



Séance d'information

SwissDRG SA

SwissDRG – Version 14.0 / 2025

03 juillet 2024

Chronologie de développement de la structure tarifaire

28 juin 2024



Version
catalogue
2022/2025

CHOP 2022
ICD-10-GM 2022

08 juillet 2024



Version de
planification
2023/2025

CHOP 2023
ICD-10-GM 2022

23 août 2024



Version de
planification
2024/2025

CHOP 2024
ICD-10-GM 2022

29 novembre 2024



Version de
tarification
2025/2025

CHOP 2025
ICD-10-GM 2024



SwissDRG – Version 14.0 / 2025

- 1. Base de données**
2. Développement du Groupes
3. Méthode de calcul
4. Résultats

Base de données

Aperçu général

- Données de l'année 2022
- codée avec CHOP 2022 et ICD-10 GM 2022
- Données des prestations et des coûts des hôpitaux
- sans psychiatrie et réadaptation
- Paraplégie et réadaptation précoce incluses

Cas livrés

Années de données	2022	2021	2019
Structure tarifaire	SwissDRG 14.0	SwissDRG V13.0	SwissDRG V11.0 / 12.0
Données HR	1'235'163	1'197'531	1'182'252
Total des données	1'287'215	1'257'147	1'278'953
Échantillon	95.96 %	95.26 %	92.44 %

Nombre d'hôpitaux

Année de données	2022	2021	2019
Hôpitaux de réseau	152	149	141
Tous les hôpitaux	187	189	182

- Suppression totale de 14 hôpitaux
- Utilisation des données de 138 hôpitaux pour le développement du système (137 l'année précédente)

Contenu de livraison (nombre d'hôpitaux) des médicaments / implants / procédés onéreuses

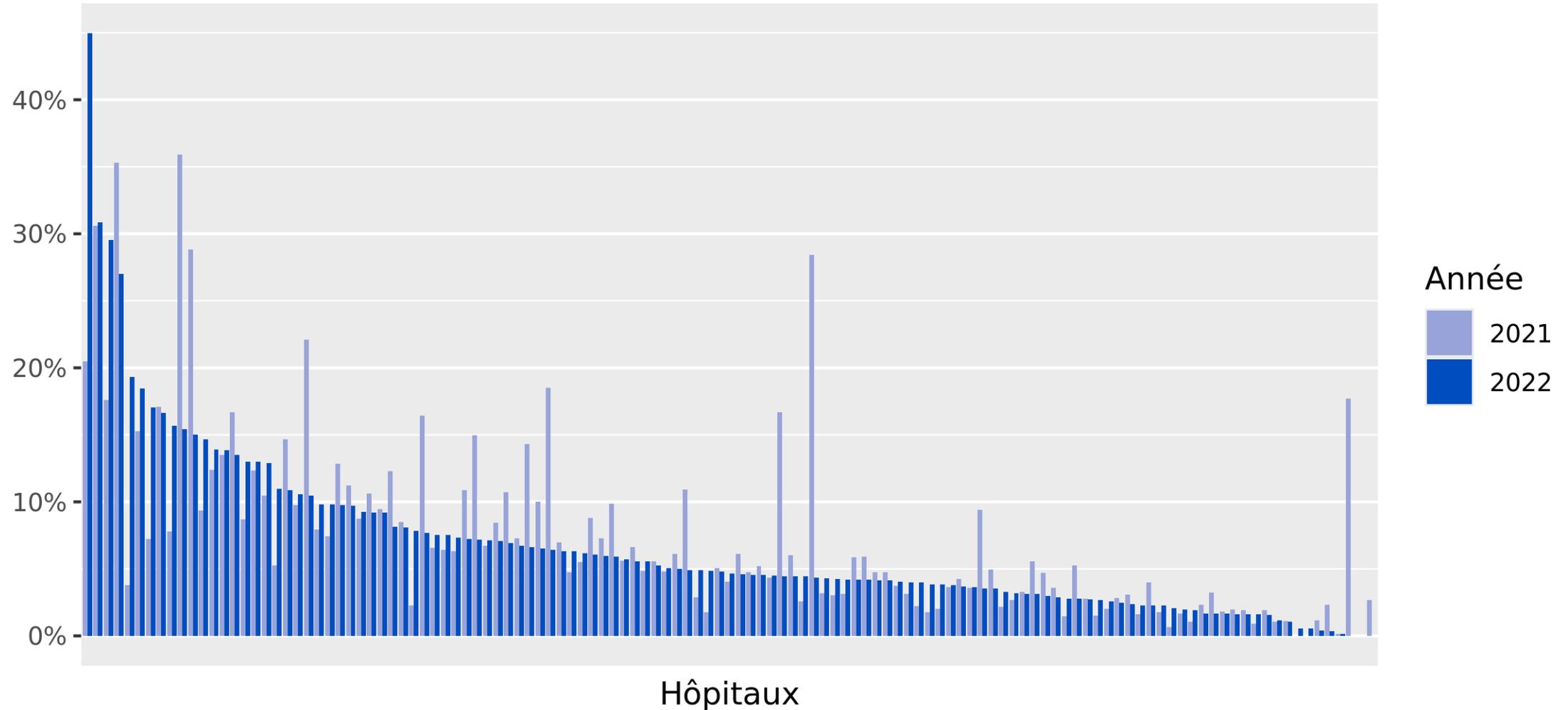
	V14.0			V13.0	V12.0
Année de données	2022	2022 Hôpitaux universitaires	2022 Hôpitaux pour enfants	2021	2020
Médicaments onéreux dans la statistique médicale					
	117	5	3	109	105
Relevé détaillé, indications des coûts...					
... médicaments onéreux	58	5	2	62	65
... implants onéreux	27	5	2	41	47
- dont cœurs artificiels inclus	4	3	1	3	4
... procédés onéreux / produits sanguins	32	5	2	37	40

Aperçu de l'érosion des données

Total des données	Relevé SwissDRG	
1'287'973	1'243'232	Cas livrés
↓	↓	<ul style="list-style-type: none"> - Psychiatrie / Réadaptation - Cas ambulatoires - Sortie en dehors de la période du relevé
1'287'215	1'235'163	Cas dans le domaine d'application (y compris maisons de naissance)
	↓	<ul style="list-style-type: none"> - Cas privés non utilisables - Cas sans coûts complets
	1'209'970	Base de données avant plausibilisation
	↓	- Plausibilisation des cas (incl. suppression totale de 14 hôpitaux)
	1'107'072	Cas plausibles 2022 (données de calcul)
		<ul style="list-style-type: none"> + 601 cas provenant des données 2021 + 163 cas provenant des données 2019

} Développement du système

Pourcentage de cas non plausibles par année



Plausibilisation

Traitements externes

Situation initiale :

- pour certains tests de plausibilité, la composante de coûts v105 (prestations médicales, diagnostiques et thérapeutiques de tiers (à sans honoraires médicaux) est prise en compte pour les traitements externes
- Exemple aB.4.7:
Nombre de cas avec code CHOP pour l'endoscopie et coûts (v210 + v230 + v240 + v360) < 50 CHF (**pour les traitements externes v105 est aussi considéré**)

Pour l'inclusion de v105, un traitement externe doit être codé dans la statistique médicale !

Plausibilisation

Traitements externes

Données nécessaires dans la statistique médicale :

Variable	Description	Valeurs pour le traitement fourni à l'extérieur		
4.3.V016	Traitement ambulatoire extra-muros, traitement principal	1 = même aire hospitalière,	2 = même établissement,	3 = Autre établissement,
4.3.V026	1. Traitement supplémentaire extra-muros	autre établissement	autre aire hospitalière	autre aire hospitalière
...	...			
4.3.V1006	99. Traitement supplémentaire extra-muros			

- Le champ est souvent laissé vide → alors v105 n'est pas pris en compte
- Perspectives : pour le relevé SpiGes, cela concerne la variable « `behandlung_auswaerts` ». Les valeurs restent les mêmes.

Plausibilisation

Commentaires

- moins d'erreurs lors des tests de plausibilité en 2022 par rapport à 2021
- en 2022 des commentaires ont été saisis pour environ 35 000 cas
- la part des cas commentés a légèrement augmenté, le nombre des cas supprimés est resté pratiquement stable
- veuillez saisir des commentaires aussi précis que possible afin que nous puissions les vérifier

Année de données	Nombre de cas d'erreurs dans les tests de plausibilité	Nombre de cas avec commentaire/s	Pourcentage de cas avec commentaire/s	Nombre de cas supprimés	Pourcentage de cas supprimés
2022	77'857	35'420	45%	10'977	31%
2021	100'040	41'799	42%	13'428	32%

Information relevé des données 2024 (données 2023)

Double relevé des CUI

Situation initiale :

- dans le cadre de l'approbation de la structure tarifaire, le Conseil fédéral demande à SwissDRG SA de relever les coûts d'utilisation des immobilisations (CUI) selon l'OCP
- pour l'année de données 2023, les CUI ont été relevés aussi bien selon les principes de gestion d'entreprise (comme jusqu'à présent) que selon l'OCP : 138 hôpitaux sur 154 (90%) ont pu fournir les CUI selon l'OCP

Suite de la procédure :

SwissDRG SA examinera les effets d'un éventuel changement dans le cadre d'une analyse comparative complète et discutera sur cette base de la suite de la procédure avec les partenaires

Perspectives relevé des données 2025 (données 2024)

Projet SpiGes

Projet SpiGes (**S**pitalstationäre **G**esundheitsversorgung, pour soins hospitaliers stationnaires) de l'OFS

- comprend de nouveaux contenus de relevé, de nouveaux formats de relevé ainsi qu'une nouvelle plateforme de relevé
- valable pour la livraison des données à l'OFS à partir du relevé 2025 (année de données 2024)

Livraison des données à SwissDRG SA

- SwissDRG SA adoptera les nouveaux contenus et formats de relevé, mais la livraison et le contrôle des données continueront à se faire par la propre plateforme de relevé. Les délais actuels s'appliquent également
- pour l'année de données 2024, l'ancien format est encore accepté

Groupement de données SpiGes

- tant le Batchgrouper que le Grouper en ligne de SwissDRG SA peuvent traiter les deux formats
- le convertisseur de format de données vous permet de convertir un enregistrement de MedStat ou de SpiGes dans l'autre format de données :
<https://converter.swissdrg.org/fr>



SwissDRG – Version 14.0 / 2025

1. Base de données
- 2. Développement du Grouper**
3. Méthode de calcul
4. Résultats

Transformations globales des MDC

Examens spécifiques au sex

Situation initiale :

- depuis 2022 possibilité de modifier facilement la mention du sex dans le registre des personnes
- sous cet aspect, les tableaux «*Conflit de sex*» n'ont pas de sens
- Logique de contrôle dans la structure tarifaire non pertinente

Transformation :

- Suppression de tous les «*Conflits d'âge spécifiques au sex procédures/diagnostics*» de la logique principale (tableaux de conflits)

Représentation des cas coûteux

Thérapie cellulaire CAR-T

Situation initiale :

- depuis des années, contrats tarifaires et de livraison spécifiques pour les substances actives des CAR-T cells
- Directive du CF / de l'OFSP transférer les produits CAR-T cells dans la structure tarifaire dès que possible
- diverses demandes sur le thème

Analyses :

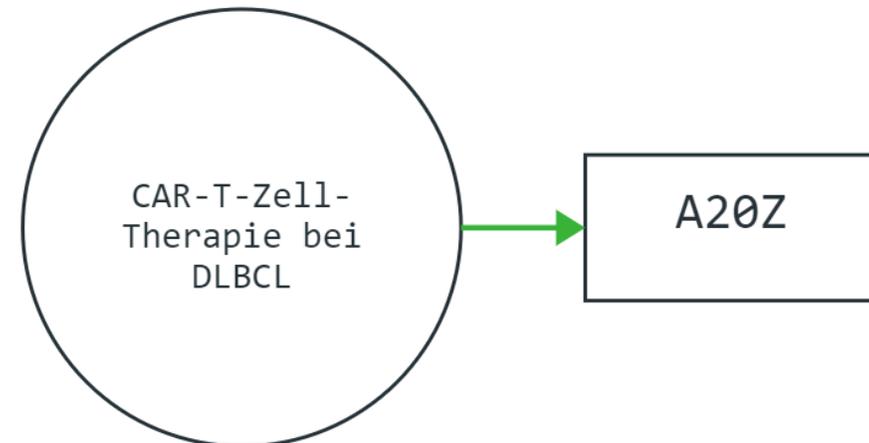
- Implémentation de tableaux avec des codes ATC dans l'outil de développement
- Inclusion de toutes les substances actives des CAR-T cells dans leur propre DRG
- Critère de split créé en fonction des diagnostics

Représentation des cas coûteux

Thérapie cellulaire CAR-T

Résultat :

- seuls les cas avec diagnostic «*Lymphome diffus à grandes cellules B (DLBCL)*» et substances actives «*Lisocabtagene Maraleucel; Axicabtagen-Ciloleucel; Tisagenlecleucel*» et «*41.0F.13 Transplantation de cellules CAR [chimeric antigen receptor]-T*» sont représentés dans le DRG CAR-T cells
- toutes les autres substances actives des CAR-T cells continuent d'être remboursées par une RS
- nouvel examen avec les données 2023

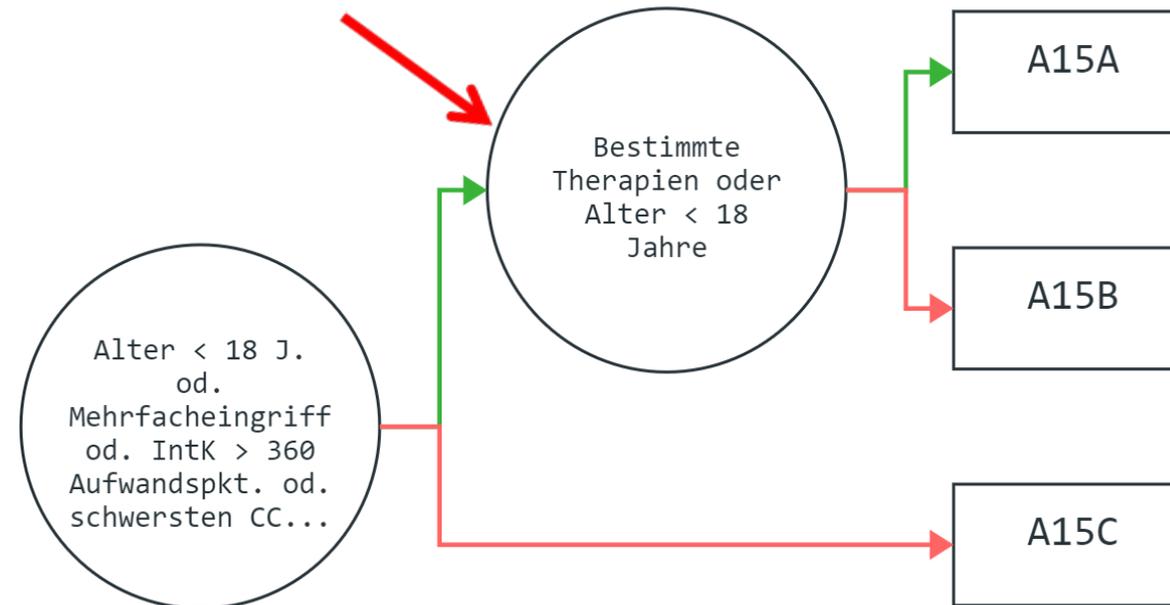


Représentation des cas coûteux

Thérapie cellulaire CAR-T / TIL

Transformation du DRG de base A15 :

- Cas avec le code CHOP 41.0F.13 «*Transplantation de cellules CAR [chimeric antigen receptor]-T*» ou 41.0F.14 «*Transplantation de TIL [tumor infiltrating lymphocytes]*» regrouper dans le DRG A15A



Représentation des cas coûteux

Tumor board

Analyses :

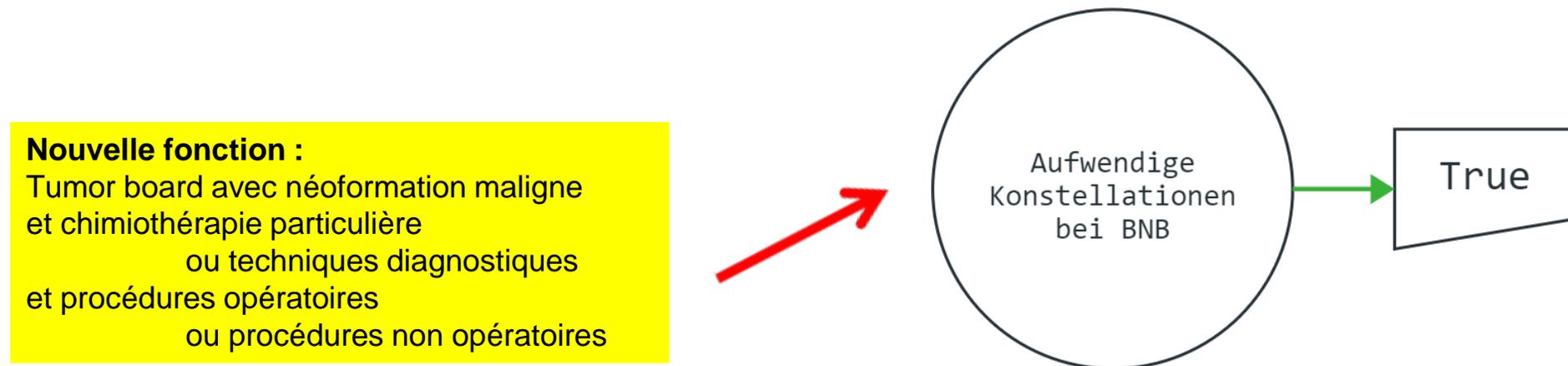
- Représentation du tumor board et simulations déjà examinée sur les dates 2021
- nouvel examen avec les données 2022 : au total plus de 150 calculs d'analyse
- Code CHOP 89.93 «*Discussion interdisciplinaire de cas de tumeur (tumor board)*» seul n'est pas un bon séparateur de coûts

Représentation des cas coûteux

Tumor board

Transformation :

- Examen approfondi comme critère de split dans la structure tarifaire



- Inclusion de la nouvelle fonction dans 15 DRG de base répartis sur tous les MDC

Pédiatrie

NN / Enfants TC de SI / TC en U-IMC points

Annotation :

- avec données 2022 pour la première fois des points faibles nouveaux/enfants TC de SI/TC en U-IMC :
 - «TC de SI/TC de U-IMC NN/Enf, 1 à 65 points»
 - «TC de SI/TC de U-IMC NN/Enf, 66 à 130 points»
 - «TC de SI/TC de U-IMC NN/Enf, 131 à 196 points»
- après la suppression des heures de ventilation dans certaines logiques comme espace réservé pour le nombre de points faible des enfants
- remplacé dans la version de planification V13.0
- maintenant examen et, si nécessaire, adaptation des points des enfants

Pédiatrie

NN / Enfants TC de SI / TC en U-IMC points

Résultat :

- MDC 01: B02A / B03A → «TC de SI/TC de U-IMC > 130 points»
- MDC 04: Basis DRG E87 und DRG E87A → «TC de SI/TC de U-IMC > 65 points / > 130 points»
- MDC 05: F73A → «TC de SI/TC de U-IMC > 65 points»
- MDC 06: G67A → «TC de SI > 130 points»
- MDC 09: J87Z → «TC de SI > 130 points»
- MDC 11: L87Z → «TC de SI > 130 points»
- MDC 14: Basis DRG O38 → «TC de SI/TC de U-IMC > 130 points»
- MDC 15: P66B / P67B → «TC de SI/TC de U-IMC > 130 points»
- MDC 21: X62B / X86A → «TC de SI/TC de U-IMC > 65 points»

Pédiatrie

Perforation intestinale périnatale

Remarque :

- Cas avec diagnostic principal P78.0 «*Perforation intestinale périnatale*» et poids d'admission > 2500g rentrent dans le DRG 963Z «*Diagnostic néonatal incompatible avec âge ou poids*»
- Directive pour le codage «*Origine se situe dans la période périnatale*» du manuel de codage!

Transformation :

- Code ICD P78.0 inclus dans DP tableau MDC 06 «*Maladies et troubles des organes digestifs*»
- DRG de base G70 «*Autres affections sévères des organes digestifs ou cathéter cutanéopéritonéal*» attribué

Pédiatrie

Suspicion / preuve de maltraitance d'enfant

Problème :

- Codes CHOP 99.A5.- «*Diagnostic lors de suspicion ou preuve de mise en danger, de maltraitance et de négligence à l'âge néonatal, du nourrisson,...*» et 99.A5.31 «*Diagnostic complexe lors de suspicion ou preuve de maltraitance ou de négligence à l'âge néonatal, du nourrisson,...*» ne sont pas codés dans certaines cliniques

Solution :

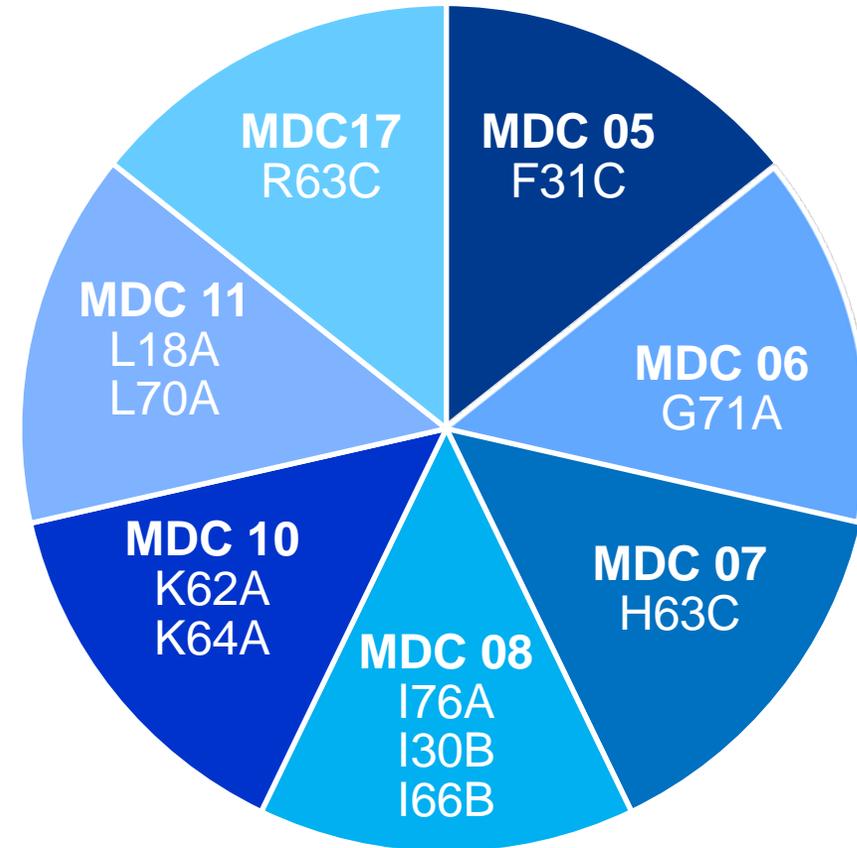
- la société de discipline médicale a procédé à une révision du texte «*Examen de base dans une situation de risque et de mise en danger à l'âge néonatal...*»
- Adaptation sera effectuée pour le catalogue CHOP 2025

Pédiatrie

Splits pour enfants

Transformation :

- Splits pour enfants existants ont été révisés et/ou de nouveaux splits ont été créés



Paraplégiologie Pré-MDC

Nouvelles remarques / demandes :

- pour représenter les cas de para/tétraplégie
- Examens de cas individuels avec paraplégiologie
- Revalorisation des cas paraplégiologiques avec infections des voies urinaires

Paraplégiologie Pré-MDC

Élargi :

Soins TC à parti de 226 jours de traitement ou trait. complexe du pat. parapl. à partir de 140 jours de trait.
et diagnostic particulier ou TC de SI > 588/828 pt.
ou intervention sur plusieurs localisations

Élargi :

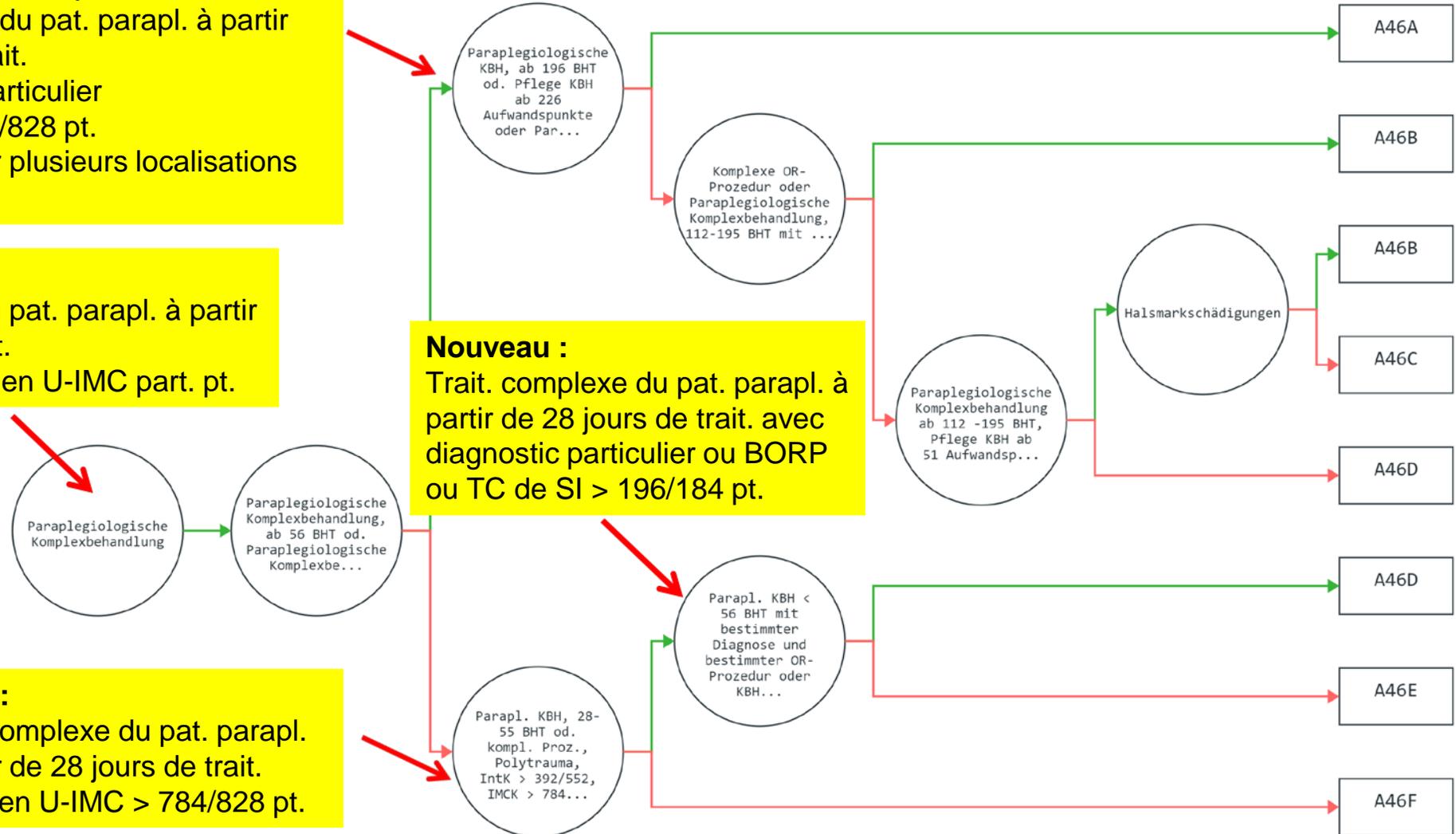
Trait. complexe du pat. parapl. à partir de 28 jours de trait.
avec TC de SI/TC en U-IMC part. pt.

Nouveau :

Trait. complexe du pat. parapl. à partir de 28 jours de trait. avec diagnostic particulier ou BORP ou TC de SI > 196/184 pt.

Élargi :

Trait. complexe du pat. parapl. à partir de 28 jours de trait.
ou TC en U-IMC > 784/828 pt.



Paraplégiologie

Système nerveux MDC 01

Demande :

- Cas avec diagnostic secondaire G82.- «*Paraplégie (in)complète aiguë*» ou S14.- «*Lésions traumatiques des nerfs / de la moelle épinière*» regrouper dans le DRG B61C «*Paraplégie/tétraplégie ou lésions de la moelle épinière avec procédure opératoire...*»

Exemple :

- Cas avec anévrisme aortique et diagnostic secondaire «*Paraplégie aiguë*» regrouper dans le DRG B61C au lieu du DRG F51 «*Implantation endovasculaire d'endoprothèse (stent)...*»
- DS précède la procédure
- DRG B61C moins évalué que DRG F51A

Paraplégiologie

Système nerveux MDC 01

Transformation I :

- Revalorisation du groupe G82.- «*Paraplégie (in)complète aiguë*» dans B61A:
«*Paraplégie/tétraplégie ou lésions de la moelle épinière ...*» avec condition du DRG de base F51, I06 ou DRG I95Z
- Inclusion «*TC de SI particulier avec points de TC en U-IMC*» en combinaison B61A:
 - TC en U-IMC NN/Enf. > 197 pt. et TC de SI NN/Enf. > 197 pt.
 - TC en U-IMC Ad. > 185 pt. et TC de SI Ad. > 361 pt.
 - TC en U-IMC Ad. > 361 pt. et TC de SI Ad. > 185 pt.

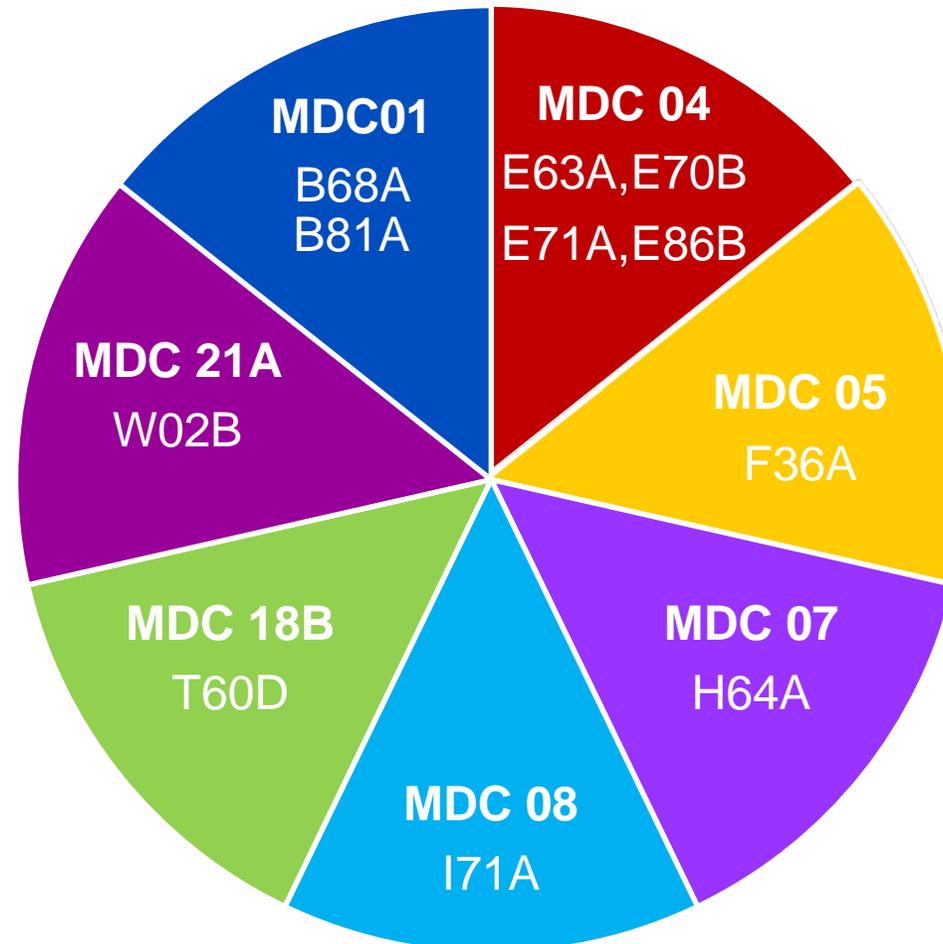
Paraplégiologie

MDC global

Transformation :

- Revalorisation du tableau de diagnostic

«Paraplégie/tétraplégie»



Représentation des cas coûteux

Réadaptation précoce

Remarque :

- Représentation non adéquate des cas de réadaptation précoce avec un nombre élevé de jours de traitement ou des traitements coûteux

Analyse :

- de nombreuses analyses et simulations
- Nombre de cas trop faible pour un DRG propre en fonction du nombre de jours de traitement
- Différenciation selon les jours de traitement dans le pré-MDC ou dans les MDC non efficace

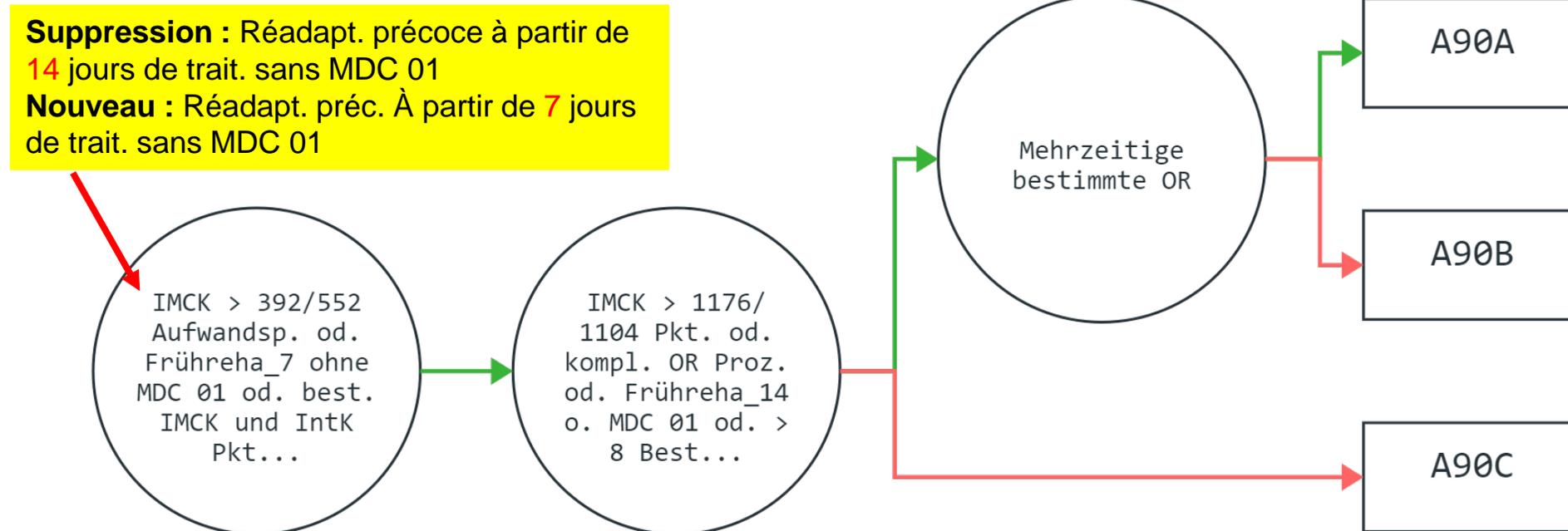
→ Cas très bien représentés comme jusqu'à présent

Représentation des cas coûteux

Réadaptation précoce

Transformation :

- Inclusion «*Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce ou réadaptation précoce interdisciplinaire à partir de 7 jours de traitement*» dans le DRG de base A90



Médecine palliative

Situation initiale

Classifications :

- Code CHOP 2020

93.8A.25 «*Traitement complexe de médecine palliative, jusqu'à 6 jours de traitement*»

93.8B.11 «*Prestation de base «Soins palliatifs spécialisés», jusqu'à 6 jours de traitement*»

93.8B.21 «*Soins palliatifs spécialisés avec prestation supplémentaire de traitements, jusqu'à 6 jours de traitement*»

- Code CHOP 2024

Exemple :

93.8A.2B «*Traitement complexe de médecine palliative, jusqu'à 3 jours de traitement*»

93.8A.2C «*Traitement complexe de médecine palliative, d'au moins 4 à 6 jours de traitement*»

Médecine palliative

Enfants

Demande :

- **certains** départements de pédiatrie appliquent le traitement complexe
- regrouper les cas dans le DRG de base A97 → mais y sont sous-rémunérés

Transformation :

- DRG A97A: «*Trait. compl. de méd. palliative, à partir de 28 jours de trait. et âge < 16 ans...*»
- DRG A97B: «*Trait. compl. de méd. palliative, à partir de 21 jours de trait. et âge < 16 ans...*»
- DRG A97C: «*Trait. compl. de méd. palliative, à partir de 14 jours de trait. et âge < 16 ans...*»
- DRG A97D: «*Trait. compl. de méd. palliative, à partir de 7 jours de trait. et âge < 16 ans...*»

Médecine palliative

Cas complexes

Demande :

- les cas coûteux n'atteignent pas le DRG A97A, car le tableau «*Procédures opératoires complexes (KORP)*» est incomplet
- Examen pour inclusion des DRG de base R50, R60, T01 dans le DRG de base A97

Transformation :

- Codes 01.24.2-/99 «*Abord par la calotte crânienne,...*», 01.24.3- «*Abord de la base du crâne,...*» inclus dans les KORP
- DRG A97A «*Trait. Compl. de méd. palliative, à partir de 28 jours de trait. et ADRG (A93)*»
- Inclusion «*DRG (R60A)*» dans le DRG A97B et «*DRG (R60B)*» dans le DRG A97D
- Suppression du DRG A97G

Pré-MDC

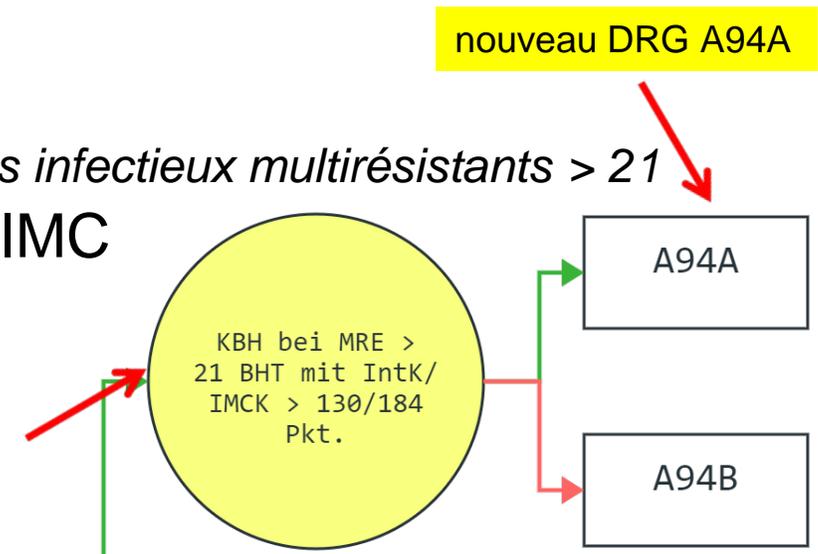
Traitement complexe en cas d'agents infectieux multirésistants

Demande :

- Examiner l'homogénéité des coûts dans le DRG de base A94 «*Traitement complexe en cas de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants...*»
- Réduire le split PCCL pour le DRG A94B

Transformation :

- Cas coûteux avec «*Traitement complexe en cas d'agents infectieux multirésistants > 21 jours de traitement*» et hospitalisation en SI ou en U-IMC sont reconnaissables
- «*PCCL > 4*» jusqu'à présent adéquat pour le DRG A94C



Transformations globales des MDC

Isolement de contact

Analyse :

- Représentation du code CHOP 99.84.1- «*Isolement de contact, à partir de 7 jours de traitement*» a été vérifiée dans la structure tarifaire
- Consommation élevée de ressources visible dans certains cas

Transformation :

- Revalorisation des codes CHOP 99.84.1- dans les MDC 04, 05, 15 et 18B
- Code «*Isolement de contact, à partir de 14 jours de traitement*» dans le DRG L63A et T60A revalorisé

Pré-MDC

Réadaptation gériatrique aiguë (RGA)

Annotations :

- pendant plusieurs années de développement, toujours des demandes à cause de la «*Sous-rémunération en cas de prestation supplémentaire*»
- Nombre de cas avec «*RGA*» dans les MDC très hétérogène
- Conditions de split avec exclusions dans le DRG de base A95 pas claires

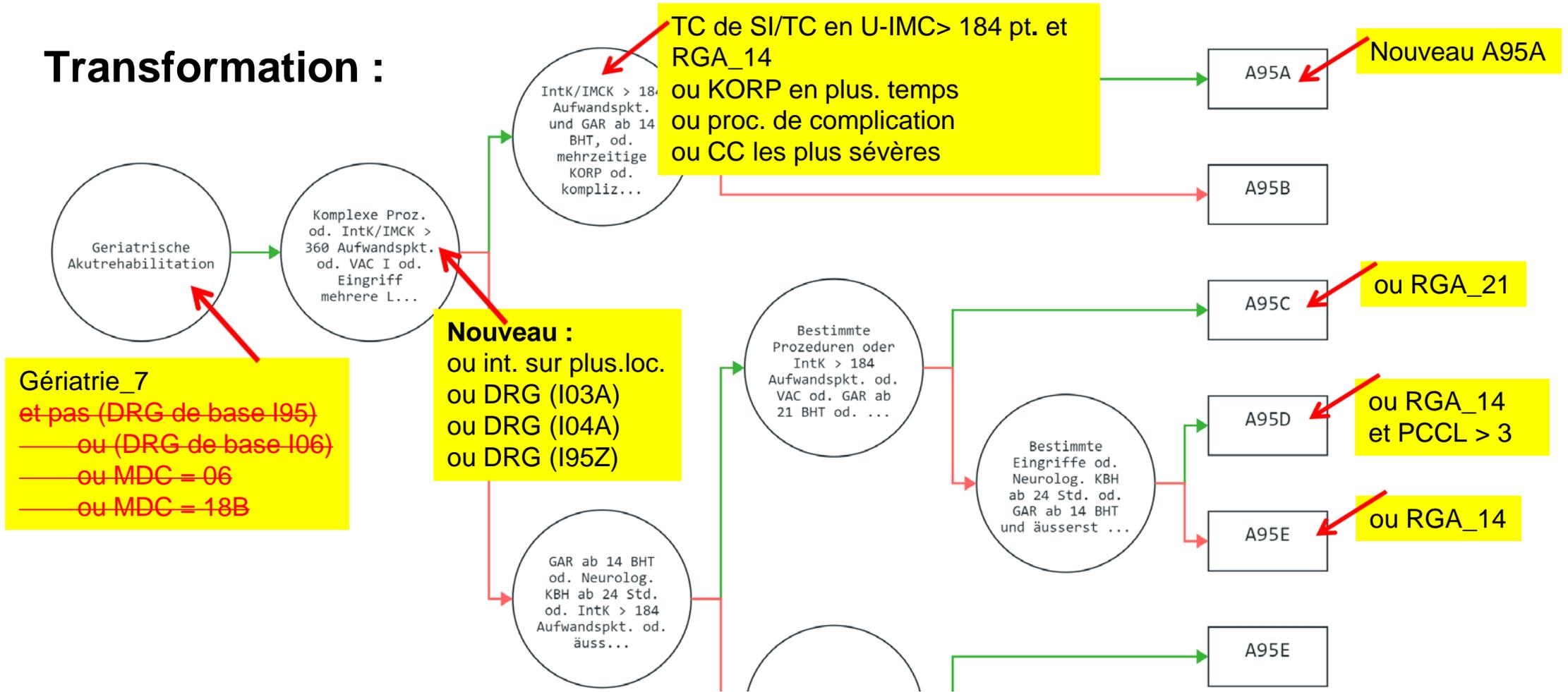
Analyse :

- Analyser la qualité du système sans critère de split «*RGA*» au sein de différents DRG
- Examiner la revalorisation au sein du DRG de base A95

Pré-MDC

Réadaptation gériatrique aiguë (RGA)

Transformation :



Transformations globales des MDC

Troubles de la coagulation

Demandses :

- Dévalorisation de certains troubles de la coagulation dans la matrice CC
- p.ex. code ICD D68.34 «*Troubles hémorragiques dus aux héparines*» en lien avec cœur-poumon artificiel surévalué

Analyses :

- Dévalorisation générale des troubles de la coagulation dans la matrice CC non adéquate
- Codes ICD avec troubles de la coagulation «*sans précision*» surévalués dans la matrice CC et, dans certains cas, dans les «*Fonctions*»

Transformations globales des MDC

Troubles de la coagulation

Transformation :

- Dévalorisation des ICD suivantes dans la matrice CC D65.9 «*Syndrome de défibrination, sans précision*», D68.38 «*Autres troubles hémorragiques dus à l'augmentation d'autres anticorps et d'anticorps non précisés*», D68.9 «*Anomalie de la coagulation, sans précision*», D69.9 «*Affection hémorragique, sans précision*» en lien avec cœur-poumon artificiel
- Codes ICD D65.0 «*Afibrinogénémie acquise*», D65.9 «*Syndrome de défibrination, sans précision*» supprimés de certaines «*Fonctions*»
- dans le A11C «*Traitement complexe de soins intensifs > 1470/1656 points...*» suppression des codes ICD non spécifiques «*Anémies*» et «*Troubles de la coagulation*» du tableau «*Diagnostics de complication*»

Transformations globales des MDC

Paralysies cérébrales

Remarque :

- Représentation non adéquate du code ICD G80.- «*Infirmité motrice cérébrale*»

Transformation :

- Diagnostic revalorisé dans les DRG
 - B17A «*Interventions sur les nerfs périphériques et les nerfs cérébraux ...ou diagnostic particulier*»
 - C03A «*Interventions en plusieurs temps ou bilatérales sur la rétine, la choroïde,...ou paralysie cérébrale*»
 - I06A «*Interventions hautement complexes sur la colonne vertébrale...*»
 - I20A «*Interventions sur le pied...*»
 - T01B «*Procédure op. ou débridement étendu pour maladies infectieuses et parasitaires...*»

Transformations globales des MDC

Excision de ganglions lymphatiques

Annotation :

- Représentation non homogène des codes pour l'excision de ganglions lymphatiques et de ganglions lymphatiques sentinelles
- Tableaux incohérents
- les révisions répétées des codes CHOP compliquent la gestion des tableaux

Transformation :

- propre tableau avec les codes 40.2-.11 «*Excision de ganglions lymphatiques sentinelles*» ainsi que tableau avec les codes 40.2- «*Excision de ganglions lymphatiques*»
- ces codes sont supprimés de tous les tableaux et remplacés par de nouveaux tableaux

Transformations globales des MDC

Traitement sous vide

Demande / Remarque :

- Vérification globale de la logique tarifaire des cas avec fonction «*Traitement sous vide*»
- Critère de split «*Âge < 16 ans avec traitement sous vide complexe*» dans le DRG de base A43 «*Réadaptation précoce pour coma vigile et syndrome de verrouillage avec réadaptation précoce...*» surestimé
- DRG de base J11 «*Autres interventions sur la peau, le tissu sous-cutané et la glande mammaire*» cas avec «*Traitement sous vide*» sous-rémunérés

Transformations globales des MDC

Traitement sous vide

Transformation :

- Revalorisation «*Traitement sous vide complexe*» dans le DRG F31A
- Critère de split du DRG de base A43 «*Réadaptation précoce pour coma vigile et syndrome de verrouillage avec réadaptation précoce...*» supprimé
- Inclusion de la condition «*Âge < 16 ans avec traitement sous vide complexe*» dans le DRG G35A «*Traitement sous vide complexe pour maladies / troubles des organes digestifs...*»
- Condition de split pour le DRG J11A «*Autres interventions sur la peau, le tissu sous-cutané et la glande mammaire*» avec fonction «*Traitement sous vide complexe*» complétée

Systeme nerveux MDC 01

Néoforinations malignes

Problème :

- Code ICD C41.01 «*Tumeur maligne: Kraniofazial*» représenté dans DP tableau MDC «GNO»
- en lien avec les codes CHOP 01.51.21/- .22 «*Excision de tissu intracérébral de tumeur primaire (d'origine non cérébrale)*» dans MDC 01 médicalement plus adéquat

Transformation :

- Déplacement du code ICD «*Néoforinations...*» dans DP tableau MDC 01
- Inclusion dans le DRG de base B66 «*Néoforinations du système nerveux ou coma ou état stuporeux, d'origine non traumatique*»

→ Représentation adéquate des cas

Maladies de l'oeil MDC 02

Vitrectomie par la pars plana

Demandses :

- DRG de base C03 «*Interventions sur la rétine, la choroïde, le vitré, la chambre postérieure de l'œil*» par «*Vitrectomie par la pars plana (VPP)*» sous-rémunéré
- vérifier la représentation des cas en lien avec les codes CHOP 14.73.10 «*Vitrectomie mécanique par voie antérieure, vitrectomie par la pars plana*» et 12.79.20 «*Mise en place d'un implant de drainage antiglaucomateux*»
- dans le DRG C06B cas avec le code ICD Z96.1 «*Présence d'implants intraoculaires de cristallin*» sont également sous-rémunérés

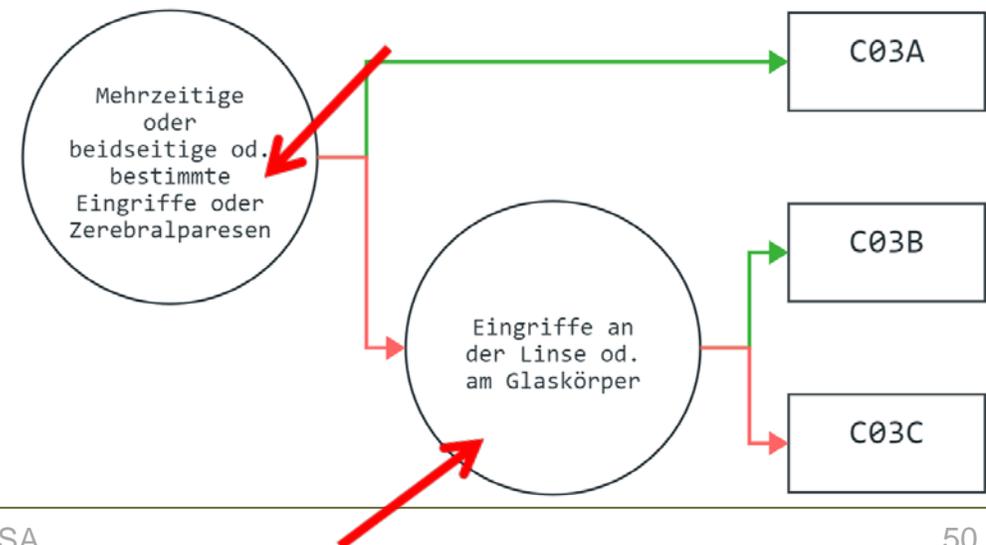
Maladies de l'oeil MDC 02

Vitrectomie par la pars plana

Transformation :

- Élargissement de la logique du DRG C03A avec codes CHOP 12.79.20 «Mise en place d'un implant de drainage antiglaucomateux» **et** 14.73.10 «Vitrectomie mécanique par voie antérieure, vitrectomie par la pars plana»
- Revalorisation du code CHOP 14.73.10 dans le DRG C03B

→ Représentation du code ICD Z96.1
«Présence d'implants intraoculaires de cristallin»
adéquate



Organes respiratoires MDC 04

Interventions endoscopiques

Problème :

- Cas sous-rémunérés dans les DRG de base E77 «*Autres infections et inflammations des organes respiratoires*», E71 «*Néoforations des organes respiratoires*», E75 «*Autres maladies des organes respiratoires*»
- Augmentation des coûts des interventions endoscopiques sur le système digestif

Transformation :

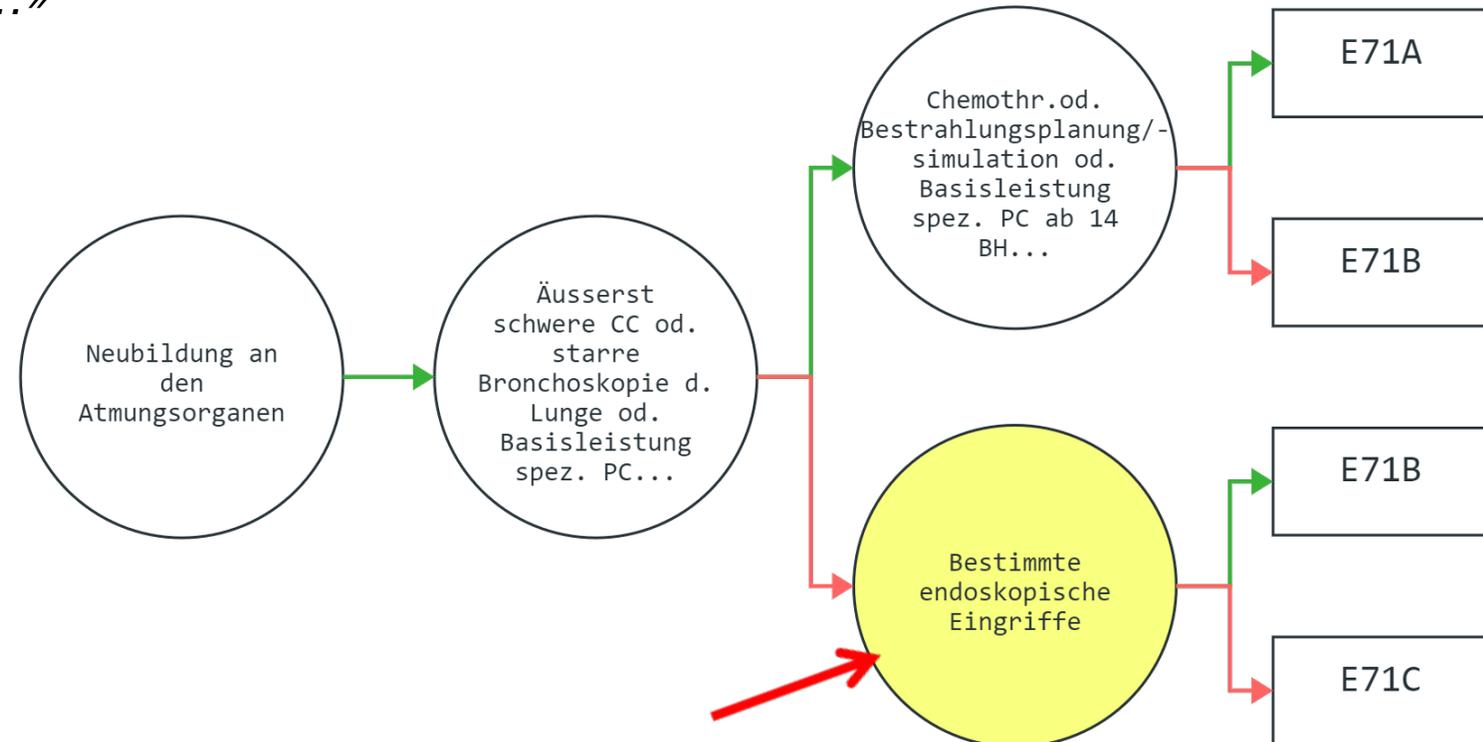
- Création d'un tableau d'interventions endoscopiques particulières sur le système digestif dans le MDC 04
- Revalorisation de ces cas dans le DRG E77A «*Autres infections et inflammations des organes respiratoires avec...*» et E75A «*Autres maladies des organes respiratoires,...*»

Organes respiratoires MDC 04

Interventions endoscopiques

Autre transformation :

- nouveau split dans le DRG E71B «*Néoplasmes des organes respiratoires avec CC extrêmement sévères ou...*»



Pause



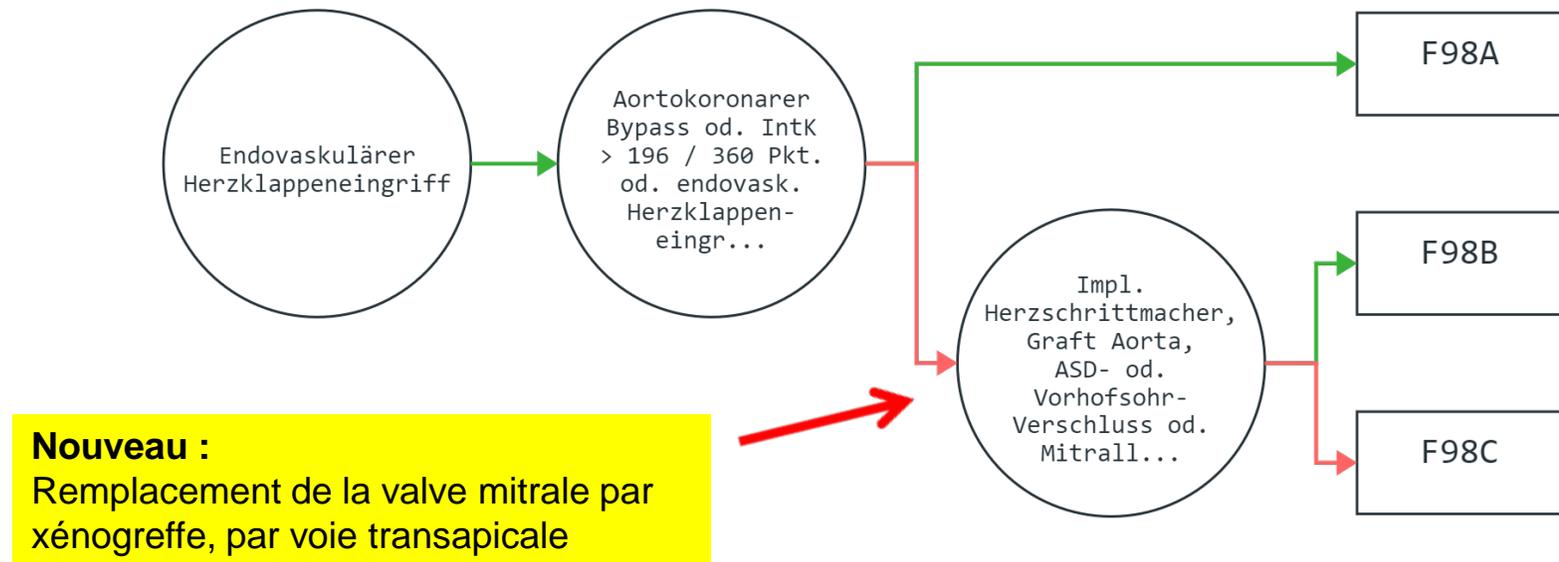
Appareil circulatoire MDC 05

Remplacement de la valve mitrale par voie transapicale

Demande :

- Sous-rémunération du code CHOP 35.F2.25 «*Remplacement de la valve mitrale par xénovalve (bioprothèse), par voie transapicale, avec utilisation d'un système d'abord et d'obturation apical percutané*» dans le DRG F98C «*Intervention valvulaire cardiaque endovasculaire, âge > 15 ans*»

Transformation :



Appareil circulatoire MDC 05

Interventions cardiothoraciques

Demande :

- Interventions de chirurgie vasculaire ouvertes codes CHOP 38.44.- «Résection de l'aorte abdominale, avec remplacement...» et 39.29.- «Autre pontage ou shunt vasculaire (périphérique)...» dans le DRG de base F31 «Autres interventions cardiothoraciques ou interventions vasculaires particulières» ne couvrent pas les coûts
- Examen de la représentation adéquate des deux groupes de codes avec de nouveaux critères de split dans le DRG de base F31

Démarche :

- Analyse des logiques existantes
- Nettoyage approfondi des tableaux dans le DRG de base F31

Appareil circulatoire MDC 05

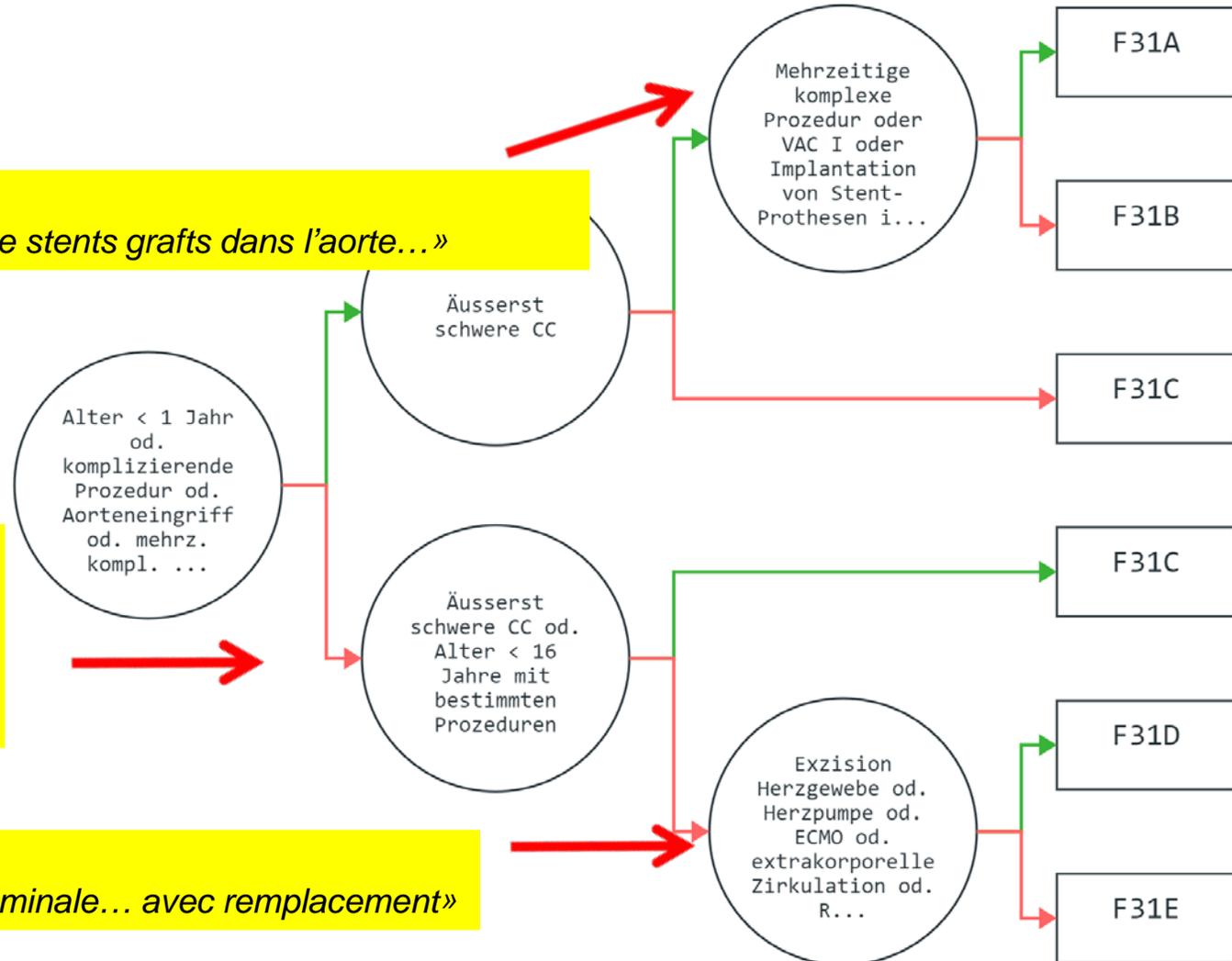
Interventions cardiothoraciques

Transformation :

Nouveau :
39.71.-et 39.73.- «Implantation endovasculaire de stents grafts dans l'aorte...»

Nouveau :
Âge < 16 ans et
38.44.- «Résection de l'aorte abdominale
...avec remplacement»
ou ECMO, excision de tissu cardiaque

Nouveau :
ou 38.44.- «Résection de l'aorte abdominale... avec remplacement»



Appareil circulatoire MDC 05

Angioplastie par lithotripsie

Demande :

- Cas avec code CHOP 39.50.15 «*Angioplastie ou athérectomie d'autre(s) vaisseau(x) non-coronaire(s), par lithotripsie*» dans le DRG F59G
- en combinaison avec «*ballonnets libérant des substances médicamenteuses*» dans le DRG F59F
- les deux procédures sont sous-couvertes dans les DRG

Transformation :

- Revalorisation du code CHOP 39.50.15 dans le DRG F59F
- Les deux procédures codes 39.50.15 en combinaison avec 00.4C.11-14 «*Insertion de 1 – 4 et plus de ballonnets libérant des substances médicamenteuses*» dans le DRG F59E

Organes digestifs MDC 06

Diastasis des grands droits

Demande :

- Revalorisation des opérations de hernies avec fermeture simultanée d'un diastasis des grands droits existant

Transformation :

- dans la condition de split du DRG G09E → simultanée «*Opération de hernie*» **et** code CHOP 83.65.14 «*Autre suture de muscle ou de fascia, paroi thoracique, abdomen et dos d'un diastasis des grands droits*» **et** diagnostic secondaire code ICD M62.08 «*Diastasis musculaire*»
- même condition de split dans le DRG I27B → ici en relation avec le diagnostic secondaire code ICD «*Hernie*»

Organes digestifs MDC 06

Coloscopie et gastroscopie

Remarque :

- Coloscopie et iléoscopie, respectivement avec biopsie, codes CHOP 45.25 «*Biopsie fermée [endoscopique] du gros intestin*» **et** 45.14 «*Biopsie fermée [endoscopique] de l'intestin grêle*»
- selon le manuel de codage seule la partie la plus profondément examinée peut-être codée
→ ici le code CHOP 45.14
- Code CHOP 45.14 regroupé dans le DRG G46C (V13.0)
- Code CHOP 45.25 regroupé par contre dans le DRG G48A (V13.0)

Organes digestifs MDC 06

Coloscopie et gastroscopie

Transformation :

- DRG de base G48 «*Coloscopie...*» inclus dans le DRG de base G46 «*Gastroscopie complexe...*»
- DRG G46A élargi avec condition de split «*Maladie intestinale inflammatoire et âge <16 ans*» OU «*Interventions en plusieurs temps(Gastroscopie/coloscopie complexe)*»
- DRG G46B inclusion «*Thérapie complexe coloscopie*»
- Conditions du DRG G48A partiellement incluses dans le DRG G46C
- un jour d'hospitalisation-DRG G86A :
 - Inclusion de «*Interventions endoscopiques sur l'intestin (coloskopie)*» OU «*Gastroscopie*»

Systeme hépatobiliaire MDC 07

Cholécystite aiguë

Demands :

- Cholécystite aiguë non représentée de manière adéquate dans le DRG de base H07 «*Cholécystectomie*» → les cas doivent être regroupés dans le DRG H07B
- Vérifier la variable «*Urgence*» comme critère de split
- Cas avec DS sévères / complications ou libération d'adhérences coûteuse

Transformation :

- Split du DRG existant H07C avec DP codes K80.- / K81.0 «*Cholécystite aiguë*» ou code CHOP «*Libération d'adhérences*»

Systeme hépatobiliaire MDC 07

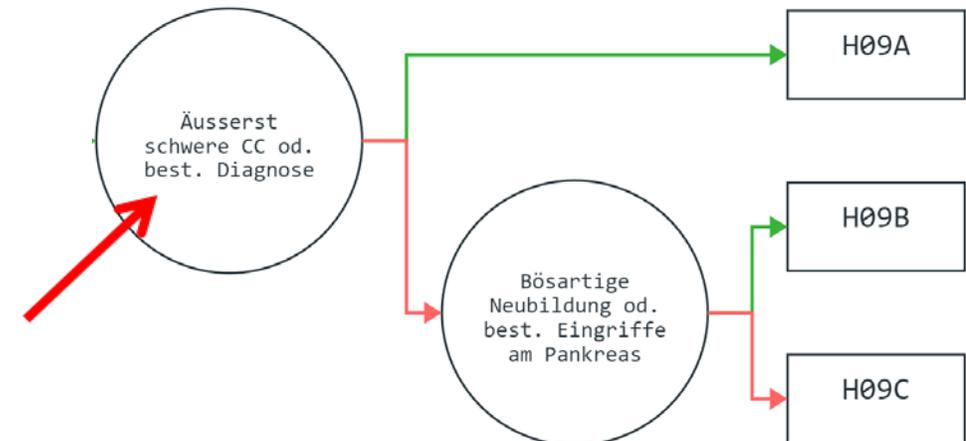
Fistule pancréatique

Demande :

- Examen de la fistule pancréatique comme complication d'une pancréatectomie dans le DRG de base H09 «*Interventions sur le pancréas et le foie ...*»
- les diagnostics supplémentaires et la durée de séjour plus longue entraînent des coûts plus élevés

Transformation :

- Codes ICD K86.8- «*Autres maladies précisées du pancréas*» revalorisés dans le DRG H09A



Systeme hépatobiliaire MDC 07

Interventions endoscopiques sur l'intestin

Demande :

- la demande de l'année précédente pour les cas dans DRG H61B
«Néof ormation maligne sur le système hépatobiliaire et le pancréas» avec
«Transfusionsbedarf» OU «IMC-Aufenthalt» a été rejetée
- des procédés particuliers thérapeutiques se sont révélés être coûteux en ressources lorsqu'ils ont été examinés à nouveau

Transformation :

- Inclusion du tableau pour «Interventions endoscopiques sur l'intestin» avec codes CHOP 44.43.-, 45.-, 48.2-, 49.- dans le DRG H61A

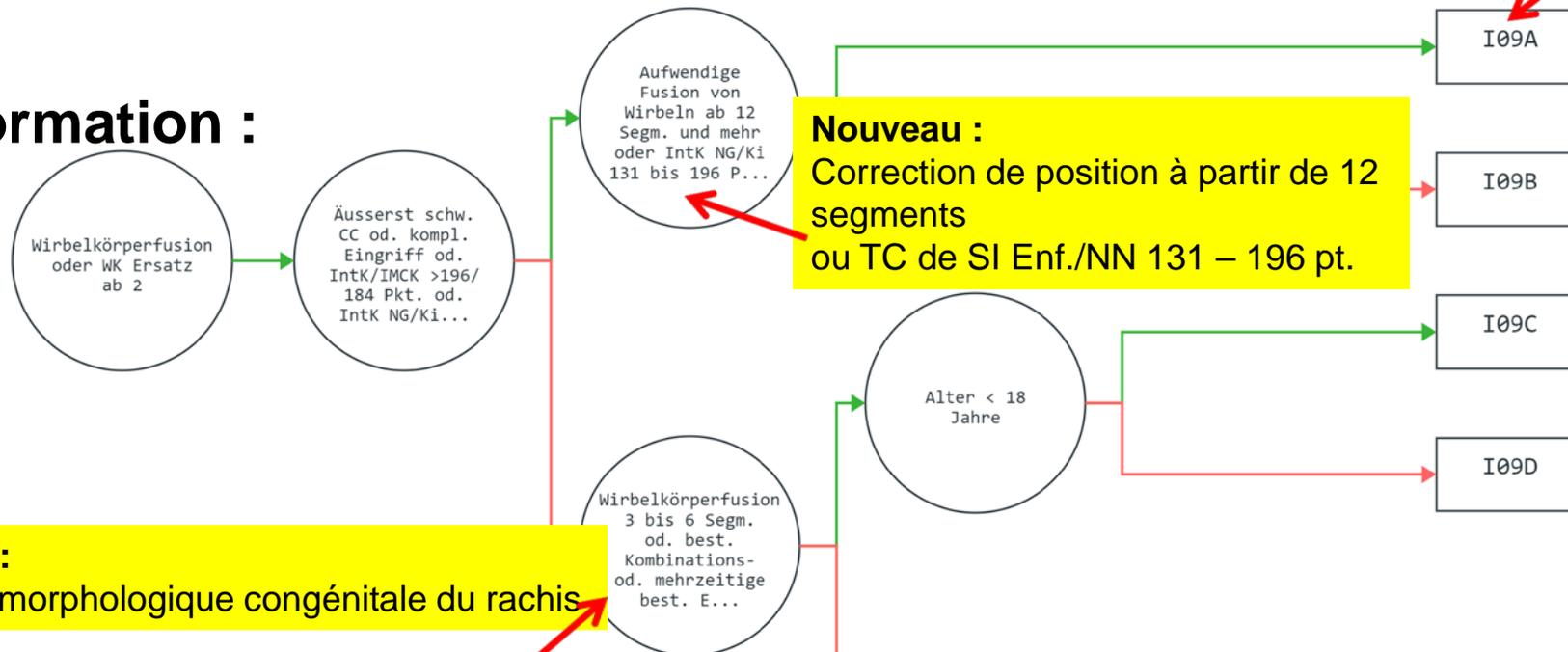
Systeme locomoteur MDC 08

Interventions sur la colonne vertebrale

Demande :

- DRG I09A «*Fusion de corps vertebraux complexe avec CC extrêmement sévères...*» déficitaire
- Examen des cas avec une intervention à partir de 12 segments

Transformation :

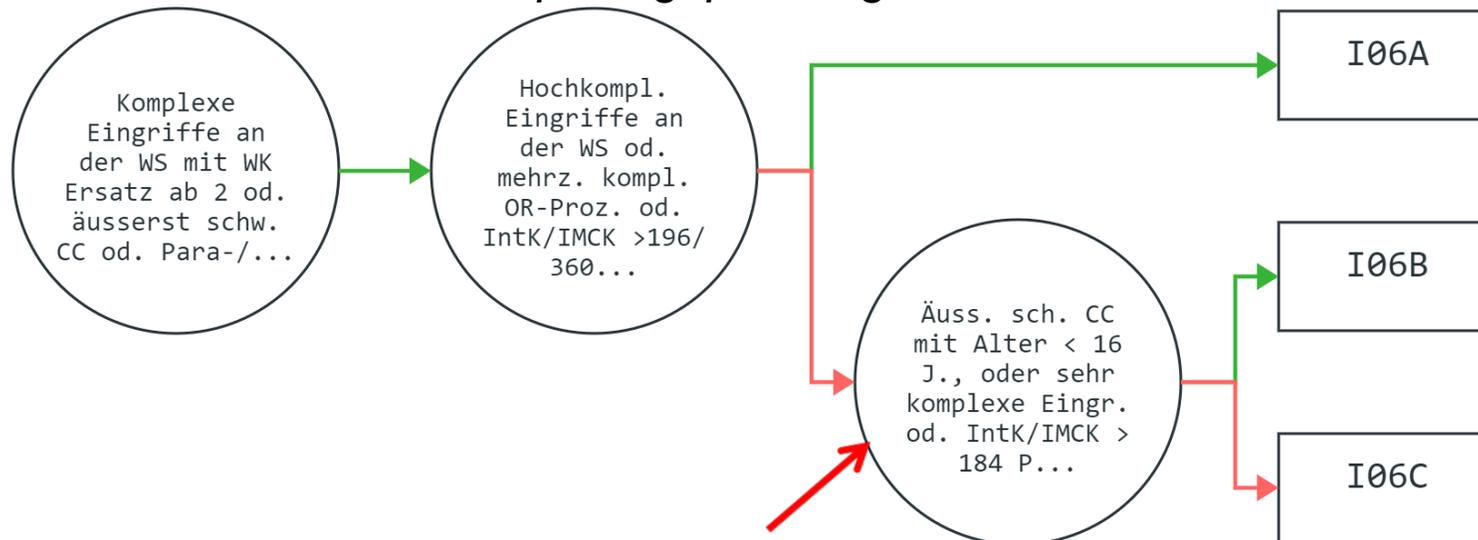


Systeme locomoteur MDC 08

Interventions complexes sur la colonne vertébrale

Autre transformation :

- Hétérogénéité des coûts dans le DRG I06B «*Interventions complexes sur la colonne vertébrale avec CC extrêmement sévères...*»
- Condition de split «*Réadaptation gériatrique aiguë _14*» surévaluée
- Inclusion tableau «*Anomalie morphologique congénitale du rachis*»



Systeme locomoteur MDC 08

Révision endoprothèse totale d'épaule

Demande :

- les révisions d'opération des prothèses d'épaule avec remplacement (partiel) de prothèse sont coûteuses
- Examen des interventions de révision avec codes ICD T84.0- «*Complication mécanique d'une endoprothèse articulaire*» ou T84.5 «*Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse articulaire interne*»

Transformation :

- Inclusion des codes CHOP 81.80.2- «*Implantation endoprothèse totale d'épaule...lors d'un remplacement de prothèse*» dans le DRG I12B «*Infection/inflammation des os et des articulations avec...*»

Systeme locomoteur MDC 08

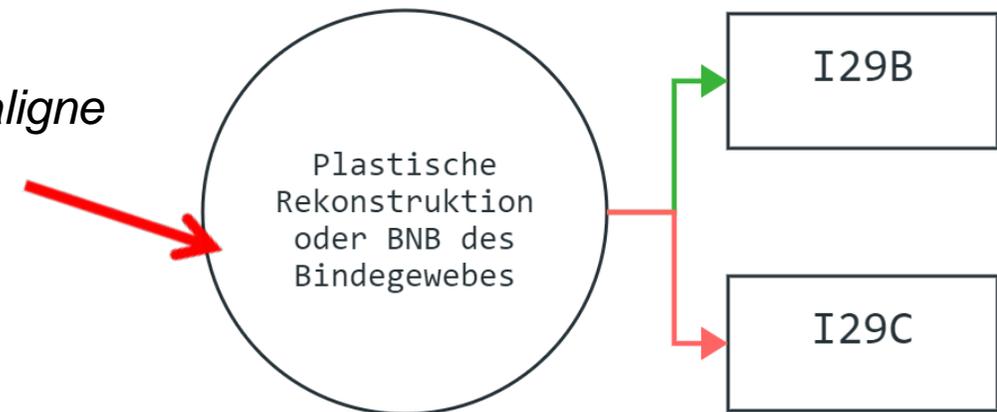
Néof ormation maligne

Remarque :

- Cas avec une néof ormation maligne à l'épaule sous-rémunérés dans le DRG I29C «*Interventions complexes sur l'omoplate, la clavicule, les côtes ou l'épaule*»
- le temps opératoire peut durer jusqu'à 7 heures

Transformation :

- Inclusion des diagnostics «*Néof ormation maligne du tissu conjonctif*» dans le split pour DRG I29B



Peau et glande mammaire MDC 09

Réductions de tissu adipeux

Demande :

- les interventions de correction post-bariatrique avec réduction de tissu adipeux à plusieurs localisations simultanément ne sont pas représentées de manière adéquate
- Revalorisation des réductions de tissu adipeux dans le DRG de base J10 «*Opérations de chirurgie plastique au niveau de la peau, du tissu sous-cutané et de la glande mammaire*»

Transformation :

- Condition de split existante «*Réduction de tissu adipeux*» pour le DRG J10A renforcée en «*Réduction de tissu adipeux **bilatérale** ou à **plusieurs localisations***»
- regrouper les interventions unilatérales à nouveau en DRG J10B
- Revalorisation des cas dans le DRG J10A en raison de la transformation

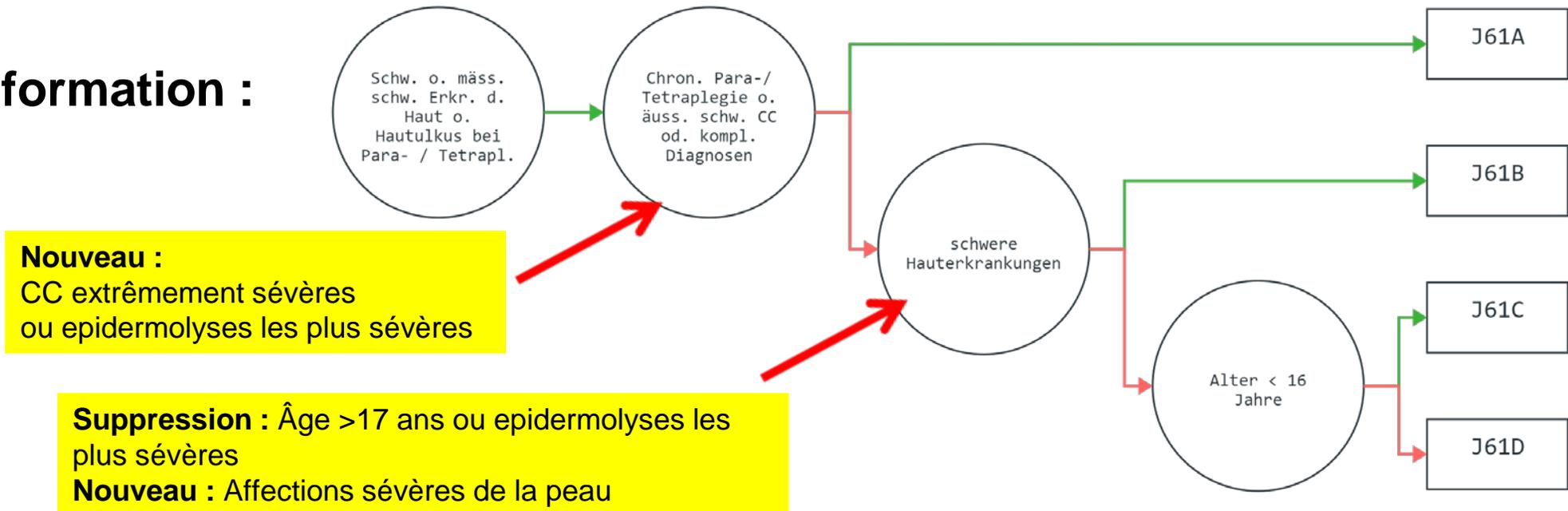
Peau et glande mammaire MDC 09

Affections de la peau sévères

Problème :

- Epidermolyses les plus sévères et affections de la peau sévères ne sont pas représentés de manière adéquate dans le DRG de base J61 «Affections sévères ou moyennement sévères de la peau ou ulcère cutané...»

Transformation :



Organes urinaires MDC 11

DRG un jour d'hospitalisation

Demande :

- Cas avec code CHOP 55.23 «*Biopsie fermée [percutanée] [à l'aiguille] du rein*» dans le DRG L70C «*Maladies et troubles des organes urinaires et âge > 15 ans, un jour d'hospitalisation*» sous-couverts

Transformation :

- Revalorisation du tableau «*Interventions moyennement sévère au système urinaire*» avec les procédures pour néphrostomies, pyélostomie, cystotomie, cathétérisme de l'uretère dans le DRG L70B

Organes génitaux masculins MDC 12

Biopsie du scrotum

Problème :

- Codes CHOP 61.11.- «*Biopsie du scrotum ou de la tunique vaginale*» ne sont représentées que dans le MDC 10 «*Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques*»

Transformation :

- Inclusion supplémentaire dans le MDC 12 «*Maladies et troubles des organes génitaux masculins*» dans le DRG de base M04 «*Interventions sur le testicule*»

Organes génitaux féminins MDC 13

Hystérectomie et traitement chirurgical de prolapsus

Situation initiale :

- V13.0 transformations importantes dans les DRG de base N01 et N04 «Hystérectomie»
 - Remarque de la société de discipline médicale → certaines constellations ne sont pas représentées de manière adéquate sur le plan médical et économique
 - les interventions concernant le traitement chirurgical de prolapsus avec hystérectomie simultanée sont sous-rémunérées
 - les codes CHOP 2022 pour le traitement chirurgical de prolapsus ne correspondent plus à l'état actuel de la médecine
 - nouveaux codes CHOP inclus dans le catalogue 2024
- DRG de base concernés N01, N04, N05 et N06

Organes génitaux féminins MDC 13

Hystérectomie et traitement chirurgical de prolapsus

Demande :

- Intervention codes CHOP 70.78 «*Suspension et fixation du vagin, avec greffon ou prothèse (Lap.)*» et 68.31 «*Hystérectomie subtotale, par laparoscopie*» nettement plus complexe qu'une seule suspension
- les cas sont regroupés de manière très différente selon le code supplémentaire choisi
- nouveau examen de la représentation de ces cas

Analyses :

- Simulations approfondies
- Constellation difficile avec des codes CHOP pas clairs

Organes génitaux féminins MDC 13

Hystérectomie et traitement chirurgical de prolapsus

Transformation I :

- Fusion des DRG de base N04 «*Hystérectomie sauf en cas de néoformation maligne*» et N05 «*Ovariectomies et interventions complexes sur les trompes utérines...*»
- Inclusion de toutes les interventions de N05 dans le DRG de base N04
- Représentation de toutes les hystérectomies sans néoformation maligne dans le DRG de base N04
- Split pour DRG N04A étendu par les codes CHOP 70.78 et 68.31
- Révision du split pour le DRG N04B:
 - Interventions de reconstruction avec greffon et prothèse
 - Adhérences péritonéales avec hystérectomie
 - Endométriose avec intervention particulière

Organes génitaux féminins MDC 13

Hystérectomie et traitement chirurgical de prolapsus

Transformation II :

- nouveau split DRG N04C avec :
 - Hystérectomie ou intervention réparatrice avec ovariectomie ou intervention complexe sur la trompe utérine ou
 - Adhérences péritonéales
 - Ordre des demandes révisé et vérifié
 - Révision également en vue des nouveaux codes CHOP
- en conséquence autres transformations sont nécessaires

Organes génitaux féminins MDC 13

Hystérectomie pour néoformation maligne

Situation initiale :

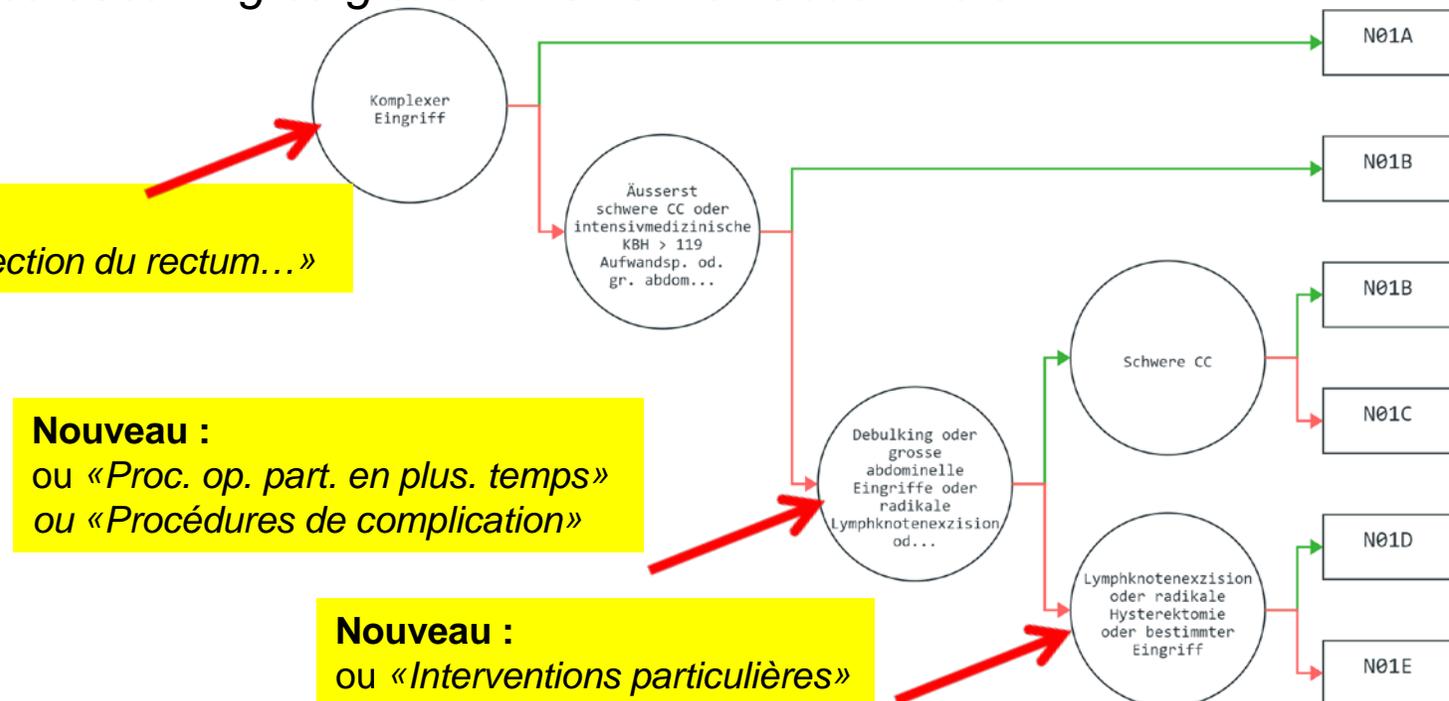
- Cas coûteux ne sont pas représentés de manière adéquate dans le DRG de base N01 «*Hystérectomie ou debulking ou grande intervention abdominale...*»

Transformation :

Nouveau :
Codes CHOP 48.4-, 48.5- et 48.6- «*Résection du rectum...*»

Nouveau :
ou «*Proc. op. part. en plus. temps*»
ou «*Procédures de complication*»

Nouveau :
ou «*Interventions particulières*»



Sang et système immunitaire MDC 16

État consécutif à une transplantation de cellules-souches hématopoïétique

Demande :

- Examen de tous les diagnostics ICD-10 GM du chapitre III «*Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et de certains troubles du système immunitaire*» pour la revalorisation au sein du DRG Q61 «*Affections érythrocytaires*»
- Examen du diagnostic secondaire Z94.81 «*État consécutif à une transplantation de cellules-souches hématopoïétique avec immunosuppression actuelle*»

Transformation :

- nouveau DRG Q61B «*Affections érythrocytaires avec diagnostic complexe particulier*»
- Revalorisation des diagnostics secondaires Z94.80 et Z94.81 dans le DRG Q61A

Brûlures MDC 22

Peau donnée

Demands :

- les cas avec une surface étendue de peau donnée lors de lésions cutanées / brûlures se répartissent sur de nombreux DRG
- la peau donnée est disponible sous forme autologue, allogénique, xénogène ou artificielle.
- Traitement très difficile et complexe
- concerne les groupes de codes CHOP
 - 86.6C.- *«Autre remplacement permanent de la peau et du tissu sous-cutané»*
 - 85.H3.- *«Remplacement permanent de la peau du sein par matériel de remplacement»*
 - 86.88.E- *«Couverture temporaire de tissu mou par de la peau allogénique, non étendu»*
 - 86.88.F- *«Couverture temporaire de tissu mou par de la peau allogénique, étendu»*

Brûlures MDC 22

Peau donnée

Résultat :

- Cas et coûts très hétérog. - nombre élevé de cas déjà regroupés dans le pré-MDC
- Création de nouveaux tableaux pour «*Remplacement permanent de la peau, non étendu*» et «*Remplacement permanent de la peau, étendu*»
- dans la fonction «*Brûlures graves / très graves* » inclusion d'autres codes ICD avec brûlures au 3^{ème} degré
- DRG de base Y02 «*Autres brûlures avec transplantation de peau...*» établi un nouveau tableau «*Brûlures très graves (à partir de 20% de la surface du corps et 3ème degré)*»
- Points TC de SI réduits à >119 points dans le DRG de base Y02
- Code CHOP 86.A1.12 «*Nécrosectomie épifasciale ou excision tangentielle après brûlure et lésion corrosive*» dans le DRG de base Y02

Matrice CC



Rémunérations supplémentaires - CHOP

Les rémunérations supplémentaires ont été calculées avec le taux de TVA en vigueur à partir du 01.01.24

Établissement de nouvelles rémunérations supplémentaires :

ZE-2025-218

- Dialyse péritonéale intermittente (Code CHOP 54.98.11)

ZE-2025-219

- Utilisation d'un appareil pour la fixation d'une endoprothèse [stent graft] (Code CHOP 00.9A.41)

ZE-2025-228

- Implantation ou remplacement d'une pompe de perfusion totalement implantable pour perfusion intrathécale et épidurale (Codes CHOP 03.9B.1-)

Rémunérations supplémentaires - CHOP

Adaptation importante des rémunérations supplémentaires existantes :

ZE-2025-72

- pour les pompes intravasculaires ventriculaire gauche, on **distingue selon la capacité potentielle de pompage**
(Codes CHOP 37.6A.44, 37.6A.45, 37.6A.46, 37.6A.47)

ZE-2025-73

- Rémunération supplémentaire pour traitement de soins infirmiers complexes déjà à partir de 26 points (Codes CHOP 99.C2.17 suiv.)

Rémunérations supplémentaires – ATC

Rémunérations supplémentaires nouvellement établies :

- Andexanet alfa
- Bezlotoxumab
- Capmatinib
- Delandistrogene Moxeparvovec
- Durvalumab
- Elexacaftor, Tezacaftor et Ivacaftor
- Emicizumab
- Etranacogene dezaparvovec
- Exagamglogene autotemcel
- Giltéritinib
- Glofitamab
- Idarucizumab
- Imlifidase
- Mosunetuzumab
- Nirsévimab (*Réserve OPAS/LS*)
- Pemigatinib
- Polatuzumab védotin
- Ponatinib
- Tabelecleucel
- Tafamidis
- Tagraxofusp
- Talquetamab
- Tebentafusp

Rémunérations supplémentaires – ATC

Autres adaptations :

- 6 rémunérations supplémentaires Iloprost, posaconazole (orale) et rituximab ont été regroupées en 3 rémunérations supplémentaires
- Élargissement et/ou nouveau regroupement des classes de dose pour
 - 21 rémunérations supplémentaires vers le haut
 - 12 rémunérations supplémentaires vers le bas
- Suppression des classes de dose les plus basses pour 3 rémunérations supplémentaires
- Suppression de la limite d'âge pour 1 rémunération supplémentaire (Voriconazol, orale)
- Établissement de classes de doses pour enfants pour 3 rémunérations supplémentaires (Facteur IX de coagulation (CAI), Vénétoclax, Létermovir)

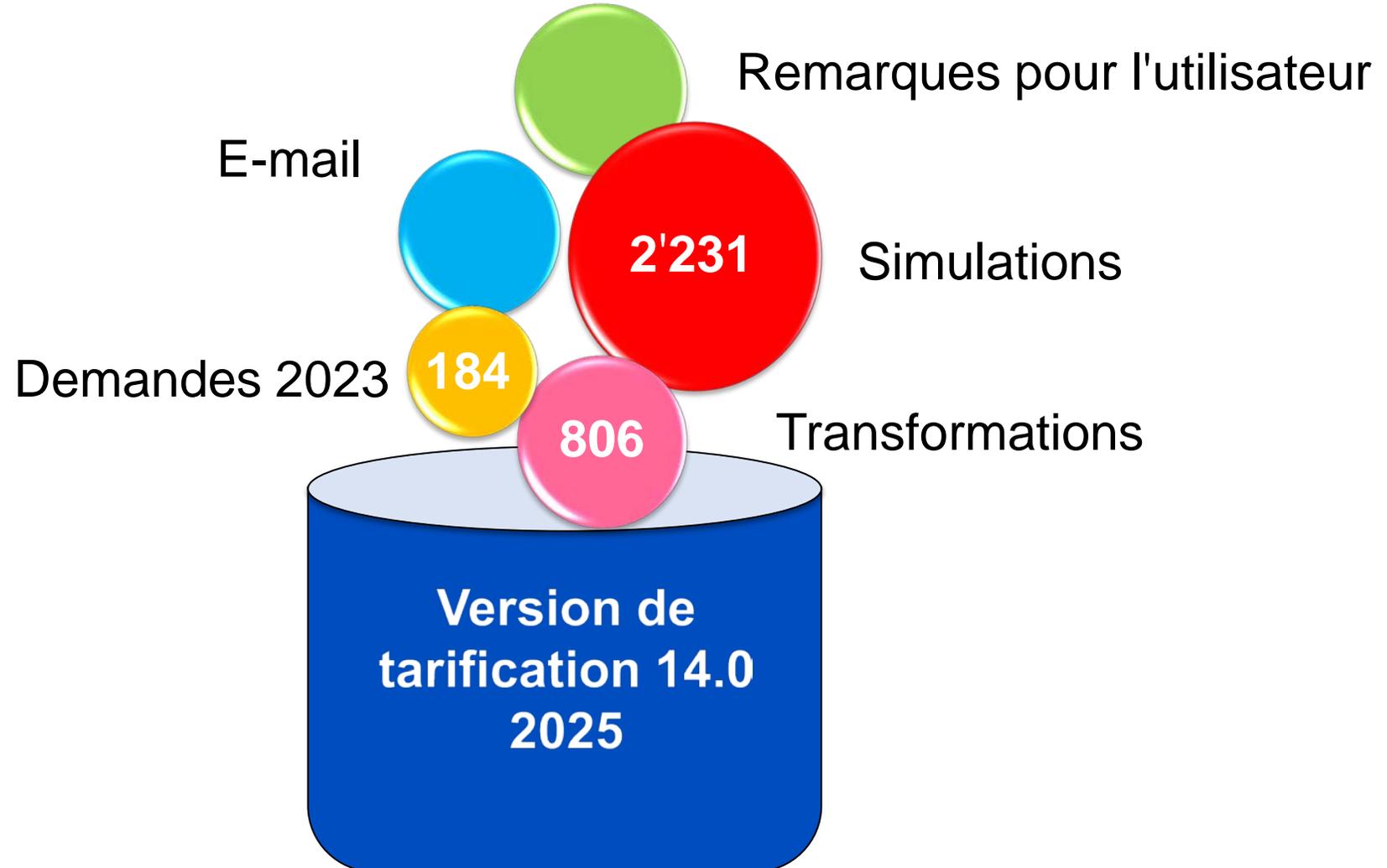
Rémunérations supplémentaires – ATC

Adaptation concernant CAR-T :

- Thérapie cellulaire CAR-T autologue contre «*Lymphome diffus à grandes cellules B*» regroupée dans le DRG de base A20
- la rémunération supplémentaire avec le numéro 192 a été supprimée
- les autres rémunérations supplémentaires CAR-T restent inchangées
- Rémunération supplémentaire pour la thérapie cellulaire CAR-T autologue en cas de
 - Leucémie lymphocytaire aiguë
 - Myélome multiple
 - Lymphome à cellules du manteau et
 - Lymphome folliculaire

Révision de la classification des DRG

Simulations



Révision de la classification des DRG

Procédure de demande

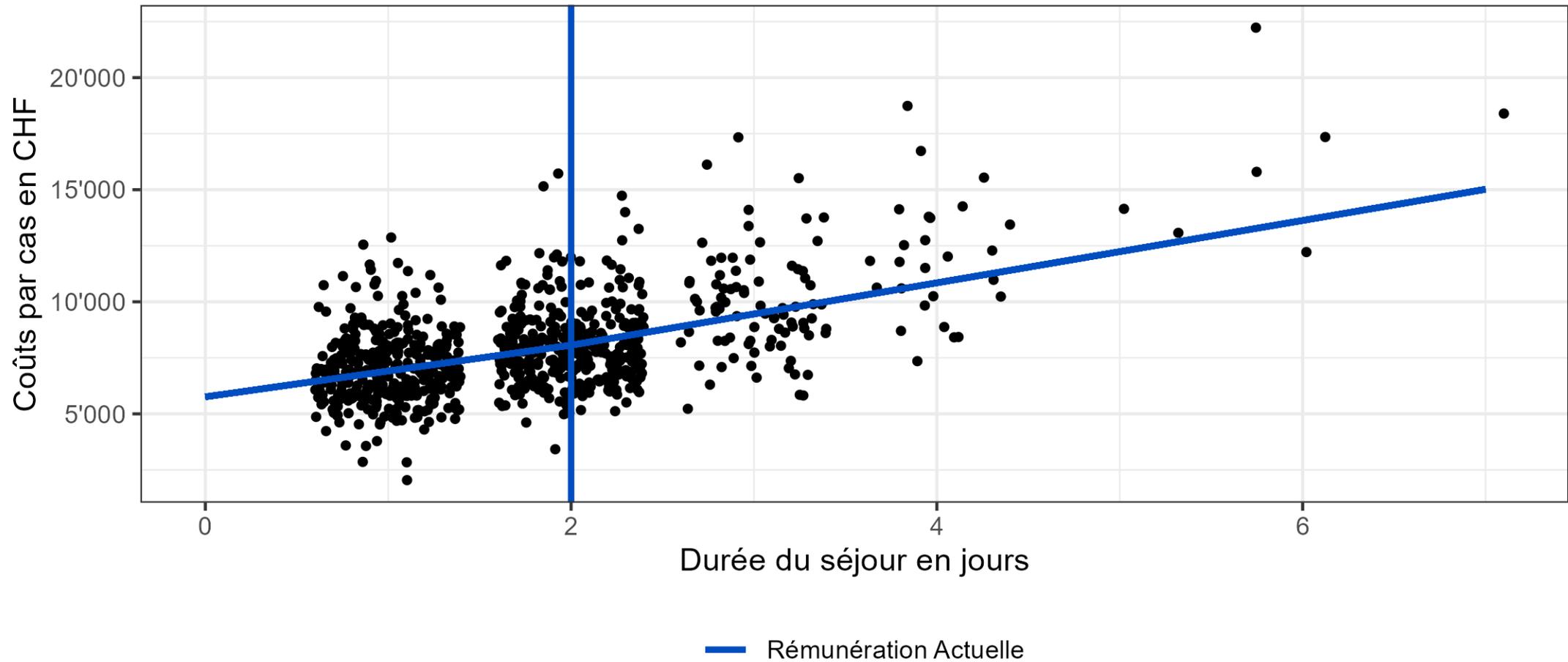
	2023	2022	2021	2020
Demandes	184	176	108	188
réalisées	114	119	47	111
Taux	62%	67%	43%	59%

SwissDRG – Version 14.0 / 2025

1. Base de données
2. Développement du Groupes
- 3. Méthode de calcul**
4. Résultats

Problème

Structure de rémunération du DRG O03Z



Statu quo

Détermination de la borne inférieure de la durée de séjour

Borne inférieure de la durée de séjour du DRG i :

$$BIS_i = \left\lfloor \max\left(2; \frac{mDS_i}{3}\right) \right\rfloor$$

→ un tiers de la durée moyenne de séjour, mais au moins deux jours

→ dans le catalogue des forfaits par cas est indiqué „premier jour avec réduction“ = $BIS - 1$

mDS_i : moyenne arithmétique de la durée de séjour des cas dans le DRG i

$sdDS_i$: écart-type de la durée de séjour des cas dans le DRG i

Statu quo

Détermination de la borne supérieure de la durée de séjour

Borne supérieure de la durée de séjour du DRG i :

$$BSS_i = \lfloor \min(mDS_i + 2 * sdDS_i; mDS_i + 17) \rfloor$$

→ **Somme de la durée moyenne de séjour et de deux fois l'écart-type, sauf si celui-ci dépasse l'écartement maximal fixé de 17 jours**

→ dans le catalogue des forfaits par cas est indiqué „premier jour avec supplément“ = $BSS + 1$

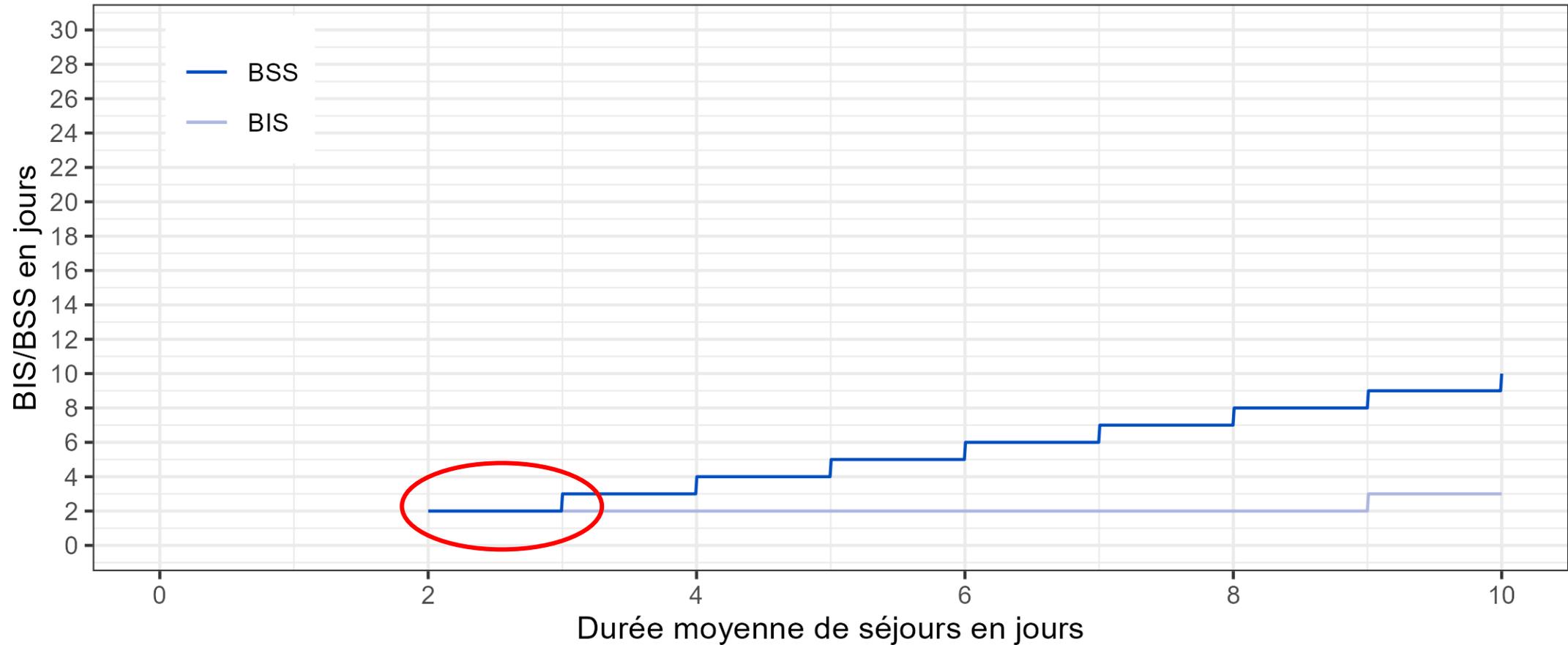
mDS_i : moyenne arithmétique de la durée de séjour des cas dans le DRG i

$sdDS_i$: écart-type de la durée de séjour des cas dans le DRG i

Motivation

BIS/BSS en fonction de la durée moyenne de séjour

Écart type 0



Adaptation du calcul de la BSS pour BSS = BIS = 2

- la formule de calcul de l'OGV est légèrement adaptée (distinction des cas)
- donc la situation BSS = BIS = 2 n'est plus possible à l'avenir
- chaque BSS, qui se situe en dessous de 3 jours est augmenté d'un jour (ligne inférieure dans la formule suivante)

$$OGV_i = \begin{cases} \lfloor \min(mDS_i + 2 \cdot sdDS_i; mDS_i + 17) \rfloor, & \text{si } mSD_i + 2 \cdot sdDS_i \geq 3 \\ \lfloor \min(mDS_i + 2 \cdot sdDS_i; mDS_i + 17) \rfloor + 1, & \text{sinon} \end{cases}$$




Conclusion

- la situation BSS = BIS = 2 n'est plus possible à l'avenir
- Caractère forfaitaire garanti pour tous les DRG
- Zone des effets de l'adaptation clairement délimitée
- Pas d'influence négative sur la qualité globale du système

Adaption a été mise en œuvre pour ces raisons

SwissDRG – Version 14.0 / 2025

1. Base de données
2. Développement du Groupier
3. Méthode de calcul
- 4. Résultats**

Nombre de cas par statut

	V14.0		V13.0	
	Nombre de cas	Pourcentage	Nombre de cas	Pourcentage
Inlier	871'006	78.7%	866'483	78.3%
High Outlier	76'794	6.9%	79'020	7.1%
Low Outlier	67'233	6.1%	69'530	6.3%
Cas transférés	91'919	8.3%	91'919	8.3%
DRG non évalués	0	0.0%	0	0.0%
DRG non facturables	120	0.0%	120	0.0%
Tous les cas	1'107'072	100.0%	1'107'072	100.0%

Base de données: 2022, données de calcul

Homogénéité des coûts R²

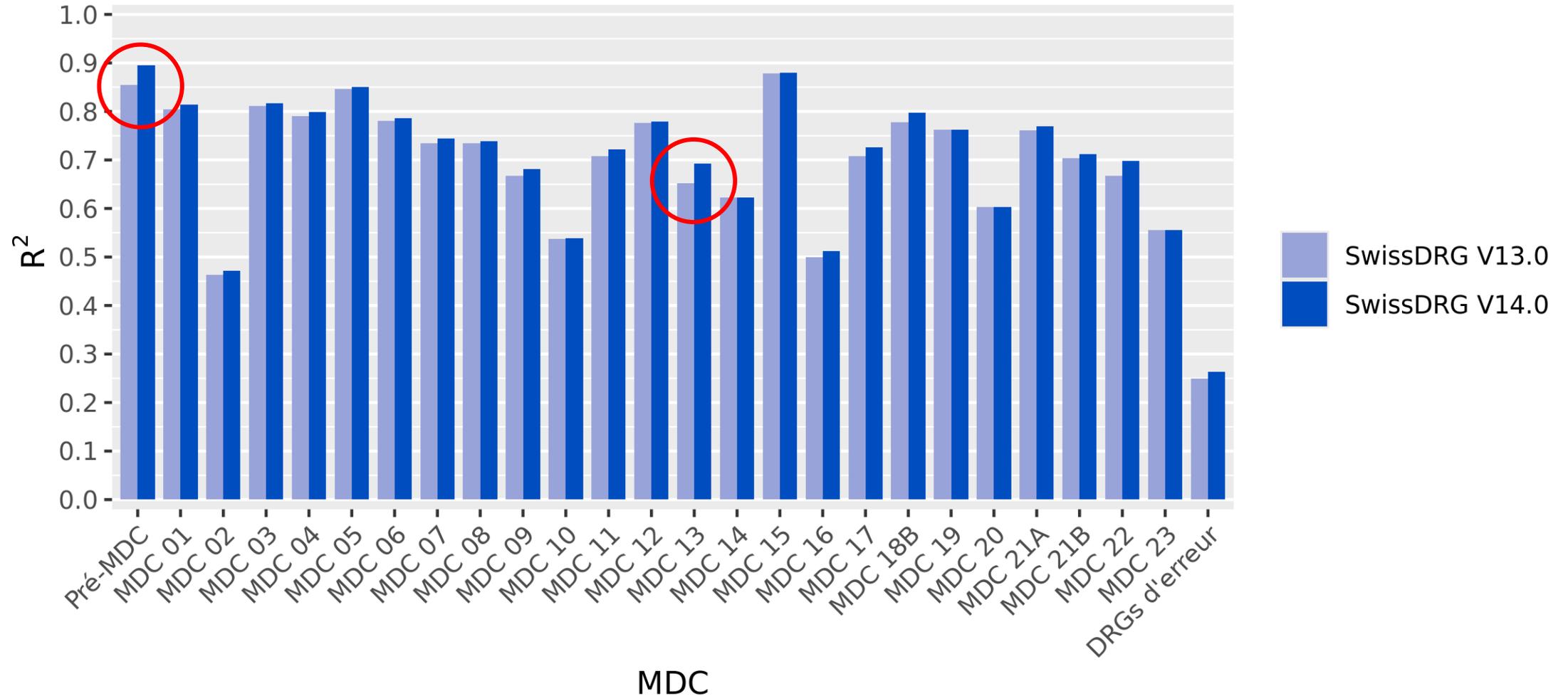
Version V14.0 en comparaison avec les versions précédentes

Version du Grouper	Année de données	Tous les cas	Inlier (selon V14.0)
V14.0	2022	0.763	0.861
V13.0		0.753	0.842
V12.0		0.742	0.825

Base de données : 2022, données de calcul

Homogénéité des coûts R² par MDC

Version V14.0 en comparaison avec la version précédente



Base de données :2022, données de calcul, inliers selon V14.0

Calcul de la valeur de référence

La valeur de référence est calculée de telle sorte que, pour une base de données identique 2022

Somme des cost-weights effectifs groupés avec V14.0

=

Somme des cost-weights effectifs groupés avec V13.0

SwissDRG V14.0	SwissDRG V13.0	SwissDRG V12.0
10'715 CHF	10'617 CHF	10'314 CHF

Base de données: 2022, données du domaine d'application SwissDRG, évaluées avec V13.0 et V14.0

Indice casemix selon la typologie

Niveau de prestation	Nombre de cas	CMI V14.0	CMI V13.0	Delta V13.0/V14.0
K111 Prise en charge centralisée - niveau 1	217'809	1.480	1.469	+0.8%
K112 Prise en charge centralisée - niveau 2	679'980	1.062	1.064	-0.2%
K121 Soins de base - niveau 3	130'039	0.924	0.928	-0.4%
K122 Soins de base - niveau 4	82'179	0.875	0.878	-0.3%
K123 Soins de base - niveau 5	29'452	0.920	0.926	-0.6%
K221 Cliniques de réadaptation	6'649	2.356	2.304	+2.2%
K231 Chirurgie	50'497	1.128	1.136	-0.7%
K232 Gyn. / Néonatalogie	4'738	0.379	0.366	+3.5%
K233 Pédiatrie	19'278	1.321	1.328	-0.5%
K234 Gériatrie	5'713	1.594	1.582	+0.7%
K235 Cliniques spécialisées	8'425	2.055	2.042	+0.7%
Tous	1'234'759	1.126	1.126	+0.0%

Base de données: 2022, données du domaine d'application SwissDRG, évaluées avec V13.0 et V14.0

Taux de couverture par groupe choisi avec prix hypothétique de base uniforme

	Nombre de cas	Pourcentage du total des cas	Taux de couverture V14.0	Taux de couverture V13.0	Changement V13.0/V14.0
Hôpitaux universitaires K111	206'433	18.65%	90.47%	89.81%	+0.7%
Hôpitaux indépendants pour enfants	18'630	1.68%	99.81%	100.27%	-0.5%
Hôpitaux non universitaires	900'519	81.35%	103.55%	103.79%	-0.2%
Inliers	950'703	85.88%	103.56%	103.80%	-0.2%
Low outliers	72'554	6.55%	103.45%	101.64%	+1.8%
High outliers	83'695	7.56%	83.79%	83.16%	+0.8%
Patients transférés (d'admission)	49'299	4.45%	99.74%	98.96%	+0.8%
Patients transférés (d'admission) inliers	41'485	3.75%	103.50%	103.16%	+0.3%
Enfants < 16 ans sans DRG P66D, P67D	74'639	6.74%	102.28%	102.61%	-0.3%

Baserate hypothétique pour bénéfices nuls incl. CUI V14.0: CHF 11'045

Baserate hypothétique pour bénéfices nuls incl. CUI V13.0: CHF 11'036

Base de données : 2022, données de calcul, évaluées avec V13.0 et V14.0

Cause des changements dans le taux de couverture K233

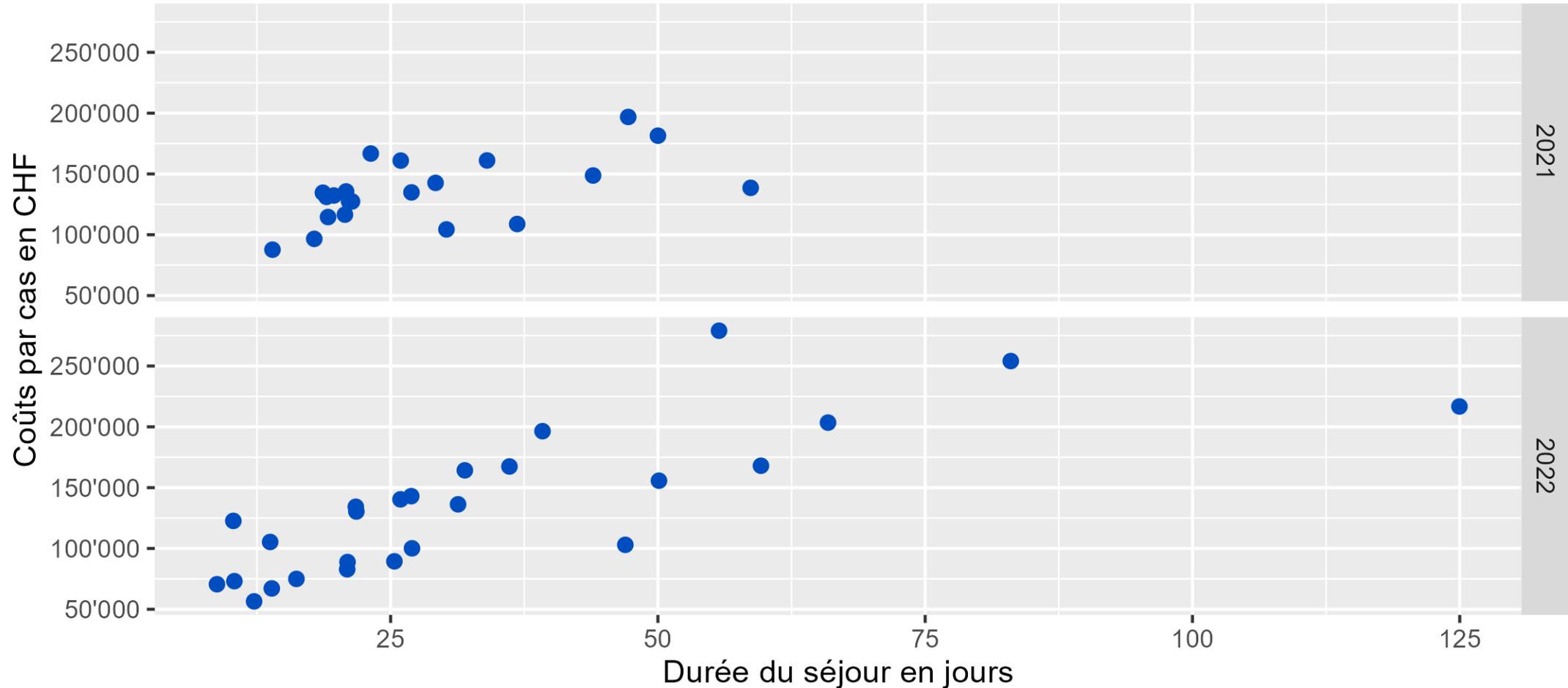
Comparaison des costweights P02

Version	Année de données	DRG	Inlier-CW	1 ^{er} jour avec réduction	Réduction	1 ^{er} jour avec supplément	Supplément
V13.0	2021	P02A	23.121	15	1.262	67	0.399
V13.0	2021	P02B	12.301	6	1.54	32	0.328
V13.0	2021	P02C	7.342	5	1.02	35	0.253
V14.0	2022	P02A	20.612	20	0.858	83	0.378
V14.0	2022	P02B	11.452	7	1.171	44	0.28
V14.0	2022	P02C	6.852	5	0.897	35	0.21

Base de données: 2021 resp. 2022, données de calcul

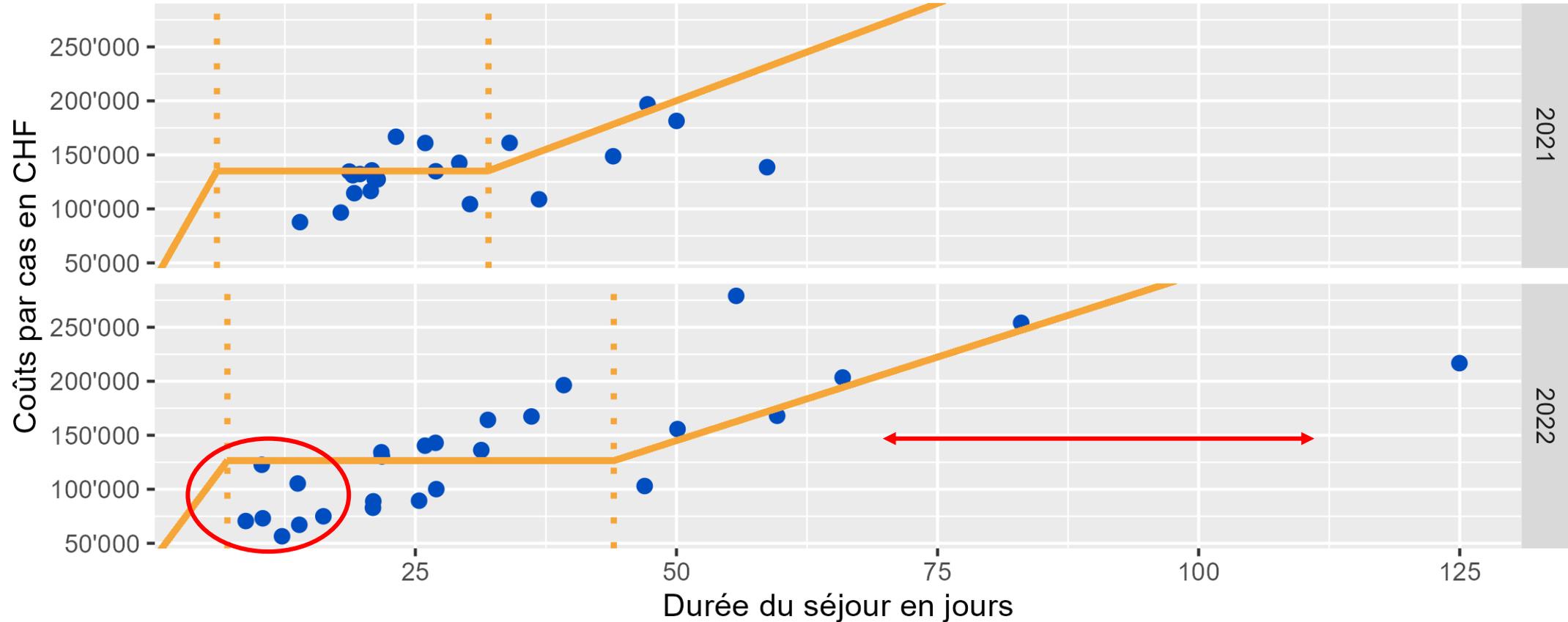
Répartition des coûts des cas du DRG P02B

Répartition des coûts des cas du DRG P02B



Répartition des coûts des cas du DRG P02B

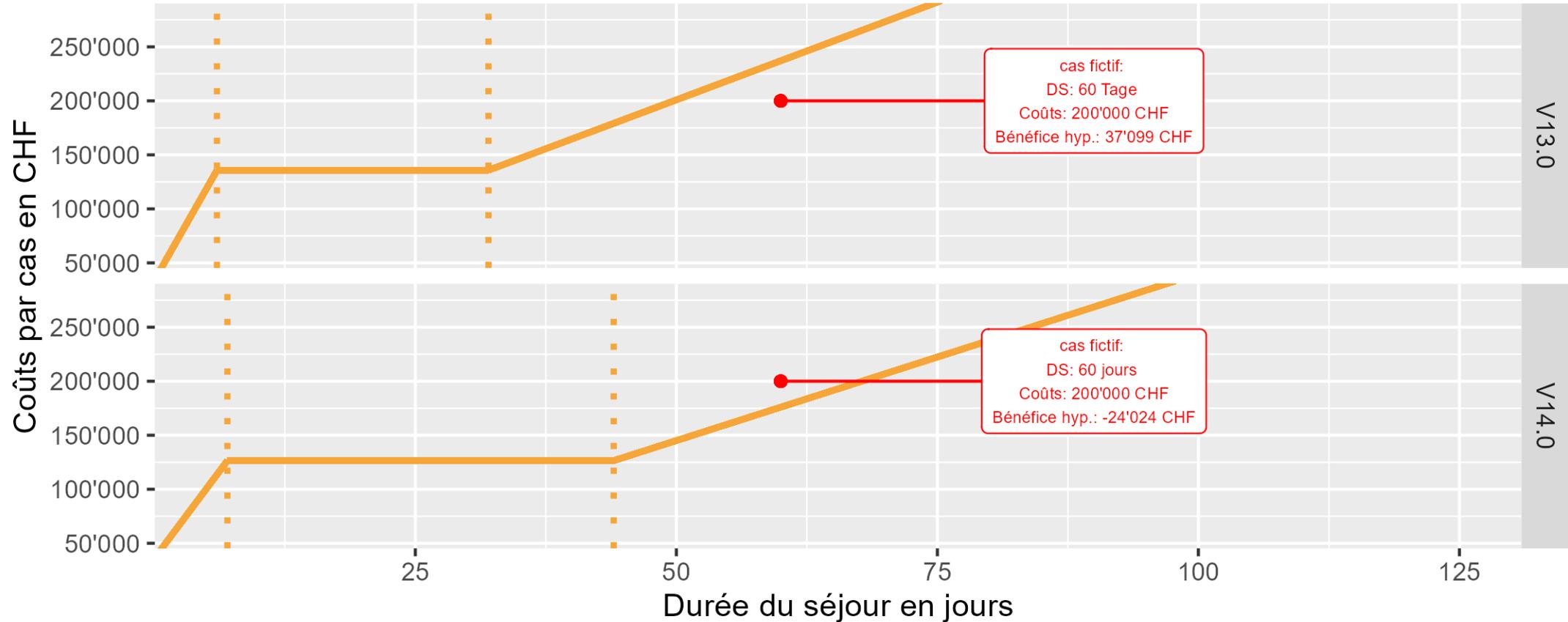
Répartition des coûts des cas du DRG P02B



Baserate hypothétique V13.0, Données 2021: 10'995 CHF
 Baserate hypothétique V14.0, Données 2022: 11'045 CHF

Répartition des coûts des cas du DRG P02B

Répartition des coûts des cas du DRG P02B



Baserate hypothétique V13.0, Données 2022: 11'036 CHF
 Baserate hypothétique V14.0, Données 2022: 11'045 CHF

Répartition des coûts cas P02B

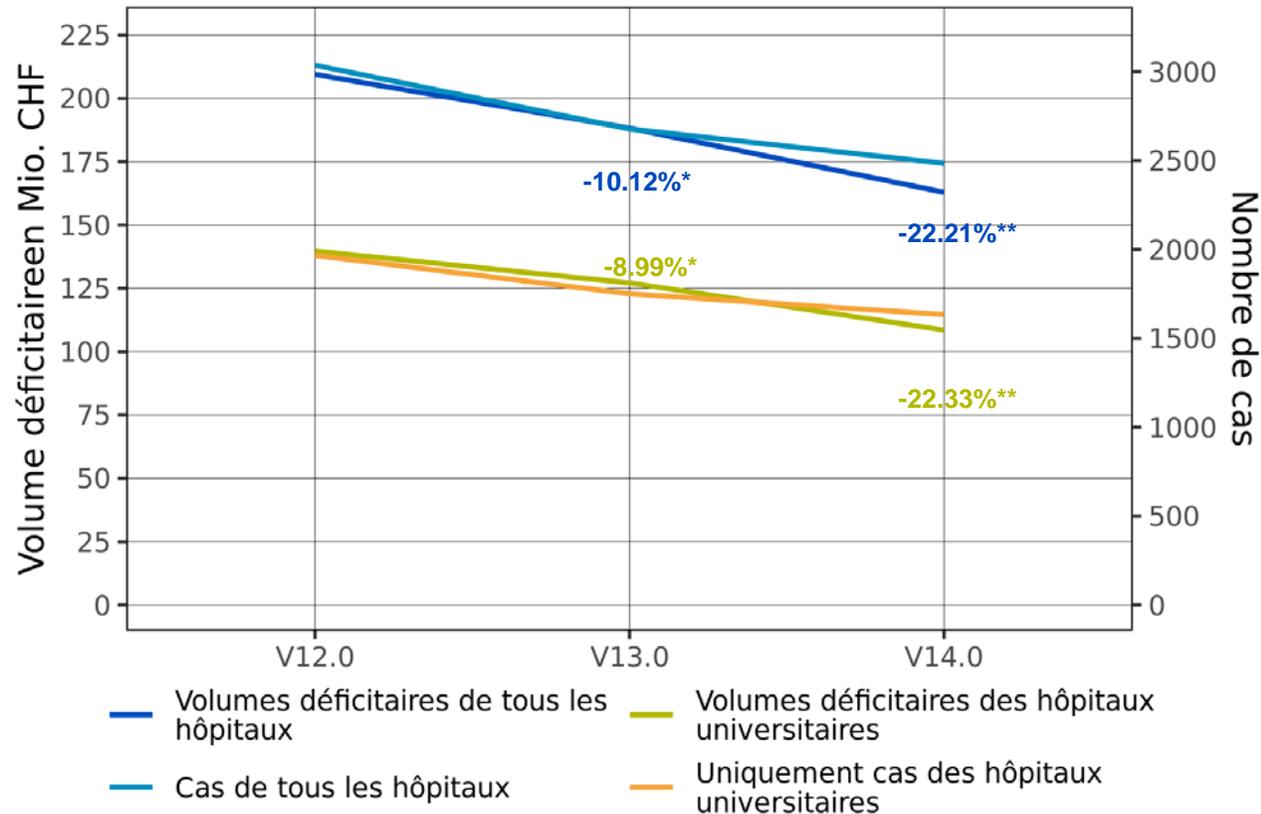
- les données de 2022 diffèrent considérablement de celles de 2021
- Cas comparativement peu coûteux avec une durée de séjour courte
 - les cost-weights des Inlier diminuent
- des cas avec une durée de séjour extrêmement longue
 - BSS augmente

Conséquence :

- le taux de couverture des cas 2022, qui sont regroupés dans le DRG P02B, diminue nettement par rapport à la V13.0
- ceci est uniquement dû aux données disponibles
- aucune transformation DRG n'a été effectuée

Cas avec déficit

Cas avec déficit > CHF 40'000.-



*: Changement de V12.0 à V13.0 (en %)
 **: Changement de V12.0 à V14.0 (en %)

Définition CA :

- Déficit > CHF 40'000
- Coûts > CHF 400'000

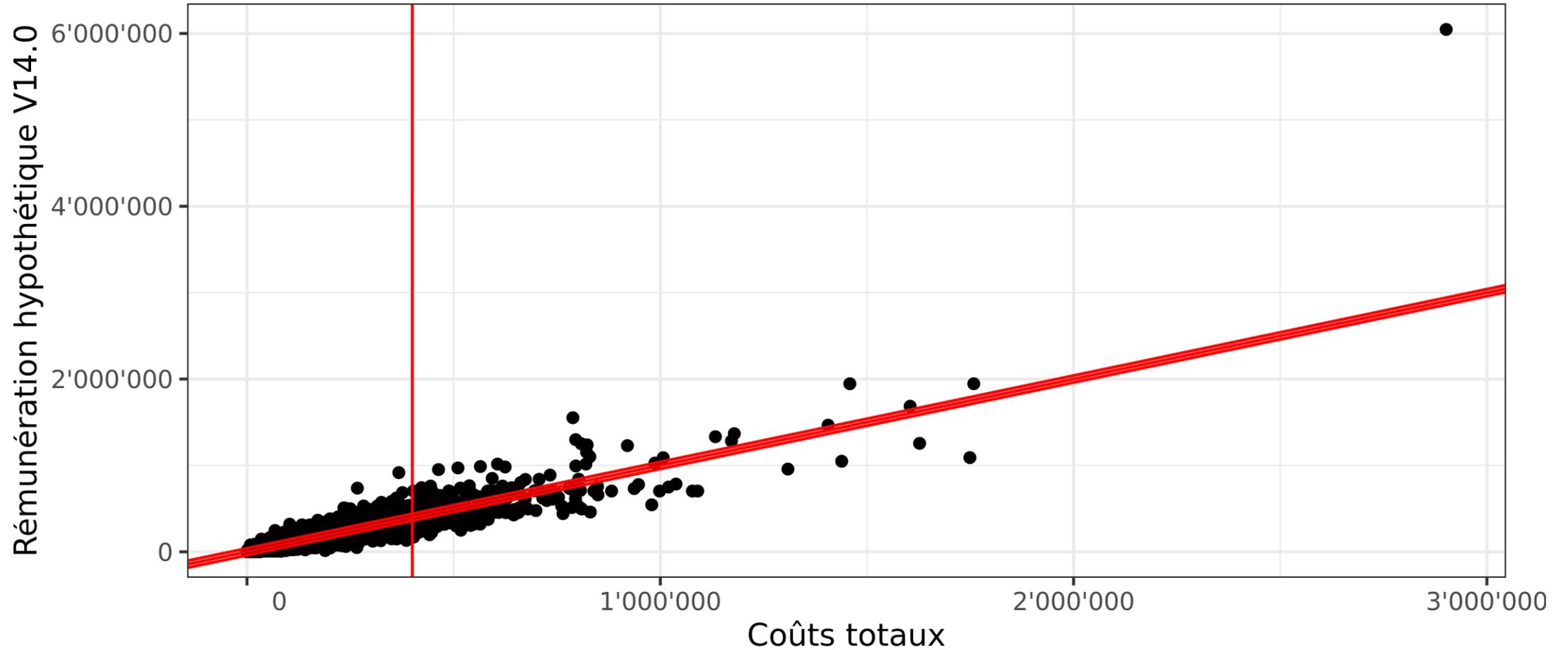


- 139 Cas
- 15 hôpitaux concernés
- Volume déficitaire CHF 21.9 Mio.

Base de données : 2022, données de calcul, évaluées avec V12.0, V13.0 et V14.0

Cas à coûts élevés

Répartition

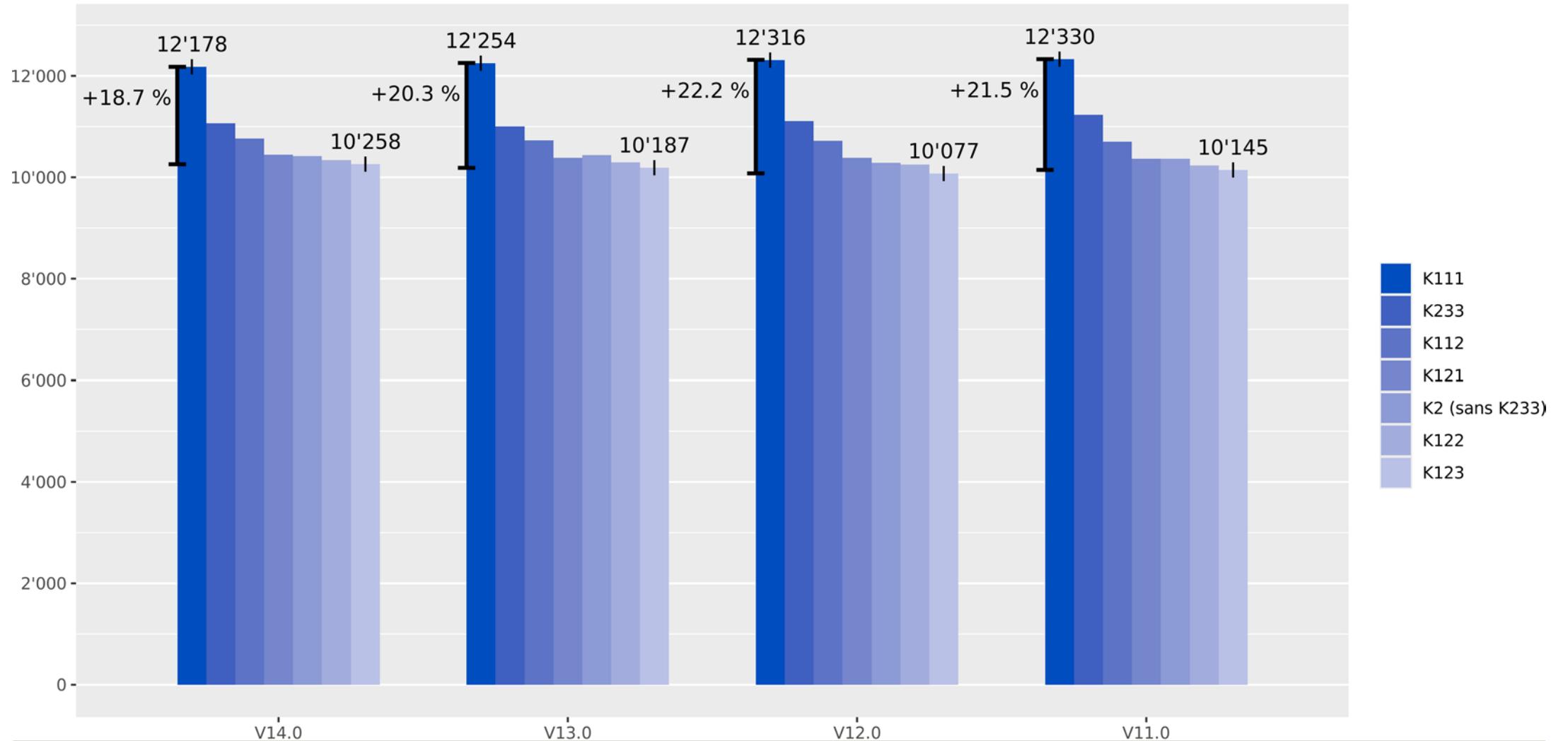


Cas à coûts élevés (coûts > 400'000 CHF) : 287
 Nombre de cas déficitaires avec coûts élevés : 139
 Nombre de cas bénéficiaires avec coûts élevés : 97

Volumes déficitaires : 21.9 Mio. CHF
 Volumes bénéficiaires : 19.5 Mio. CHF

Coûts standardisés par cas selon la typologie

Effets de version



Un grand merci pour votre attention !

SwissDRG SA

Länggassstrasse 31
3012 Berne

 +41 (0)31 310 05 50

e-mail: info@swissdrg.org