révision et remplacement d'endoprothèse d'articulation trapézo-métacarpienne du pouce*» ont pu être revalorisés au moyen des données.

Les cas avec un faible nombre de points de traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires ne sont pas représentés de manière adéquate dans la partition opératoire de la MDC 08 et il s'est avéré que ces cas présentent souvent une intervention multiple.

- Ajout de la condition de split «*traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196/184 points et procédures opératoires particulières en plusieurs temps*» dans le DRG de base I95 «*Implantation d'une endoprothèse pour tumeur ou procédure complexe en plusieurs temps ou traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196/184 points avec procédure opératoire complexe ou procédure opératoire particulière en plusieurs temps*».
- Les analyses ont montré par ailleurs que les conditions de split des DRG I95A et I95B ne pouvaient plus être considérées comme séparatrices de coûts. Les deux DRG ont été fusionnés pour former le DRG I95Z.

Suite à une demande, la représentation de cas avec une «*Lésion des tissus mous de stade II*» dans le DRG de base I02 «*Transplantation de tissu/de peau très coûteuse, sauf à la main, ou procédures opératoires particulières en quatre temps ou intervention microvasculaire*» a été vérifiée.

- Les cas avec une lésion des tissus mous de stade II se sont avérés surévalués dans l'analyse des données et ont été dépréciés dans le DRG I02B.
- Dans la version 13.0, seuls les cas avec une lésion des tissus mous de stade III sont encore regroupés dans le DRG I02A.

Un demandeur a souhaité que soit vérifiée la représentation des cas avec un remplacement de prothèse de hanche ou de genou lors d'un remplacement de prothèse à court terme en deux temps pendant un séjour hospitalier. Il s'agit ici d'un nouveau concept de soins innovant. Selon le demandeur, la structure tarifaire repose sur une stratégie de remplacement qui prévoit une interruption (séjour en réadaptation par exemple) entre les opérations. SwissDRG SA n'a malheureusement pas été en mesure d'identifier ces deux séjours dans les données, car dans la majorité des cas, plus de 18 jours se sont écoulés entre les deux séjours. Avec l'aide du demandeur et son soutien avec des combinaisons de cas, il a cependant été possible de procéder à une vérification dans les données et de faire des simulations.

- Il en est ressorti que ces cas – avec enlèvement d'une prothèse et nouvelle implantation lors du même séjour – présentent une consommation élevée de ressources et n'étaient pas représentés de manière adéquate dans la version 12.0 de la structure tarifaire.
- Le DRG de base I03 «*Révision ou remplacement de l'articulation de la hanche avec diagnostic de complication ou arthrodèse ou âge < 16 ans ou interventions bilatérales ou plusieurs grandes interventions sur les articulations des membres inférieurs avec intervention complexe*» a pu être divisé avec comme condition le code CIM T84.5 «*Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse articulaire interne*» et, sur deux jours différents, un «*enlèvement d'endoprothèse totale de hanche*» et une «*implantation d'une endoprothèse totale de hanche lors d'un remplacement de prothèse*». De plus, les cas avec une forte comorbidité s'adaptaient très bien, sur le plan des données de coûts et de prestations, au nouveau DRG I03A et la condition «*PCCL > 4*» a pu être ajoutée dans le split. Les cas coûteux sont ainsi représentés de manière adéquate.
- Le DRG I04A existant a été une fois de plus divisé en un nouveau DRG I04A «*Révision ou remplacement de l'articulation du genou avec diagnostic de complication et intervention en deux temps ou CC les plus sévères*». La condition est ici aussi le code CIM T84.5 «*Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse articulaire interne*» et, sur deux jours différents, un «*enlèvement d'endoprothèse totale standard de genou*» et une «*implantation d'une endoprothèse totale standard de genou lors d'un remplacement de prothèse*». Ici aussi, la logique «*PCCL > 4*» a pu être ajoutée.
- Ces restructurations dans la version 13.0 de la structure tarifaire permettent de garantir que les cas avec séjour hospitalier sont correctement rémunérés lors d'un remplacement de prothèse à court terme en deux temps et qu'il n'y a pas d'incitations inopportunes.

Un demandeur a signalé que les cas avec des interventions particulières pour néoformation maligne des tissus mous étaient sous-rémunérés dans le DRG de base I27 «*Interventions sur les parties molles*» et a demandé à ce que la représentation de ces cas soit vérifiée.

- Suite à ce contrôle, les codes CIM C49.- «*Tumeur maligne du tissu conjonctif et des autres tissus mous*» en lien avec un «*PCCL > 2*» ou des «*transplantations particulières de lambeaux musculaires ou fasciaux*» ont été revalorisés dans le DRG I27A, car ils présentaient une consommation élevée de ressources.

Une analyse dans la MDC 08 a montré que, dans le DRG de base I08 «*Autres interventions sur l'articulation de la hanche et le fémur*», les DRG I08A et I08B ne présentaient pratiquement pas de différences de coûts.

- Les DRG I08A et I08B ont été fusionnés pour former le DRG I08A «*Autres interventions sur l'articulation de la hanche et le fémur avec CC extrêmement sévères et intervention multiple ou procédure complexe ou diagnostic complexe, ou paralysie cérébrale particulière*».

Des analyses de cas particuliers dans les données 2021 ont mis en évidence que les cas coûteux n'étaient pas bien représentés dans le DRG I23B «*Interventions particulières à l'exception de l'articulation de la hanche et du fémur, âge > 11 ans et interventions particulières sur la colonne vertébrale ou le bassin*». Un examen approfondi a par ailleurs montré des cas présentant davantage de «*comorbidités et complications*».

- Dans le split pour le DRG I23A, l'ajout de la condition «*PCCL > 3*» a entraîné une revalorisation adéquate de ces cas.

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

Deux demandes avaient pour objet la revalorisation des reconstructions mammaires avec implant et filet de renforcement. Les demandeurs indiquent que, lors des mastectomies avec reconstruction du sein avec des implants dans le même temps, des matériaux de remplacement/renforcement des tissus (code CHOP 00.9A.2* «*Type de matériau utilisé pour la substitution et le renforcement tissulaires*») sont souvent utilisés pour la stabilisation. Cela permet notamment d'éviter les chirurgies de reconstruction en deux temps. Ces cas de figure sont cependant fortement sous-rémunérés en raison des coûts (de matériaux) élevés.

- Dans nos analyses, nous avons vérifié tous les matériaux pour le remplacement/renforcement des tissus avec le code CHOP 00.9A.2* dans la MDC 09.
- Seuls les cas avec le code CHOP 00.9A.2A «*Utilisation d'une matrice acellulaire animale ou humaine (réticulée ou non)*» présentaient une sous-rémunération. Aucune autre sous-rémunération générale n'était identifiable dans les autres types de tissus.
- Le code CHOP 00.9A.2A a été intégré dans le tableau des «*procédures médicales*» et, en plus, revalorisé dans les DRG J06A et J23A.
- Cette restructuration a permis d'obtenir une représentation adéquate.

Un utilisateur nous a signalé que des cas avec un diagnostic principal de «*sarcoïdose à d'autres localisations*» qui ne sont pas en lien avec une «*sarcoïdose du poumon*» ne sont pas représentés correctement dans la MDC 04.

- Seuls quelques cas étaient concernés par cette situation, en particulier des cas affectés au code CIM D86.3 «*Sarcoïdose de la peau*».
- Afin de favoriser l'homogénéité médicale, le code CIM D86.3 a été déplacé dans le tableau des diagnostics principaux de la MDC 09 et dans le DRG de base J64 «*Infection/inflammation de la peau et du tissu sous-cutané*».
- Ces cas y sont représentés de manière adéquate.

D'autres analyses ont montré que des cas ayant pour diagnostic principal les codes CIM Q81.1 «*Épidermolyse bulleuse létale*» ou Q81.2 «*Épidermolyse bulleuse dystrophique*» ne sont pas représentés de manière adéquate.

- La revalorisation de ces diagnostics dans le DRG de base J61 «*Affections sévères ou moyennement sévères de la peau ou ulcère cutané lors de para/tétraplégie, plus d'un jour d'hospitalisation*» a permis d'obtenir une représentation adaptée aux coûts.

À la suite d'une autre restructuration s'appliquant à toutes les MDC, il est apparu que le split «*enlèvement ou implantation de prothèse ou mammoplastie*» n'avait plus d'effet de séparation des coûts dans le DRG J24A.

- La structure des coûts similaire dans le DRG J24A et B a entraîné la dissolution du split et une fusion de ces deux DRG, tout en maintenant une rémunération adéquate des cas.

Dans le cadre d'une autre restructuration, le code CIM C79.2 «*Tumeur maligne secondaire de la peau*» dans les tableaux pour les néoformations malignes du sein a attiré notre attention. Cet état a été jugé comme n'étant plus adéquat.

- En conséquence, ce code a été déplacé dans le DRG de base J61 «*Affections moyennement sévères de la peau...*» et supprimé des DRG pour les interventions liées à une néoformation maligne du sein (J06, J14, J23, J25, J62).

3.2.12. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques MDC 10

Un demandeur a signalé que les cas avec une thyroïdectomie totale 06.4-06.5 sont, contrairement aux cas avec une hémithyroïdectomie 06.2-06.3, hospitalisés plus longtemps et présentent en conséquence des coûts plus élevés. Un split du DRG K06B en K06C avec «*Hémithyroïdectomie*» et K06B avec «*Thyroïdectomie totale*» a été proposé.

- Les analyses ont permis de confirmer un séparateur de coûts entre les cas avec thyroïdectomie totale et hémithyroïdectomie.
- Un split du DRG K06C en K06B et K06C avec les codes CHOP 06.4X.10 «*Thyroïdectomie totale sans parathyroïdectomie*» et 06.4X.11 «*Thyroïdectomie totale avec parathyroïdectomie*» s'est avéré adéquat et a donc été mis en œuvre.

3.2.13. Maladies et troubles des organes urinaires MDC 11

Il s'est avéré que les cas dans le DRG L70B d'un jour d'hospitalisation étaient plus coûteux que dans le DRG L70A. Le split pédiatrique utilisé jusque-là n'est plus adéquat.

- Les cas associés au code CHOP 59.8X* «*Cathétérisme de l'uretère*» sont désormais regroupés dans le DRG L70A «*Maladies et troubles des organes urinaires avec cathétérisme de l'uretère, un jour d'hospitalisation*».
- Les cas avec enfants < 16 ans sans procédure sont désormais regroupés dans le DRG L70B.

Les nombreuses analyses réalisées ont également démontré que les cas associés au code CIM D59.3 «*Syndrome hémolytique urémique*» ou M31.1 «*Microangiopathie thrombotique*» en lien avec des plasmaphèreses ou des dialyses ne sont pas représentés de manière adaptée aux coûts dans le système.

- Ces cas sont désormais regroupés dans le DRG L37B «*Maladies et troubles des organes urinaires avec traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196/184 points ou diagnostic complexe et procédure particulière*», ce qui a permis d'obtenir une représentation correcte de ces cas.

Les cas avec un diagnostic principal en lien avec le rein (N00*-N28*, Q60*, Q61* et Z94.0) présentent dans le DRG L68B des coûts plus élevés et des durées de séjour plus longues que les cas avec un diagnostic principal en lien avec la vessie (N29-N39, N99.5, N99.8, S37.2*, S37.3*, T19.0, T19.1, T85.71, Z43.5, Z43.6). Selon le demandeur, cela est dû au fait que les traitements réalisés en lien avec les reins concernent tout l'organisme, tandis que la vessie peut souvent être traitée de manière isolée. Pour cette raison, il est proposé de revaloriser les cas avec des diagnostics en lien avec les reins dans

le DRG L68A. De plus, il a été demandé, pour le DRG L68A, de réduire la condition de split de «*âge < 16 ans*» à «*âge < 12 ans*».

- La distinction entre un diagnostic principal en lien avec les reins et un diagnostic principal en lien avec la vessie a pu être identifiée comme séparatrice de coûts.
- Selon différentes analyses, revaloriser les codes CIM proposés dans le DRG L68A et adapter l'âge entraîneraient une sur-rémunération considérable des cas.
- Un split du DRG L68B en L68B et L68C a donc été proposé.
- Le nouveau DRG L68B comprend la condition «*diagnostic principal de néphropathie*» avec les codes N00*-N28*, Q60*, Q61*, Z94.0 proposés par le demandeur et l'ajout du code N29* «*Autres affections du rein et de l'uretère...*».
- Les conditions de split pour le DRG L68A et le nouveau DRG L68C demeurent identiques.

3.2.14. Organes génitaux masculins MDC 12

Dans une demande, il a été proposé de revaloriser les interventions (multiples) chez les patients affectés au code N49.80 «*Gangrène de Fournier chez l'homme*».

- Au cours des analyses, il s'est avéré que les cas affectés au code N49.80 «*Gangrène de Fournier chez l'homme*» en combinaison avec «*Interventions chirurgicales sur le testicule, le scrotum et la tunique vaginale*» (61.* et suivants) ne sont pas encore représentés correctement dans la MDC 12. En conséquence, le diagnostic N49.80 en combinaison avec les interventions chirurgicales sur le testicule, le scrotum et la tunique vaginale a été intégré dans le DRG de base M09 et dans le split du DRG M09A.
- En outre, les codes CHOP pour les «*procédures chirurgicales sur la peau et le tissu sous-cutané*» (86. et suivants) et «*débridements chirurgicaux de grande étendue*» ont été inclus dans le DRG M09B. Ces cas sont ainsi revalorisés et rémunérés de manière adaptée aux coûts.
- Une revalorisation des interventions multiples (comme demandée) a conduit à une dégradation des résultats, car d'une part les cas concernés présentent de faibles coûts journaliers et, d'autre part, les high-outliers sont mieux rémunérés au moyen des suppléments.

Une autre demande nous est parvenue indiquant que le diagnostic N41.0 «*Prostatite aiguë*» dans le DRG M62Z est plus mal rémunéré que le diagnostic N30.0 «*Cystite aiguë*» dans le DRG L63D, malgré un traitement plus coûteux avec une antibiothérapie et un séjour hospitalier plus longs. Il a été demandé de concevoir le regroupement de telle sorte que cette charge plus élevée soit représentée de manière adaptée aux coûts.

- Suite à nos analyses, nous n'avons pas confirmé cette observation, mais plutôt la situation inverse. Dans nos données, les cas associés à une cystite aiguë se sont révélés plus coûteux.
- Le DRG M62Z «*Infection ou inflammation des organes génitaux masculins*» a pu cependant être divisé avec la condition «*PCCL > 2*» et aider ainsi à la revalorisation des cas présentant des diagnostics supplémentaires pertinents.

3.2.15. Organes génitaux féminins MDC 13

Une utilisatrice nous a fait part d'une information précieuse concernant la présence d'une sous-rémunération dans le groupement d'une hystérectomie radicale. Une «*hystérectomie totale*» (68.41) est regroupée en combinaison avec d'autres procédures dans le DRG N01C, elle est ainsi plus fortement rémunérée que l'«*hystérectomie radicale*» (68.61) dans la même situation, qui est regroupée dans le DRG N11A.

Des analyses approfondies ont conduit à une réorganisation des DRG N01 et N04 par une restructuration de plus grande envergure et à une division plus différenciée.

- Il s'est avéré pertinent de regrouper la représentation des divers types d'hystérectomies dans leurs propres DRG. Le DRG de base N01 a été modifié en un DRG pour la représentation de l'hystérectomie pour néoformation maligne, tandis que le nouveau DRG N04 représente les hystérectomies sans néoformation maligne.
- Concrètement, le DRG de base N01 contient les codes pour les hystérectomies radicales, totales ou subtotaux, le debulking, les grandes interventions abdominales ou l'éviscération pelvienne pour néoformation maligne. Dans le DRG N01A sont regroupés les cas avec «*Hystérectomie avec CC extrêmement sévères ou traitement complexe de soins intensifs > 119 points ou grande intervention abdominale avec excision de ganglions lymphatiques, ou debulking ou éviscération pelvienne chez la femme ou grande intervention abdominale ou excision de ganglions lymphatiques avec CC sévères, pour néoformation maligne*». Dans le DRG N01B sont regroupés les cas avec «*Hystérectomie ou debulking ou éviscération pelvienne chez la femme ou grande intervention abdominale ou excision radicale des ganglions lymphatiques, pour néoformation maligne*». Le DRG N01C contient l'«*Hystérectomie radicale ou excision régionale des ganglions lymphatiques pour néoformation maligne*» et le DRG N01D chaque «*Hystérectomie pour néoformation maligne*» qui n'a pas trouvé sa place ailleurs.
- Sans néoformation maligne, une hystérectomie est regroupée dans le DRG N04, comme précédemment. De nouveaux splits conduisent à une représentation plus adaptée aux coûts. Dans le DRG N04A sont regroupés les cas avec «*Hystérectomie sauf en cas de néoformation maligne avec CC extrêmement sévères ou traitement complexe de soins intensifs > 119 points, ou excision de ganglions lymphatiques ou diagnostic particulier avec CC sévères*». Le DRG N04B représente les cas avec «*Hystérectomie sauf en cas de néoformation maligne avec CC extrêmement sévères ou traitement complexe de soins intensifs > 119 points, ou excision de ganglions lymphatiques ou diagnostic particulier*». Le DRG N80.5 «*Endométriose de l'intestin*» s'est révélé en particulier être un diagnostic coûteux. Dans le DRG N04C sont regroupés tous les autres cas d'hystérectomie sans néoformation maligne.
- Les excisions de ganglions lymphatiques ne sont plus représentées dans le DRG de base N04, mais sont regroupées à la place dans le DRG N06 où ils sont représentés de manière adéquate.
- Ces restructurations ont eu des répercussions également dans le DRG N33Z. La «*Procédure opératoire particulière en quatre temps*» a été remplacée par la «*Procédure opératoire particulière en plusieurs temps*». En outre, un PCCL > 4 avec interventions particulières a été ajouté comme condition. Le DRG N33Z étant très haut dans la hiérarchie des demandes, il représente un grand nombre de cas très coûteux.

Dans une autre demande, il nous a été proposé de revaloriser la suspension et la fixation par laparoscopie du DRG N06C (codes CHOP 70.77, 70.78 et 69.22 en combinaison avec le code 54.21.20). Cette demande parlait également de la colpectomie (70.4X.20 et -30) qui avait déjà été revalorisée dans le DRG N06A bien que celle-ci présentait même, selon le demandeur, de plus faibles coûts moyens.

- Nos analyses ont conduit à ce que d'une part le code CHOP 70.77 «*Suspension et fixation du vagin*» puisse être intégré dans le tableau existant du DRG N06B (qui contenait déjà les codes 70.78 et 69.22), et d'autre part à ce qu'une condition supplémentaire soit introduite avec le code CHOP 54.21.20 «*Laparoscopie, voie d'abord pour interventions chirurgicales (thérapeutiques)*». Les cas sans laparoscopie sont ainsi regroupés dans le DRG N06C. Les cost-weights des DRG N06B et N06C sont tous les deux augmentés, et les coûts sont plus homogènes dans ces DRG.
- De plus, les cas avec une colpectomie se sont avérés peu coûteux dans le DRG N06A. En conséquence, la colpectomie a été à nouveau dépréciée dans le DRG N06B. Cela renforce encore

les résultats et conduit en fin de compte à une amélioration et à une rémunération adéquate de tous les cas.

- Dans le cadre de larges restructurations, le DRG N04 a également été révisé. Désormais, ce sont principalement les hystérectomies qui y sont représentées. Les critères de split existants, tels que les procédures coûteuses en cas d'hystérectomie, n'étaient alors plus fonctionnels. L'hystérectomie avec les interventions supplémentaires 70.77/70.78/69.22 n'a ainsi pas pu être revalorisée dans la version 13.0.

3.2.16. Nouveau-nés MDC 15

Dans le catalogue CHOP 2021, un nouveau code 99.A8.1- «*Diagnostic néonatalogique et surveillance dans une unité de soins néonatalogiques (Special, Intermediate, Intensive), ...*» a été ajouté. Avec les données livrées pour 2021, SwissDRG SA a pu vérifier cette nouvelle représentation au moyen des données de coûts.

- Les codes CHOP 99.A8.12, -.13, -.14 «*Diagnostic néonatalogique ..., de plus de 24 heures*» ont été ajoutés dans la MDC 15 et représentés comme critère de split dans les DRG P60B, P67A et P66B en complément des logiques existantes avec «*Traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196 points*».

L'isolement d'un nouveau-né négatif au COVID se retrouve dans le DRG P67C tandis qu'un traitement complexe de nouveau-né pendant jusqu'à 6 jours se retrouve dans le DRG P67D plus faiblement rémunéré. Un demandeur souhaite donc que soit vérifié si mettre au même niveau les codes CHOP 93.59.50 «*Traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants, jusqu'à 6 jours de traitement*» et 99.84.25 «*Isolement contre l'infection par gouttelettes, jusqu'à 6 jours de traitement*» permettrait une représentation adéquate.

- Les codes 93.59.50 – 53 «*Traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants, jusqu'à 6 jours de traitement – 21 jours et plus de traitement*» ont été ajoutés dans le DRG P67C et mis au même niveau que les codes CHOP 99.84.25 – 2F «*Isolement contre l'infection par gouttelettes, jusqu'à 6 jours de traitement – 84 jours et plus de traitement*».
- Cela a permis d'obtenir une représentation appropriée.

D'autres examens de la MDC 15 ont mis en évidence les codes CIM Z38.3-Z38.5 «*Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance, jumeaux...*» et Z38.6-Z38.8 «*Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance, autres naissances multiples...*» dans le DRG P67 en raison d'une sur-évaluation.

- La condition de split «*Nouveau-né jumeau...*» a été supprimée du DRG P67B.

En outre, les codes CIM sous-évalués P21.0 «*Asphyxie obstétricale grave*» et P07.2 «*Immaturité extrême*» ont été déplacés de «*Autres problèmes chez le nouveau-né*» à la fonction «*Problème grave chez le nouveau-né*» pour les revaloriser.

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

Dans les données, il est apparu que les DRG Q03A et Q03B présentent un faible nombre de cas et que les conditions de split ne sont plus séparatrices de coûts.

- Ainsi, les DRG Q03A et Q03B ont été fusionnés pour former le DRG Q03Z «*Petites interventions pour maladies du sang, des organes hématopoïétiques et du système immunitaire*».

3.2.18. Néoplasmes hématologiques et solides MDC 17

Il est apparu que les conditions de split des DRG R50B et R50C ne sont plus séparatrices de coûts.

- Ainsi, les DRG R50B et R50C ont été fusionnés pour former le DRG R50B «*Chimiothérapie hautement complexe, deux séries de traitement ou chimiothérapie hautement complexe avec isolement protecteur à partir de 14 jours de traitement ou traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196/360 points*».

De même, les DRG R63D et R63E ont été fusionnés pour former le DRG R63D «*Autre leucémie aiguë, plus d'un jour d'hospitalisation, âge < 18 ans avec chimiothérapie complexe*» en raison d'un trop faible nombre de cas.

Les patients avec un prélèvement de cellules souches autologue qui reçoivent ensuite, au cours du même séjour, une chimiothérapie sont regroupés dans le DRG de base R60 «*Leucémie myéloïde aiguë...*» de la MDC en raison du déplacement vers le DRG de base A42 «*Prélèvement de moelle osseuse ou de cellules souches, autologue*». Ici, les analyses de données ont montré une sous-rémunération.

- La logique «*Chimiothérapie et prélèvement de cellules souches hématopoïétiques, autologue*» a pu être ajoutée comme critère de split pour le DRG R60B. Ces cas sont maintenant représentés de manière adéquate.

3.2.19. VIH MDC 18A

Ces dernières années, peu de cas avec une maladie due au VIH comme motif principal de l'hospitalisation ont été regroupés dans la MDC 18A. Les manifestations spéciales d'une maladie due au VIH ont été affectées aux autres MDC par organe en fonction de leur diagnostic principal (par exemple CIM B37.0 Stomatite à Candida). Pour cette raison, il n'était pas pertinent de maintenir une MDC propre à la représentation des maladies dues au VIH et la MDC 18A a été supprimée. Les diagnostics principaux «*Maladies dues au VIH*» B20-B24 sont désormais affectés à la MDC 18B et au DRG de base T63 «*Affection virale*».

3.2.20. Maladies infectieuses et parasitaires MDC 18B

Dans le DRG T60G «*Septicémie, décédé < 5 jours après admission*» ont été identifiés des cas coûteux qui étaient sous-rémunérés.

- L'examen de ces cas a montré que tous ces cas présentent au moins une procédure opératoire, sont plus coûteux et seraient représentés de manière adaptée aux coûts dans le DRG T60F.
- Ainsi, la condition de split pour le DRG T60F a été élargie avec «*ou procédure opératoire*».

3.2.21. Maladies psychiques MDC 19

Un demandeur nous a signalé que les opérations de féminisation du visage pour la dysphorie de genre homme vers femme durent très longtemps et sont réalisées dans la plupart des cas par deux équipes chirurgicales. Ces cas sont donc très coûteux et sous-rémunérés dans le DRG U01B.

- Nos analyses ont confirmé une sous-rémunération des cas avec le code CHOP 76.2X.12 «*Réssection (ostectomie modelante) d'os de la face*» dans le DRG U01B.
- Ainsi, ce code CHOP a été ajouté dans la condition de split pour le DRG U01A «*Opération de changement de sexe avec intervention complexe ou coûteuse*» et ainsi revalorisé.

De même, une autre demande nous est parvenue concernant le DRG de base U01, dans laquelle l'auteur souhaite une analyse de l'homogénéité du DRG U01A à la recherche de potentiels séparateurs de

coûts, en particulier en ce qui concerne le traitement complexe en USI/U-IMC < 553 points et les opérations suivantes.

- Dans nos analyses, les points de dépense USI ou U-IMC se sont avérés non séparateurs de coûts.
- Mais les cas avec plusieurs interventions réalisées à des jours différents étaient sous-rémunérés dans le DRG U01B.
- En élargissant les conditions de split pour le DRG U01A avec la fonction «*Procédures opératoires particulières en plusieurs temps*», ces cas ont été revalorisés et sont représentés de manière adaptée aux coûts dans le DRG U01A.

Les conditions de split «*âge < 18 ans ou CC extrêmement sévères*» pour le DRG U63A n'apparaissent plus comme une caractéristique séparatrice de coûts.

- Ainsi, les DRG U63A et U63B ont été fusionnés pour former le DRG U63Z «*Troubles affectifs ou hallucinatoires sévères, plus d'un jour d'hospitalisation*».

3.2.22. Traumatisme multiple MDC 21A

Dans le DRG W01A «*Traumatisme multiple avec traitement sous vide complexe ou intervention microvasculaire ou traitement complexe de soins intensifs > 392/552 points*» ont été identifiés des cas très coûteux sous-rémunérés.

- Les analyses ont montré qu'il s'agit en particulier de cas avec un PCCL > 3 pour lesquels des interventions ont eu lieu à plusieurs localisations.
- En élargissant la condition de split pour le DRG de base W36 avec PCCL > 3 et la fonction «*Interventions sur plusieurs localisations*» en combinaison avec d'autres situations particulières, ces cas coûteux ont été revalorisés dans le DRG de base W36 où ils sont représentés de manière adéquate.

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

Les contrôles de cas dans le DRG de base 901 «*Procédure opératoire étendue sans rapport avec le diagnostic principal*» et 902 «*Procédure opératoire non étendue sans rapport*» ont mis en évidence différents cas avec des interventions sur les testicules qui n'étaient pas représentés de manière adéquate. L'affectation des codes CHOP suivants dans le DRG X06 dans la MDC 21B a conduit à pouvoir représenter de manière adéquate les interventions sur le testicule après un traumatisme dans la région génitale.

- 62.0 «*Incision de testicule*»
- 62.2 «*Excision ou destruction de lésion de testicule*»
- 62.3X.10 «*Orchidectomie unilatérale, scrotale, sans épидидymectomie*»
- 62.3X.11 «*Orchidectomie unilatérale, scrotale, avec épидидymectomie*»
- 62.3X.20 «*Orchidectomie unilatérale, testicule inguinal, sans épидидymectomie*»
- 62.3X.21 «*Orchidectomie unilatérale, testicule inguinal, avec épидидymectomie*»
- 62.3X.30 «*Orchidectomie unilatérale chirurgicale ouverte, testicule abdominal*»
- 62.3X.31 «*Orchidectomie unilatérale par laparoscopie, testicule abdominal*»
- 62.3X.40 «*Orchidectomie unilatérale radicale*»
- 62.3X.99 «*Orchidectomie unilatérale, autre*»
- 62.41 «*Ablation simultanée des deux testicules*»
- 62.42 «*Ablation du testicule restant*»
- 62.5 «*Orchidopexie*»
- 62.61 «*Suture de lacération de testicule*»
- 62.69 «*Autre réparation de testicule*»

3.2.24. 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 129 918 939,31 au total a été entrepris pour 27 887 cas issus des données de calcul.

3.2.25. Rémunérations supplémentaires – modifications

Les rémunérations supplémentaires CHOP suivantes ont été établies:

- Diagnostic génomique complet de tumeurs solides, profilage de tumeur de plus de 100 gènes
- Résection de l'aorte thoracique avec remplacement par prothèse hybride

Les rémunérations supplémentaires CHOP suivantes ont été supprimées:

- Radiothérapie intravasculaire sélective [SIRT]
- Radiothérapie par ciblage de récepteurs avec l'analogue de la somatostatine TATE [octréotate] conjugué au DOTA

Les codes CHOP suivants ont été intégrés dans les rémunérations supplémentaires existantes:

- Code CHOP pour la technique de greffe parallèle (39.73.36, 39.73.37) intégré dans la RS-122
- Code CHOP pour la technique de greffe parallèle (39.71.31, 39.71.32) intégré dans la RS-123
- Code CHOP pour la technique de greffe parallèle (39.7A.22) intégré dans la RS-152

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

- Argatroban, voie intraveineuse
- Canakinumab, voie sous-cutanée
- Caplacizumab, voie intraveineuse
- Cémiplimab, voie intraveineuse
- Dinutuximab bêta, voie intraveineuse
- Eltrombopag, voie orale
- Hémine, voie intraveineuse
- Létermovir, voie intraveineuse
- Osimertinib, voie orale
- Ravulizumab, voie intraveineuse
- Tréosulfan, voie intraveineuse

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

- Erlotinib, voie orale
- Trastuzumab, voie sous-cutanée

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

- Trastuzumab (désormais également par voie sous-cutanée, en plus de la voie intraveineuse et intrathécale)

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

- Adalimumab, voie sous-cutanée/intraveineuse
- Amphotéricine B, voie intraveineuse
- Antithrombine III, voie intraveineuse
- Atézolizumab, voie intraveineuse
- Bévacizumab, voie intraveineuse
- Blinatumomab, voie intraveineuse
- Facteur VIII de coagulation, recombinant, voie intraveineuse
- Crizotinib, voie orale
- Immunoglobuline anti-cytomégalovirus, voie intraveineuse
- Dabrafénib, voie orale
- Daratumumab, voie sous-cutanée
- Fibrinogène, humain, voie intraveineuse
- Glécaprévir et pibrentasvir, voie orale
- Infliximab, voie intraveineuse/sous-cutanée
- Isavuconazole, voie orale
- Macitentan, voie orale
- Obinutuzumab, voie intraveineuse
- Palbociclib, voie orale
- Posaconazole, voie intraveineuse
- Rituximab, voie sous-cutanée
- Romiplostim, voie sous-cutanée
- Sofosbuvir et velpatasvir, voie orale
- Sofosbuvir, velpatasvir et voxilaprévir, voie orale
- Tocilizumab, voie intraveineuse
- Tocilizumab, voie sous-cutanée
- Ustékinumab, voie intraveineuse

Les classes posologiques inférieures suivantes ont été supprimées pour les rémunérations supplémentaires:

- Abiratérone, voie orale
- Azacitidine, voie sous-cutanée/intraveineuse
- Lénalidomide, voie orale
- Romiplostim, voie sous-cutanée

Les classes posologiques ont été optimisées et parfois élargies avec des classes posologiques adaptées vers le bas pour les rémunérations supplémentaires suivantes:

- Immunoglobuline anti-cytomégalovirus, voie intraveineuse
- Rituximab, voie sous-cutanée
- Facteur XIII de coagulation, voie intraveineuse
- Crizotinib, voie orale
- Romiplostim, voie sous-cutanée
- Nivolumab, voie intraveineuse
- Ruxolitinib, voie orale

Les classes posologiques pédiatriques ont été supprimées pour les rémunérations supplémentaires suivantes:

- Caspofungine, voie intraveineuse
- Pegfilgrastim, voie sous-cutanée

Pour la rémunération supplémentaire suivante, les limites d'âge des classes posologiques pédiatriques ont été adaptées et, parallèlement, une classe posologique pédiatrique a été définie comme une classe posologique pour adultes:

- Immunoglobuline, normale humaine, administration intravasculaire, voie intraveineuse

3.3. Aperçu de la procédure de demande

Dans le cadre de la procédure de demande, 175 demandes ont été déposées au total en 2022 pour le perfectionnement du système de forfait par cas SwissDRG. Parmi elles, 118 ont été appliquées, soit un taux de mise en œuvre de 67%.

3.4. Conclusion

Le perfectionnement de la structure tarifaire dans les domaines de la médecine intensive et de la paraplégie ouvre la voie à une évolution prometteuse de la structure tarifaire.

La version SwissDRG 13.0 est ainsi une structure tarifaire très différenciée dont l'utilisation permet une rémunération adéquate et adaptée aux prestations en fonction de la gravité du cas, pour toutes les catégories hospitalières, et qui a conduit à une nette amélioration de la qualité du système dans son ensemble.

4. Méthode de calcul

La méthode de calcul détaillée est disponible dans le document «Méthode de calcul». Dans la version 13.0, par rapport à la version 12.0, la réduction pour transfert journalier n'est désormais appliquée que pour les cas transférés dont la durée de séjour est inférieure de plus d'un jour à la durée de séjour moyenne des cas dans le DRG concerné. À cette fin, la formule de calcul de la réduction pour transfert journalier a été adaptée. Il en résulte de manière générale des réductions pour transfert journalier nominalement plus élevées, mais qui sont cependant appliquées un jour de moins par rapport à avant.

De plus, la répartition des différentes composantes de coûts entre coûts principaux, coûts différentiels et coûts mixtes a été révisée.

4.1. Détermination des cost-weights

Pour la version SwissDRG 13.0, 1082 DRG ont été calculés dans le résultat sur la base des données suisses.

Pour 21 DRG, les données de l'année 2019 ont également été utilisées en raison d'un nombre trop faible de cas. Pour 9 autres DRG, des cas issus de trois années de données (2021/2019/2018) 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 les DRG concernés.

4.2. Calcul de la valeur de référence

La collecte 2022 des données 2021 comprend 95,3% des cas de toute la Suisse dans le domaine d'application de SwissDRG. Le nombre de cas de cette collecte de données 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 13.0 soit identique à la somme des cost-weights effectifs de ces cas avec la version 12.0:

$$\text{Casemix}_{\text{Version 13.0}}^{\text{Données 2021}} = \text{Casemix}_{\text{Version 12.0}}^{\text{Données 2021}}$$

La valeur de référence pour la version SwissDRG 13.0 s'élève à CHF 10 617. Pour la version 12.0, une valeur de référence de CHF 10 314 a été déterminée.

4.3. Calcul des suppléments et réductions

Les suppléments et réductions normaux, non liés à des transferts, pour la version 13.0 sont calculés selon la même méthode que pour la version 12.0. Cependant, en raison de la redistribution des composantes de coûts entre coûts principaux, coûts différentiels et coûts mixtes, d'autres valeurs entrent dans le calcul des suppléments et réductions.

631 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 13.0, il en résulte 184 DRG implicites d'un jour d'hospitalisation, contre 190 DRG implicites d'un jour d'hospitalisation pour la version 12.0.

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 13.0.

Base des données

Les données 2021 ont été utilisées pour la version 13.0. Les données globales de la statistique médicale de l'Office fédéral de la statistique contenaient les données de 189 hôpitaux de médecine somatique aiguë. L'échantillon des hôpitaux du réseau SwissDRG est de 149.

Tableau 1: Nombre d'hôpitaux

	Version 13.0 Données 2021	Version 12.0 Données 2019
Hôpitaux du réseau	149	141
Données globales	189	182

Au total, 1 197 531 cas pertinents pour le système SwissDRG ont été fournis par les hôpitaux du réseau, ce qui correspond à tout juste 95,3% des cas suisses de médecine somatique aiguë.

Tableau 2: Nombre de cas livrés

		Version 13.0 Données 2021	Version 12.0 Données 2019
Hôpitaux du réseau	Livrés	1 201 565	1 190 448
	Domaine d'application SwissDRG	1 197 531	1 182 252
Données globales	Livrés	1 258 124	1 279 234
	Domaine d'application SwissDRG	1 257 147	1 278 953

Pour la version 13.0, 23 264 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 12.0, 24 830 cas privés ou semi-privés avaient été exclus.

Durant la phase de contrôle de la plausibilité, 115 384 cas (9,8% de la base de données avant contrôle de la plausibilité) ont été identifiés comme non plausibles. 12 hôpitaux/cliniques ont été notamment complètement exclus. En outre, une exclusion partielle clairement délimitée a été entreprise dans un

hôpital. Les données rendues plausibles correspondent à la base de données pour le développement de la structure tarifaire SwissDRG 13.0. Ainsi, 88,1% 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 13.0 a été réalisé sur 1 058 822 cas de l'année 2021 plus 846 cas de l'année 2019 et 126 cas de l'année 2018.

Tableau 3: Érosion des données

Total des données	Relevé SwissDRG	
1 258 124	1 201 565	Cas livrés
↓	↓	- Psychiatrie / Réadaptation - Cas ambulatoires - Sortie en dehors de la période du relevé
1 257 147	1 197 531	Cas dans le domaine d'application (y compris maisons de naissances)
	↓	- Cas privés non utilisables - Cas sans coûts complets
	1 174 206	Base de données avant plausibilisation
	↓	- Plausibilisation des cas (incl. suppression totale de 12 hôpitaux)
	1 058 822	Cas plausibles 2019 (données de calcul)
		+ 846 cas provenant des données 2019 + 126 cas provenant des données 2018

} Développement du système

Nombre de DRG

Tableau 4: Nombre de DRG et rémunérations supplémentaires

	Version 13.0 Données 2021	Version 12.0 Données 2019*
Nombre total de DRG	1082	1077
DRG facturables	1078	1073
DRG pour maisons de naissance	8	8
DRG non évalués, annexe 1	0	0
Rémunérations supplémentaires évaluées, annexe 2	165	156
Rémunérations supplémentaires non évaluées, annexe 3	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 11.0, 12.0 et 13.0, respectivement sur la base des données 2021. 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 V13.0)
V13.0	2021	0,781	0,867
V12.0	2021	0,766	0,847
V11.0	2021	0,762	0,845

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.