

23 avril 2024

Aperçu des axes de développement de la version 14.0

Concernant les axes de développement, on notera en particulier l'examen des cas particulièrement coûteux, grâce auquel il a également été possible, pour certains cas avec un traitement par cellules CAR-T, d'affecter les coûts des produits à un forfait par cas. La création de la nouvelle fonction «*Situations coûteuses avec néoformations malignes*» en tant que critère de split a permis d'améliorer la représentation des cas coûteux dans le traitement des néoformations malignes. Le développement de la version 14.0 s'est accompagné d'une analyse intensive des cas présentant une «*réadaptation précoce*».

Le perfectionnement dans le domaine de la pédiatrie s'est poursuivi et la matrice CC a également été révisée. La MDC 13 «*Maladies et troubles des organes génitaux féminins*» a pu être adaptée en profondeur grâce au soutien de la société médicale de cette discipline.

De plus, la représentation des patients souffrant d'une «*paraplégie*» ou suivant un «*traitement complexe de médecine palliative*» a été à plusieurs fois analysée et davantage différenciée sur la base des données de l'année 2022.

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

Traitement par cellules CAR-T

Des accords tarifaires et de livraison spécifiques existent depuis des années pour les principes actifs utilisés dans le traitement par cellules CAR-T. Le Conseil fédéral/l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a demandé à SwissDRG SA d'intégrer dès que possible les produits pour le traitement par cellules CAR-T dans la structure tarifaire et de supprimer ainsi les réglementations spéciales. Pour ce faire, la liste des codes ATC pour les substances et les principes actifs a été implémentée dans le logiciel de développement. Dans un premier temps, seuls les cas présentant un diagnostic de «*lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB)*» en combinaison avec les principes actifs «*CH00102 lisocabtagène maraleucel; L01XX70 axicabtagène ciloleucel; L01XX71 tisagenlecleucel*» et le code CHOP 41.0F.13 «*Transplantation de cellules CAR [chimeric antigen receptor]-T*», y compris les coûts des produits, ont été intégrés dans la structure tarifaire. Il en a résulté un nouveau DRG de base A20 «*Traitement par cellules CAR-T pour LDGCB*» établi dans la pré-MDC. Tous les autres principes actifs pour les traitements par cellules CAR-T continuent d'être rémunérés en tant que rémunération supplémentaire et avec le DRG A15A «*Transplantation de moelle osseuse ou transfusion de cellules souches, autologue avec intervention multiple ou traitement complexe de soins intensifs > 360 points ou avec CC les plus sévères ou chimiothérapie hautement complexe et situation coûteuse, âge < 18 ans ou thérapie cellulaire particulière*» dans la version 14.0.

Tumor board

Les discussions interdisciplinaires concernant les cas de tumeurs sont coûteuses; leur représentation différenciée dans la structure tarifaire a déjà été examinée avec les données 2021. Il s'est également avéré, au regard des données actuelles, que l'inclusion du code CHOP 89.93 «*Discussion interdisciplinaire de cas de tumeur (tumor board)*» n'est pas, à elle seule,

un bon séparateur de coûts. Après un grand nombre de simulations, d'analyses de données et de nettoyage de tableaux avec des biopsies ouvertes ou endoscopiques, une nouvelle fonction «*Situations coûteuses avec néoformation maligne*» a été établie avec les conditions suivantes:

«*Discussion interdisciplinaire de cas de tumeur (tumor board)*» en relation avec un diagnostic de «*néoformation maligne*» avec «*chimiothérapie complexe*» ou «*procédure diagnostique*», et «*procédure particulière*»

La nouvelle fonction a été implémentée dans 15 DRG de base différents dans la version 14.0 et permet d'améliorer la représentation des cas coûteux.

Pédiatrie

Dans les données 2022 ont été transmis pour la première fois des coûts pour les nouveaux codes CHOP présentant un nombre peu élevé de points de dépense pour des nouveau-nés et des enfants avec un séjour en unité de soins intensifs et/ou intermédiaires. Les critères de split existants avec des nombres peu élevés de points pour les adultes ont été systématiquement vérifiés afin de déterminer si l'ajout des nouveaux codes CHOP pour les nouveau-nés/enfants avec un nombre de points de dépense comparable est également indiqué dans cette population. Les résultats sont présentés dans la partie «*1. Pédiatrie et néonatalogie*».

Palliative Care

Dans la version 14.0, la représentation des enfants avec un «*traitement complexe de médecine palliative, ...*» a fait l'objet d'un examen approfondi. La représentation/le remboursement des cas de soins palliatifs a également été analysé(e) à plusieurs reprises sur la base des données des différentes catégories d'hôpitaux. Les modifications sont décrites en détail dans la partie «*2. Palliative Care*».

Paraplégie

Comme c'était le cas pour les versions 12.0 et 13.0, la représentation de cas avec un traitement complexe de patients paraplégiques s'avère difficile dans la version 14.0 en raison de la très grande hétérogénéité de ces cas.

Le perfectionnement a été poursuivi sur la base de conseils d'utilisateurs et de nos propres analyses approfondies. Les adaptations retenues sont décrites en détail dans la partie «*5. Paraplégiologie*».

Réadaptation précoce

La représentation des cas avec une «*réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce*» ou une «*réadaptation précoce multidisciplinaire*» a également fait l'objet d'un examen approfondi pour la version 14.0 sur la base des données de l'année 2022. Les résultats sont présentés dans la partie «*6. Réadaptation précoce*».

MDC 13 «Maladies et troubles des organes génitaux féminins»

En collaboration avec la société de la discipline médicale, des demandes et remarques concernant la représentation des cas avec une «*intervention pour prolapsus avec ou sans hystérectomie*» en gynécologie ont pu être contrôlées de manière approfondie et donner lieu à des adaptations. Il en a résulté une restructuration complexe au sein du DRG de base N04 «*Hystérectomie ou ovariectomie ou interventions complexes sur les trompes utérines, sauf pour néoformation maligne*». La révision complète de la structure des codes CHOP «*Chirurgie*

du prolapsus» avec le catalogue CHOP 2024 s'est également avérée difficile. Cette situation a déjà dû être prise en compte lors des restructurations.

Matrice CC

Pour la version 14.0 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, qui a donné lieu à l'ajout de 11 diagnostics CIM dans la matrice CC et à la suppression de 5 diagnostics de la matrice CC. 3 diagnostics CIM ont été revalorisés ou dépréciés en fonction des DRG. Des dépréciations spécifiques aux DRG ont eu lieu pour 51 diagnostics au total.

En outre, 5 splits par PCCL supplémentaires ont pu être établis et 6 splits par PCCL ont été adaptés. Dans l'ensemble, ces adaptations garantissent une différenciation toujours croissante de la logique des degrés de gravité.

Adaptations de la méthode de calcul

La méthode de calcul actuelle des bornes supérieures et inférieures de durée de séjour peut conduire, dans un DRG avec une courte durée moyenne de séjour et un écart-type très faible de la durée de séjour, à ce que la borne supérieure et la borne inférieure se situent mathématiquement toutes deux à exactement deux jours. Cette situation n'est pas adaptée au caractère forfaitaire du système tarifaire SwissDRG, car le DRG concerné ne comporte de facto pas d'intervalle d'inliers. Les cas dont la durée de séjour est d'un jour bénéficient d'une réduction; à partir d'une durée de séjour de trois jours, un supplément par jour est facturé. Bien qu'un *cost weight* d'inliers soit calculé pour les cas avec une durée de séjour de deux jours, cette structure de rémunération correspond en fait à un forfait journalier.

Pour la version 14.0, la méthode de calcul a été adaptée de manière à ce que, dans de tels cas, la borne supérieure de durée de séjour calculée soit augmentée d'un jour. L'intervalle des inliers se situe désormais entre deux et trois jours, un supplément n'étant facturé qu'à partir du quatrième jour. Ainsi, même dans de tels cas, une rémunération forfaitaire est garantie sur la période d'un intervalle d'inliers de plusieurs jours.

Représentation de domaines spéciaux de prestations dans la version SwissDRG 14.0/2025

La structure tarifaire SwissDRG version 14.0 comprend des étapes d'évolution d'ordre médical pour de nouvelles prestations, pour des différenciations de prestations ainsi que pour d'autres rémunérations supplémentaires.

En général, les prestations des domaines spécialisés cités plus bas, fournies dans les hôpitaux et cliniques de soins intensifs aigus, sont bien représentées par la version SwissDRG 14.0 et peuvent être tarifées selon les règles de facturation correspondantes.

1. Pédiatrie et néonatalogie

Définition:

Ce domaine de prestation est représentable de façon claire et différenciée avec les codes CHOP.

Données:

Les données sont transmises à SwissDRG SA.

Représentation actuelle:

Avec les données de 2022 ont été transmis pour la première fois des nombres peu élevés de points de dépense pour les nouveau-nés et les enfants dans «*traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires NN/enfants 1 à 65 points*», «*traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires NN/enfants 66 à 130 points*» et «*traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires NN/enfants 131 à 196 points*» qui ont donc dès lors pu être vérifiés.

Suite à cet examen, les points de dépense pour les séjours en soins intensifs/intermédiaires ont été adaptés dans les DRG suivants:

- MDC 01: B02A / B03A → «*Traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 130 points*»
- MDC 04: DRG de base E87 et DRG E87A → «*Traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 65 points*»
- MDC 05: F73A → «*Traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 65 points*»
- MDC 06: G67A → «*Traitement complexe de soins intensifs > 130 points*»
- MDC 09: J87Z → «*Traitement complexe de soins intensifs > 130 points*»
- MDC 11: L87Z → «*Traitement complexe de soins intensifs > 130 points*»
- MDC 14: DRG de base O38 → «*Traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 130 points*»
- MDC 15: P66B / P67B → «*Traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 130 points*»
- MDC 21: X62B / X86A → «*Traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 65 points*»

Les analyses de cas sous-rémunérés dans le DRG P05C «*Nouveau-né, poids à l'admission > 1999 g avec procédure opératoire significative ou traitement complexe de soins intensifs > 392 points ou traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 1470 points ou traitement complexe de soins intensifs particulier avec points de traitement complexe en unité de soins intermédiaires*» qui ne remplissaient pas la condition de split «*Plusieurs problèmes sévères*» pour le DRG P05B ont montré une consommation élevée de ressources en raison de traitements de soins intensifs en lien avec un «*problème sévère chez le nouveau-né*». En conséquence, la fonction «*problèmes sévères chez le nouveau-né*» en lien avec «*traitement complexe de soins intensifs > 588 points*» ou «*traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 980 points*» est venue élargir la condition de split pour P05B.

Un examen du DRG 963Z «*Diagnostic néonatal incompatible avec âge ou poids*» a montré que des cas avec un diagnostic principal P78.0 «*Perforation intestinale périnatale*» et un «*Poids à l'admission > 2500 g*» sont regroupés dans ce DRG. Selon les directives du manuel de codage, les maladies qui trouvent leur origine dans la période périnatale doivent être codées avec ce code CIM même après la fin de la période périnatale. Pour répondre à cette exigence, le code CIM P78.0 a été intégré dans le tableau des diagnostics principaux de la MDC 06 «*Maladies et troubles des organes digestifs*» et affecté au DRG de base G70 «*Autres affections sévères des organes digestifs ou cathéter cutanéopéritonéal*». Les nouveau-nés avec le diagnostic principal P78.0 et un poids à l'admission < 2500 g continuent d'être regroupés comme il se doit dans la MDC 15.

Les splits par âge existants ont été analysés et adaptés sur la base des données. De plus, de nouveaux splits par âge ont pu être établis ou adaptés dans la version 14.0:

- DRG G71A: Ajout de «*âge < 16 ans*»
- DRG H63C: Modification de «*âge < 6 ans*» en «*âge < 16 ans*»
- DRG I66B: Ajout de «*âge < 16 ans*»
- DRG I76A: Ajout de «*âge < 16 ans*»

- DRG I30B: Modification de «*âge < 16 ans*» en «*âge < 18 ans*»
- DRG K62A: Modification de «*âge < 6 ans*» en «*âge < 16 ans*»
- DRG K64A: Ajout de «*âge < 16 ans*» et diagnostics particuliers
- DRG L18A: Ajout de «*âge < 18 ans*»
- DRG L70A: Ajout de «*âge < 16 ans*»
- DRG R63C: Ajout de «*âge < 18 ans*» et chimiothérapie complexe
- DRG F31C: Ajout de «*âge < 16 ans*» et procédures particulières

Évaluation:

SwissDRG SA estime que les cas dans le domaine de la pédiatrie et de la néonatalogie peuvent être représentés de façon appropriée avec la structure tarifaire SwissDRG version 14.0.

2. Palliative Care

Définition:

Le domaine de prestation de médecine palliative et de médecine palliative spécialisée est représentable de façon claire avec les codes CHOP.

Données:

Les données sont transmises à SwissDRG SA.

Représentation actuelle:

Suite à une demande, la représentation des enfants avec un traitement complexe de médecine palliative a fait l'objet d'une révision approfondie. Les enfants avec «*la prestation de base soins palliatifs spécialisés, selon le nombre de jours de traitement*» ou «*soins palliatifs spécialisés*» ne figurent pas dans les données. Selon les informations fournies par le demandeur, tous les hôpitaux n'utilisent pas le code «*traitement complexe de médecine palliative*» chez les enfants. Cela se traduit par un total de moins de 100 cas dans les données. Dans le DRG de base A97, le «*Traitement complexe de médecine palliative, à partir de 7 jours de traitement*» a été ajouté pour les enfants un niveau en dessous des jours de traitement pour adultes ou en tant que condition supplémentaire aux logiques existantes. D'autres examens ont montré dans le DRG de base A97 que le nombre de cas n'était pas suffisant pour des restructurations supplémentaires.

- DRG A97A: «*traitement complexe de médecine palliative, à partir de 28 jours de traitement et âge < 16 ans...*»
- DRG A97B: «*traitement complexe de médecine palliative, à partir de 21 jours de traitement et âge < 16 ans...*»
- DRG A97C: «*traitement complexe de médecine palliative, à partir de 14 jours de traitement et âge < 16 ans...*»
- DRG A97D: «*traitement complexe de médecine palliative, à partir de 7 jours de traitement et âge < 16 ans...*»

Les situations coûteuses ont été revalorisées par l'ajout des codes CHOP 01.24.2-/99 «*Abord par la calotte crânienne, ...*», 01.24.3- «*Abord de la base du crâne, ...*» dans la fonction «*Procédure opératoire complexe (POPC)*» dans le DRG A97A.

L'ajout de la condition «*traitement complexe de médecine palliative à partir de 28 jours de traitement et ADRG (A93)*» pour le DRG A97A ainsi que du critère de split «*DRG (R60A)*» pour le DRG A97B et «*DRG (R60B)*» pour le DRG A97D a permis de représenter d'autres cas coûteux de manière appropriée. Dans le cadre des analyses et des revalorisations, le DRG A97G a été supprimé.

Évaluation:

Les cas comprenant un traitement complexe de médecine palliative ou de médecine palliative spécialisée sont représentés de manière adéquate dans la structure tarifaire SwissDRG version 14.0.

3. Médecine intensive en USI/U-IMC

Définition:

Ce domaine de prestation est représentable de façon claire et différenciée avec les codes CHOP et CIM.

Données:

Les données sont transmises à SwissDRG SA.

Représentation actuelle:

La représentation du traitement complexe de soins intensifs (TC de SI) et du traitement complexe en unité de soins intermédiaires (TC en USI) a fait l'objet d'un réexamen au sein de la structure tarifaire qui a permis de procéder à des adaptations dans les logiques de différents DRG dans la pré-MDC et les MDC 01, MDC 06, MDC 07, MDC 08, MDC 15, MDC 18B et MDC 22.

Évaluation:

SwissDRG SA estime que les cas dans le domaine des soins intensifs (USI et U-IMC) sont représentés de façon appropriée avec la structure tarifaire SwissDRG version 14.0.

4. Transplantations d'organes solides et de cellules souches hématopoïétiques

Définition:

Ce domaine de prestation est représentable de façon claire et différenciée avec les codes CHOP et CIM.

Données:

Les données sont transmises à SwissDRG SA.

Représentation actuelle:

En raison du nouveau DRG de base A20 pour les cas avec un traitement par cellules CAR-T particulier, l'homogénéité des coûts des cas restants dans le DRG de base A15 a été contrôlée. Parallèlement, un utilisateur a demandé l'examen du code CHOP 41.0F.14 «*Transplantation de TIL (tumor infiltrating lymphocytes)*». Suite à ces contrôles, tous les cas restants avec un traitement par cellules CAR-T ou TIL sont désormais regroupés dans le DRG A15A «*Transplantation de moelle osseuse ou transfusion de cellules souches, autologue avec intervention multiple ou traitement complexe de soins intensifs > 360 points ou avec CC les plus sévères ou chimiothérapie hautement complexe et situation coûteuse, âge < 18 ans ou thérapie cellulaire particulière*».

De même, tous les DRG de base pour les transplantations d'organes solides ont fait l'objet d'une vérification qui a montré un manque d'homogénéité des coûts dans les DRG de base A01 «*Transplantation hépatique*», A02 «*Transplantation du rein et du pancréas ou de l'intestin*», A16 «*Transplantation de cellules d'îlots de Langerhans*» et A17 «*Transplantation rénale*». Pour la version 14.0, le DRG de base A16 a été supprimé et les cas avec une transplantation simultanée de rein et de cellules de Langerhans ont été retirés du DRG de base A02. Désormais, les transplantations de cellules d'îlots de Langerhans sont regroupées dans le DRG de base A01 «*Transplantation de cellules hépatiques ou de cellules d'îlots de Langerhans*». Les transplantations rénales multiples ont été revalorisées dans le DRG A17A.

En outre, les cas avec une «*transplantation hépatique*» et un «*traitement complexe de soins intensifs particulier avec points de traitement complexe en unité de soins intermédiaires*» ont été revalorisés dans le DRG A01A.

Les cas avec une «évaluation avant transplantation hépatique» n'étaient plus représentés de manière adéquate dans le DRG de base H63 «Affections du foie sauf néoformation maligne, cirrhose hépatique et hépatites non infectieuses particulières ou séjour d'évaluation avant transplantation hépatique». Une meilleure représentation a pu être obtenue pour ces cas dans le DRG H63A.

Évaluation:

Les transplantations d'organes solides ainsi que de cellules souches hématopoïétiques sont représentées de façon adéquate avec la version SwissDRG 14.0.

5. Paraplégie

Définition:

Ce domaine de prestation est représentable de façon claire et différenciée avec les codes CHOP et CIM.

Données:

SwissDRG SA a reçu une nouvelle fois des données de cas avec un traitement complexe de patient paraplégique des domaines d'application somatique aiguë et ST Reha, ainsi que des cas de traitement de médecine somatique aiguë en lien avec une paraplégie.

Représentation actuelle:

Dans la version 14.0, les restructurations dans le DRG de base A46 «Traitement complexe du patient paraplégique» concernent principalement les cas de figure avec un séjour en soins intensifs, avec un traitement de soins infirmiers complexes ou avec un traitement complexe du patient paraplégique selon la durée.

De même, les cas de traitement chirurgical et conservateur sans traitement complexe du patient paraplégique faisaient partie des travaux. Des restructurations ont été entreprises dans le DRG de base B61, et des splits de DRG ont été complétés par un tableau de diagnostics supplémentaires «paraplégie/tétraplégie» dans différentes MDC par organe pour permettre une représentation adéquate de ces cas de traitements coûteux.

Évaluation:

Les cas dans le domaine de la paraplégie peuvent être représentés de façon appropriée avec la structure tarifaire SwissDRG version 14.0.

6. Réadaptation précoce

Définition:

Ce domaine de prestation est représentable de façon claire et différenciée avec les codes CHOP et CIM.

Données:

Les données sont transmises à SwissDRG SA.

Représentation actuelle:

Pour le développement de la version 14.0, des analyses complètes ont été réalisées pour les cas avec une «réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce» et une «réadaptation précoce multidisciplinaire». Les cas avec un nombre élevé de jours de traitement ou de traitements coûteux ont en particulier fait l'objet d'un examen approfondi. Il s'est toutefois avéré que le nombre de cas pour les propres DRG avec des jours de traitement plus élevés était à chaque fois trop faible. De plus, cet examen a confirmé la représentation adéquate de ces cas avec la logique existante. La revalorisation de la «réadaptation précoce à partir de 7 jours de traitement» dans le DRG de base A90, au lieu de 14 jours de traitement jusqu'à présent, a également permis de bien représenter les brefs épisodes de traitement.

Évaluation:

SwissDRG SA estime que les cas dans le domaine de prestation du traitement complexe de réadaptation précoce sont représentés de façon appropriée avec la structure tarifaire Swiss-DRG version 14.0.