



Modifications de la version SwissDRG 14.0 par rapport à la version 13.0

- 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
1.4. DOUBLE RELEVÉ DES COÛTS D'UTILISATION DES IMMOBILISATIONS	4
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	5
2.4. QUALITÉ DES DONNÉES DU RELEVÉ DÉTAILLÉ	5
3. DÉVELOPPEMENT DU GROUPEUR	6
3.1. APERÇU DES AXES DE DÉVELOPPEMENT DE LA VERSION 14.0.....	6
3.1.1. <i>Représentation des cas coûteux</i>	6
3.1.2. <i>Pédiatrie</i>	8
3.1.3. <i>Paraplégie</i>	10
3.1.4. <i>Médecine palliative</i>	12
3.1.5. <i>Maladies et troubles des organes génitaux féminins MDC 13</i>	12
3.1.6. <i>Matrice CC</i>	14
3.1.7. <i>Adaptations de la méthode de calcul</i>	14
3.2. AUTRE RÉVISION DE LA CLASSIFICATION DRG.....	15
3.2.1. <i>Restructurations inter-MDC – pré-MDC</i>	15
3.2.2. <i>Autres restructurations indépendantes des MDC</i>	16
3.2.3. <i>Pré-MDC</i>	22
3.2.4. <i>Maladies et troubles du système nerveux MDC 01</i>	22
3.2.5. <i>Maladies et troubles de l'œil MDC 02</i>	24
3.2.6. <i>Maladies et troubles de l'oreille, du nez, de la bouche et de la gorge MDC 03</i>	25
3.2.7. <i>Maladies et troubles des organes respiratoires MDC 04</i>	26
3.2.8. <i>Maladies et troubles de l'appareil circulatoire MDC 05</i>	27
3.2.9. <i>Maladies et troubles des organes digestifs MDC 06</i>	33
3.2.10. <i>Maladies et troubles du système hépatobiliaire et du pancréas MDC 07</i>	34
3.2.11. <i>Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif MDC 08</i>	35
3.2.12. <i>Maladies et troubles de la peau, du tissu sous-cutané et de la glande mammaire MDC 09</i>	38
3.2.13. <i>Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques MDC 10</i>	39
3.2.14. <i>Maladies et troubles des organes urinaires MDC 11</i>	39
3.2.15. <i>Maladies et troubles des organes génitaux masculins MDC 12</i>	40
3.2.16. <i>Grossesse, naissance et suites de couches MDC 14</i>	40
3.2.17. <i>Affections du sang, des organes hématopoïétiques et du système immunitaire MDC 16</i>	42
3.2.18. <i>Néoformations hématologiques et solides MDC 17</i>	43
3.2.19. <i>Maladies infectieuses et parasitaires MDC 18B</i>	44
3.2.20. <i>Blessures, empoisonnements et effets toxiques dus aux drogues et médicaments MDC 21B</i> .	45
3.2.21. <i>Rémunérations supplémentaires – nettoyage des coûts</i>	45
3.2.22. <i>Rémunérations supplémentaires – modifications</i>	45
4. MÉTHODE DE CALCUL	48
4.1. DÉTERMINATION DES COST-WEIGHTS	48
4.2. CALCUL DE LA VALEUR DE RÉFÉRENCE	48
4.3. CALCUL DES SUPPLÉMENTS ET RÉDUCTIONS	48



ANNEXE A: CHIFFRES-CLÉS CONCERNANT LE DÉVELOPPEMENT DU SYSTÈME	49
INTRODUCTION	49
DONNÉES	49
NOMBRE DE DRG	50
QUALITÉ DU SYSTÈME.....	51

Introduction

Le présent document fait état des changements qui ont été entrepris entre la version 14.0 (données de 2022) et la version 13.0 (données de 2021) 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 14.0. Les données détaillées concernant les différents points peuvent être consultées dans les documents respectifs.

1. Collecte des données

La collecte des données et la documentation correspondante (voir document 03b Directives données 2022, partie A Format et contenu des données source) ont été modifiées comme suit:

- Adaptation aux instruments de codage en vigueur en 2022
- Perfectionnement continu du relevé détaillé des coûts pour les médicaments onéreux, les implants, les procédés, les produits sanguins et autres procédures.

1.1. Adaptation du codage médical

Les classifications suivantes étaient en vigueur pour l'année des données 2022:

- CIM-10-GM 2022
- CHOP 2022

1.2. Saisie des substances et médicaments onéreux

La liste des médicaments/substances à relever dans la statistique médicale a été modifiée concernant les données 2022 par l'ajout ou le retrait de certaines substances.

1.3. Relevé détaillé

La liste des médicaments, implants et procédures à coûts élevés du relevé détaillé a été adaptée. La plupart des adaptations concernaient l'alignement des codes CHOP consultés à la nouvelle version. Dans certains cas isolés, de nouveaux codes CHOP ont été ajoutés dans le relevé détaillé ou supprimés de celui-ci en raison de la procédure de demande. Aucun nouvel onglet n'a été ajouté ou retiré pour le domaine des soins aigus stationnaires, mais le profilage des tumeurs est venu compléter la fiche «SIRT».

Les rémunérations supplémentaires ont été perfectionnées à l'aide des données de coûts de l'année 2022. En outre, les données relatives au prix des médicaments ont été rendues plausibles à l'aide des listes des spécialités (LS) de 2023 et 2024.

À l'occasion de la livraison des données 2022, nous avons constaté avec regret que le nombre d'hôpitaux ayant fourni à SwissDRG SA des informations détaillées sur les procédures et implants coûteux a nettement diminué par rapport aux années précédentes. SwissDRG SA a cependant absolument besoin de ces informations pour garantir le perfectionnement des rémunérations supplémentaires sur la base des données. Suite à ce recul constaté, ce thème a été abordé à plusieurs reprises lors de la présentation du système, mais aussi lors des échanges avec les hôpitaux. Tant les hôpitaux que les organisations partenaires de SwissDRG SA ont été à nouveau informés et sensibilisés à l'importance du relevé détaillé pour le perfectionnement de la structure tarifaire. Des échanges bilatéraux avec certains hôpitaux ont en outre permis une meilleure compréhension réciproque et la

clarification de problèmes concrets concernant l'élaboration du relevé détaillé. Pour les futurs relevés détaillés, SwissDRG SA espère ainsi non seulement une plus grande quantité d'informations détaillées fournies, mais aussi une amélioration de la qualité des données.

Afin d'améliorer la représentation des radioligands de PSMA dans la structure tarifaire SwissDRG, les hôpitaux ont eu la possibilité, en plus du relevé détaillé, de transmettre à SwissDRG SA les prestations financées par des tiers sous forme d'une livraison de données en aval. Cela a permis de s'assurer que les coûts réels générés par cette procédure sont pris en compte dans le calcul des cost-weights et que les cas sont ainsi représentés de manière appropriée.

1.4. Double relevé des coûts d'utilisation des immobilisations

Au cours des procédures d'approbation des versions précédentes de la structure tarifaire, SwissDRG SA a été informée que les coûts d'utilisation des immobilisations (CUI) doivent être évalués selon l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP). En collaboration avec H+, SwissDRG SA effectue un double relevé pour les données 2023 (relevé des CUI aussi bien selon les principes de comptabilité analytique que selon l'OCP). Cela permet une analyse comparative complète et fournit ainsi la base de la discussion sur la manière d'évaluer les CUI dans le cadre de futurs relevés de données. L'analyse en question sera réalisée en été/automne 2024. Les résultats pourront ensuite être discutés avec les partenaires de SwissDRG SA. L'objectif est de présenter les résultats des analyses comparatives effectuées au conseil d'administration de SwissDRG SA en décembre 2024. Des informations sur la suite de la procédure pourront donc être présentées à l'OFSP par SwissDRG SA au premier trimestre 2025.

2. Traitement des données

Le processus de traitement des données est présenté en détail dans le document «Directives données 2022», 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 2022 dans le format à 80 colonnes, comme l'année précédente (voir Directives données 2022, partie A, annexe D).

2.2. Correction sur la base des composantes de coûts

Comme dans la version précédente, les coûts dans la version 14.0 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 2022, 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. La fonction commentaire a été utilisée dans plus de 40 000 cas. 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 un 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 complexe pour de nombreux hôpitaux de fournir ce travail dans la qualité souhaitée.

Dans le cas des médicaments, il faut également mentionner que l'évaluation de certaines rémunérations supplémentaires correspond au prix de la liste des spécialités (LS) et que de nombreux hôpitaux affichent justement 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 liste des spécialités, les prix en vigueur lors du relevé ne sont plus obligatoirement actuels. Pour cette raison, les prix livrés sont comparés plusieurs fois à la liste des spécialités. Dans certains cas, les prix de la version précédente (version 13.0) 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.

3. Développement du Grouper

3.1. 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.

3.1.1. Représentation des cas coûteux

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.OF.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. Outre le traitement par cellules CAR-T, le code CHOP pour les LIT 41.OF.14 «*Transplantation de TIL [tumor infiltrating lymphocytes]*» a été également ajouté sans autre condition dans le DRG A15A.

Tumor board

Les discussions interdisciplinaires concernant les cas de tumeur (tumor board) sont complexes et coûteuses. La représentation de ces tumor boards dans la structure tarifaire a déjà fait l'objet d'un examen avec les données de 2021 montrant notamment que le code CHOP 89.93 «*Discussion interdisciplinaire de cas de tumeur (tumor board)*» n'était pas un bon séparateur de coûts. Ces analyses ont été poursuivies avec les données de 2022, ce qui a donné lieu à plus de 150 simulations et à de nombreuses analyses de données.

Les évaluations ont montré que le tumor board n'est pas, à elle seule, un bon séparateur de coûts. Une représentation différenciée était toutefois possible en combinaison avec différentes situations telles

que des biopsies particulières, des chimiothérapies complexes, des procédures opératoires (procédures OP) ou des méthodes de diagnostic complexes et coûteuses. Celle-ci a permis de constater que les biopsies n'étaient parfois pas représentées de la même manière, ce qui a nécessité une réévaluation et une correction des biopsies dans la logique du Grouper. Les codes CHOP pour les biopsies comprenant «*sans autre précision*» ont été dépréciés, tandis que les biopsies ouvertes ont été définies comme des «*procédures OP*» et les biopsies fermées comme des «*procédures NOP*» (procédure médicale). Les méthodes diagnostiques coûteuses, telles que le PET-CT ou les méthodes de diagnostic génétique, ont acquis une plus grande pertinence pour le regroupement.

Afin d'améliorer la représentation de la tumor board dans l'ensemble des MDC, une nouvelle fonction globale «*Situations coûteuses pour néoformation maligne*» a été établie. Cette fonction contient les conditions suivantes:

- «*Discussion interdisciplinaire de cas de tumeur (tumor board)*»
- en relation avec un diagnostic de «*néoformation maligne*»
- et «*chimiothérapie moyennement ou hautement complexe*» ou «*PET-CT*» ou «*diagnostic génétique particulier*»
- et «*procédure opératoire*» ou «*biopsie médicale*»

Cette 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:

- A93 «*Radiothérapie, plus de 8 séances d'irradiation*»
- B02 «*Craniotomie complexe ou opération de la colonne vertébrale*»
- E02 «*Autres procédures opératoires sur l'appareil respiratoire ou intervention coûteuse sur les bronches*»
- E08 «*Radiothérapie pour maladies et troubles de l'appareil respiratoire, plus d'un jour d'hospitalisation*»
- E71 «*Néoformations des organes respiratoires*»
- H41 «*CPRE et thérapie photodynamique ou interventions endoscopiques à l'œsophage*»
- H61 «*Néoformation maligne sur le système hépatobiliaire et le pancréas ou séjour d'évaluation avant transplantation hépatique*»
- L62 «*Néoformations des organes urinaires*»
- M60 «*Néoformations malignes des organes génitaux masculins*»
- N60 «*Néoformation maligne des organes génitaux féminins*»
- R01 «*Interventions opératoires pour néoformations hématologiques et solides et plus d'un jour d'hospitalisation ou...*»
- R60 «*Leucémie myéloïde aiguë, plus d'un jour d'hospitalisation ou prélèvement autologue de CS ou Graft versus Host Disease (réaction du greffon contre l'hôte)*»
- R61 «*Lymphome et leucémie non aiguë, plus d'un jour d'hospitalisation*»
- R62 «*Autres néoformations hématologiques et solides, plus d'un jour d'hospitalisation*»
- R63 «*Autre leucémie aiguë, plus d'un jour d'hospitalisation*»

Réadaptation précoce

La représentation des cas avec une «*réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce*» ou une «*réadaptation précoce multidisciplinaire*» a également fait l'objet d'une analyse approfondie pour la version 14.0 sur la base des données de l'année 2022. En particulier, les cas avec un nombre élevé de jours de traitement ou de traitements coûteux ont fait l'objet d'un examen minutieux. De plus, nous recevons régulièrement des informations selon lesquelles les cas avec des épisodes de traitement plus courts ne sont pas suffisamment représentés.

- 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, permet désormais de bien représenter les brefs épisodes de traitement.

- Un nouveau code A90A avec la fonction «*Procédure opératoire particulière en plusieurs temps*» a été implémenté au moyen d'un split du DRG A90A. Cela a entraîné un changement de désignation des DRG qui suivent.
- Le critère de split pour le DRG A90B (auparavant A90A) a été abaissé de «PCCL > 5» à «PCCL > 4».

3.1.2. 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 un faible nombre de points de dépense pour les adultes ont ici été systématiquement analysés pour déterminer si les nouveaux codes CHOP pour les nouveau-nés et les enfants avec un nombre comparable de points devaient être intégrés.

Représentation des cas avec un plus faible nombre de points de dépense

Un examen complet de la représentation des cas avec < 197 points de traitement complexe de soins intensifs particulier/traitement complexe en unité de soins intermédiaires chez les nouveau-nés et les enfants a été réalisé. Il s'agissait notamment de déterminer si les critères de split existants avec un faible nombre de points de dépense chez les adultes devaient être adaptés afin de prendre en compte les nouveaux codes CHOP pour les nouveau-nés et les enfants avec un nombre de points de dépense similaire.

- Une revalorisation de > 65 points de traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires pour les nouveau-nés ou les enfants a pu être mise en œuvre dans les DRG de base et DRG suivants:
 - DRG de base E87 «*Maladies et troubles des organes respiratoires avec traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 65/59 points*»
 - F73A «*Syncope et collapsus avec traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 65/59 points ou paraplégié/tétraplégie*»
 - X62B «*Empoisonnements/effets toxiques dus aux drogues, médicaments et autres substances ou suites d'un traitement médical avec traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires 66 à 130/60 à 119 points*»
 - X86A «*Blessures, empoisonnements et effets toxiques dus aux drogues et médicaments avec traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires 66 à 130/60 à 119 points, un jour d'hospitalisation*»
- Une revalorisation de plus de 130 points de traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires pour les nouveau-nés ou les enfants a été mise en œuvre dans les DRG de base et DRG suivants:
 - B02A «*Craniotomie complexe ou opération de la colonne vertébrale, âge < 6 ans ou < 18 ans avec grande intervention intracrânienne, avec CC extrêmement sévères, ou traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 130/119 points ou situations coûteuses pour néoformation maligne*»
 - B03A «*Interventions opératoires pour para/tétraplégie, affection cérébrale et interventions pour paralysie cérébrale, dystrophie musculaire, neuropathie ou interventions sur la colonne vertébrale et la moelle osseuse, et traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 130/119 points*»
 - E87A «*Maladies et troubles des organes respiratoires avec traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 130/119 points et plus d'un jour d'hospitalisation ou procédure particulière ou CC extrêmement sévères ou...*»

- G67A «Ulcère duodénal avec hémorragie gastro-intestinale, plus d'un jour d'hospitalisation et CC extrêmement sévères, ou diagnostic particulier avec dialyse ou âge < 3 ans ou para/tétraplégie, ou traitement complexe de soins intensifs > 130/119 points ou...»
- DRG de base J87 «Maladies et troubles de la peau, du tissu sous-cutané et de la glande mammaire avec traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 130/119 points»
- DRG de base L87 «Maladies et troubles des organes urinaires avec traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 130/119 points»
- P66B «Nouveau-né, poids à l'admission 2000 - 2499 g ou poids à l'admission > 2499 g avec situations particulières ou avec problème sévère, ou traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 130 points ou...»
- P67B «Nouveau-né, poids à l'admission > 2499 g avec problème sévère ou traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 130 points, ou avec autre problème plus d'un jour d'hospitalisation ou...»
- DRG de base O38 «Grossesse, accouchement et puerpéralité avec traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 130/119 points ou procédures complexes ou de complication»

Problème grave chez le nouveau-né

Lors des analyses, nous avons rencontré des cas sous-rémunérés dans le DRG de base P05 «Nouveau-né, poids à l'admission > 1999g avec procédure opératoire significative».

- Dans le DRG P05B, nous avons observé des cas non représentés de manière adéquate, mais n'avons pas pu identifier de séparateurs de coûts.
- Le DRG P05C présentait également des cas sous-rémunérés qui ne remplissaient pas la condition de split «Plusieurs problèmes graves chez le nouveau-né» pour le DRG P05B.
- Ici, nous avons cependant constaté les coûts supplémentaires dus au traitement intensif avec la condition «Problème grave chez le nouveau-né».
- L'élargissement de la condition de split pour le DRG P05B avec «Problème grave chez le nouveau-né et traitement complexe de soins intensifs > 588 pts ou traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 980 pts» a permis d'obtenir une représentation adéquate de ces cas coûteux.

Perforation intestinale périnatale

Des cas de patients du DRG 963Z ont également été examinés dans le cadre du développement du système. L'accumulation du diagnostic principal P78.0 «Perforation intestinale périnatale» était particulièrement notable avec un poids à l'admission supérieur à 2500g. Des adaptations ont été entreprises pour pouvoir néanmoins représenter ces cas de manière adéquate.

- Le code CIM P78.0 «Perforation intestinale périnatale» a été ajouté à la liste des diagnostics principaux de la MDC 06.
- L'inclusion de ce code dans le DRG de base G70 a pour conséquence que les cas présentant le cas de figure décrit seront désormais regroupés dans un DRG correspondant de la MDC 06, tandis que les cas avec un poids à l'admission de moins de 2500 g ou d'un âge inférieur à 28 jours restent regroupés dans la MDC 15.

Fusion MDC 15

Dans le P04 «Nouveau-né, poids à l'admission 1500–1999g», des analyses ont montré l'absence de différences de coûts entre les DRG P04B et P04C.

- Pour cette raison, les DRG P04B et P04C ont été fusionnés.

Splits pédiatriques

Chaque année, la représentation des cas pédiatriques est un point clé dans le développement de la structure tarifaire. Pour la version 14.0, les splits par âge existants ont été analysés et adaptés sur la base des données de l'année 2022. En outre, d'autres splits par âge ont pu être établis.

- Dans les onze DRG suivants, des splits pédiatriques existants ont été révisés et/ou de nouveaux splits créés:
 - F31C: Ajout de «*âge > 16 ans et procédures particulières*», un split purement pédiatrique s'est avéré non approprié ici
 - G71A: Ajout de «*âge < 16 ans*»
 - H63C: Modification de «*âge < 6 ans*» en «*âge < 16 ans*»
 - I30B: Modification de «*âge < 16 ans*» en «*âge < 18 ans*»
 - I66B: Ajout de «*âge < 16 ans*»
 - I76A: Ajout de «*âge < 16 ans*»
 - K62A: Modification de «*âge < 6 ans*» en «*âge < 16 ans*»
 - K64A: Ajout de «*âge < 16 ans et diagnostics particuliers*», les enfants avec «*âge < 16 ans*» sans autres conditions sont représentés de manière adéquate dans le DRG K64B.
 - L18A: Ajout de «*âge < 16 ans*»
 - L70A: Ajout de «*âge < 16 ans*»
 - R63C: Ajout de «*âge < 18 ans et chimiothérapie complexe*»
- Ces restructurations ont permis d'améliorer considérablement la représentation des enfants dans la structure tarifaire.

3.1.3. Paraplégie

Comme c'était le cas pour les versions 12.0 et 13.0 précédentes, il s'avère à nouveau difficile dans la version 14.0 de représenter de manière adéquate les cas avec un traitement complexe de patients paraplégiques. Le perfectionnement a été poursuivi sur la base de conseils d'utilisateurs et de nos propres analyses approfondies. Les adaptations, notamment concernant le DRG A46 et le DRG de base B61, ont été effectuées sur la base des demandes et remarques reçues ainsi que d'analyses de cas approfondies. Les restructurations dans le DRG A46 concernaient principalement les cas de figure avec un séjour en soins intensifs, avec un traitement de soins infirmiers complexes ou avec des points de dépense spécifiques de traitement complexe du patient paraplégique. De plus, les cas de traitement chirurgical et conservateur sans traitement complexe du patient paraplégique ont été pris en compte dans les analyses. En outre, des splits de DRG ont été complétés par un tableau de diagnostics supplémentaires du groupe paraplégie dans différentes MDC par organe.

Pour cela, les restructurations suivantes ont été entreprises dans le DRG A46:

- Ajout dans A46A:
 - Traitement complexe de soins intensifs > 588/828 points (auparavant > 1176/1380)
 - Traitement de soins infirmiers complexes, à partir de 226 jours de traitement
 - Traitement complexe du patient paraplégique, 140-195 points avec diagnostic d'ulcère de décubitus stade 3 et 4
 - Fonction «*Interventions sur plusieurs localisations*»
- Fusion des DRG A46D et A46E en raison de l'homogénéité des coûts.
- Ajout dans A46D:
 - Traitement complexe du patient paraplégique, 28-55 jours de traitement en combinaison avec un traitement complexe de soins intensifs particulier ou avec des points de traitement complexe de soins intensifs ET de traitement complexe en unité de soins intermédiaires particuliers
 - Ajout de traitement complexe de soins intensifs > 196/184 points

- Traitement complexe du patient paraplégique, 28-55 jours de traitement uniquement en combinaison avec ulcère de décubitus ou procédure opératoire particulière dans A46D
- Ajout dans A46E (auparavant A46F):
 - Traitement complexe du patient paraplégique, 28-55 jours de traitement
 - Traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 784/828 points de dépense
- Le DRG A46G a été supprimé suite à la fusion.

Dans une demande, il a été décrit que les cas de paraplégie aiguë d'origine non traumatique sont regroupés dans le DRG B61C et contrecarrent ainsi la procédure en lien avec un diagnostic principal d'une autre MDC. Différents DRG ont été listés, dans lesquels les cas sans le diagnostic supplémentaire décrit seraient regroupés.

- À titre d'exemple, des cas de chirurgie vasculaire avec une dissection aortique ou un anévrisme de l'aorte, qui présentent une parésie comme complication, ont été décrits. En raison du diagnostic supplémentaire G82.- «*Paraplégie aiguë non traumatique*», un tel cas n'est désormais plus regroupé dans le DRG F51A, mais dans le DRG B61C.
- Il s'est avéré que les cas de figure décrits sont coûteux. Pour cette raison, le groupe de diagnostic G82 «*Paraplégie aiguë non traumatique*» a été inclus dans le DRG B61A en combinaison avec la condition pour les DRG F51, I06 et I95Z.
- En outre, des combinaisons particulières de points de traitement complexe de soins intensifs et de traitement complexe en unité de soins intermédiaires ont été identifiées comme séparateurs de coûts dans le DRG B61 et revalorisées dans le B61A:
 - Traitement complexe de soins intensifs enfants > 197 ET traitement complexe en unité de soins intermédiaires enfants > 197 points
 - Traitement complexe de soins intensifs adultes >361 points ET traitement complexe en unité de soins intermédiaires adultes > 185 points
 - Traitement complexe de soins intensifs adultes >185 points ET traitement complexe en unité de soins intermédiaires adultes > 361 points
- Dans les DRG B61B et B61C, des cas très coûteux en raison d'interventions telles que la fusion ou le remplacement de corps vertébraux ont été identifiés. Ils remplissent en même temps la condition du DRG I09 et seraient regroupés dans ce même DRG s'il n'y avait pas le diagnostic supplémentaire de paraplégie.
- Afin de refléter de manière appropriée les ressources impliquées, le DRG I09 a été utilisé comme critère de split dans B61:
 - Le DRG I09A a été ajouté dans le DRG B61A, car ces cas sont coûteux en raison de l'intervention.
 - De nouveaux splits des DRG B61B et B61C ont été établis avec la condition DRG I09B (fusion et remplacement de corps vertébraux).

Dans les DRG suivants, les cas présentant des diagnostics de paraplégie/tétraplégie ont été revalorisés:

- MDC 01: B68A, B81A
- MDC 04: E63A, E70B, E71A, E86B
- MDC 05: F36A
- MDC 07: H64A
- MDC 08: I71A
- MDC 18B: T60D
- MDC 21A: W02B

3.1.4. Médecine palliative

Dans la version 14.0, la représentation des enfants avec un «*traitement complexe de médecine palliative, ...*» a également fait l'objet d'un examen approfondi et d'une restructuration. Ce faisant, 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. Il a été constaté que 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 un demandeur, tous les hôpitaux n'utilisent pas le code «*traitement complexe de médecine palliative*» chez les enfants.

- Dans le DRG A97, le «*Traitement complexe de médecine palliative, à partir de 7 jours de traitement*» a été ajouté dans les logiques existantes:
 - 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...*»
- D'autres examens ont montré dans le DRG de base A97 que le nombre de cas n'était pas suffisant pour des restructurations supplémentaires.

En outre, il a été décrit dans une demande que les cas de figure coûteux n'atteignent pas le DRG A97A, en raison du caractère incomplet du tableau «*Procédure opératoire complexe*».

- 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.

3.1.5. Maladies et troubles des organes génitaux féminins MDC 13

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.

Interventions coûteuses

Dans le DRG N01A «*Hystérectomie avec CC extrêmement sévères ou... pour néoformation maligne*», un groupe de cas coûteux a été identifié à la suite d'autres restructurations. Tous ces cas ont subi une intervention supplémentaire, une résection du rectum. Cette intervention s'est avérée être un facteur d'augmentation des coûts.

- Un nouveau split du DRG N01A a été établi. Les codes CHOP 48.41-48.69 pour les différents types d'interventions de résection du rectum, tableau NN01-6, servent de critère de split.

- En outre, la nouvelle fonction globale «*Procédure opératoire particulière en plusieurs temps*» a été ajoutée dans le nouveau code N01C (auparavant N01B).
- Certaines interventions sur l'intestin, l'uretère, la vessie, etc., qui ont été identifiées comme des procédures supplémentaires augmentant les coûts, ont été intégrées dans le nouveau code N01D (auparavant N01C) avec le tableau N01-12.

Interventions de suspension lors d'une hystérectomie simultanée

Dans la version 13.0, des restructurations importantes ont déjà été apportées autour des DRG N01 et N04 en ce qui concerne les interventions d'hystérectomie. Ces changements ont donné lieu à des commentaires et des demandes, et des besoins de développement supplémentaires ont également été identifiés dans le cadre d'un échange personnel.

Ainsi, l'évaluation des interventions de reconstruction et de suspension en cas de prolapsus lors de la réalisation simultanée d'une hystérectomie a fait l'objet de réclamations. En particulier, la situation concernant une sacrocolpopexie avec hystérectomie supracervicale a été décrite comme très coûteuse. Deux interventions y sont réunies: 70.78 «*Suspension et fixation du vagin, avec greffon ou prothèse*» et 68.31 «*Hystérectomie subtotale, par laparoscopie*». D'une manière générale, il est apparu que l'hystérectomie était souvent associée à d'autres interventions sur les organes génitaux féminins.

- La situation décrite avec les codes CHOP 70.78 et 68.31 est désormais représentée dans le DRG N04A et bénéficie ainsi d'une revalorisation appropriée.
- En outre, dans le DRG N04, les interventions suivantes ont été revalorisées dans le code N04B:
 - Interventions réparatrices avec greffe et prothèse, tableau N04-10
 - Hystérectomie avec lyse d'adhérences péritonéales, tableaux N04-11 et N04-12
 - Interventions particulières pour endométriose, tableaux N04-13, N04-3 et N04-4
- De plus, l'examen minutieux et l'adaptation de l'ordre de consultation des DRG contribuent à un regroupement approprié dans le DRG prévu et donc à une rémunération conforme aux coûts.

Restructuration au sein du DRG de base N04

Une autre combinaison d'interventions sur des structures partielles des organes génitaux féminins a été observée. Les interventions sur les ovaires et la trompe utérine s'accompagnent souvent d'une intervention d'hystérectomie.

- Pour cette raison, il n'était plus approprié de séparer ces interventions dans des DRG distincts.
- Il en résulte une fusion du DRG N05 «*Ovariectomies et interventions complexes sur les trompes utérines*» et du DRG de base N04 «*Hystérectomie sauf en cas de néoformations malignes*».
- Ce faisant, les codes CHOP de la base du code N05 ont été intégrés dans le DRG de base N04. L'ancien DRG de base N05 a été supprimé.
- Ensuite, un nouveau split du DRG N04C a été réalisé dans lequel ont été représentés les types d'intervention suivants:
 - Hystérectomie ou intervention réparatrice avec ovariectomie ou
 - Intervention complexe sur l'utérus, le système utéroannexiel ou les ovaires
 - Adhérences péritonéales

Adhérences péritonéales

Les codes CHOP pour les adhérences péritonéales ont déjà été mentionnés à plusieurs reprises. Ils ont été identifiés comme séparateurs de coûts à différents endroits dans la MDC 13.

- Les codes CHOP pour les adhérences péritonéales ont été intégrés et revalorisés dans les conditions de split de N06B à l'aide du tableau N06-8.

Fusion des DRG N13A et N13B

Les conditions de split «*diagnostics particuliers ou âge < 16 ans*» pour le DRG N13A n'apparaissent plus comme une caractéristique séparatrice de coûts.

- Les DRG N13A et N13B ont été fusionnés pour former le DRG N13Z «*Grandes interventions sur le vagin, le col de l'utérus et la vulve*».

Réévaluation de cas nécessitant beaucoup de ressources dans le DRG N60A

Le DRG N60A présentait des cas surrémunérés, qui avaient surtout une valeur PCCL de 3.

- Avec l'augmentation du split par PCCL de > 2 à «*PCCL > 3*», les cas coûteux et difficiles dans le DRG N60A «*Néof ormation maligne des organes génitaux féminins, âge < 16 ans ou CC extrêmement sévères ou procédure particulière ou situations coûteuses pour néof ormation maligne*» ont pu être revalorisés.

3.1.6. Matrice CC

Les travaux concernant la matrice CCL, les tableaux d'exclusion et les splits par PCCL se sont poursuivis pour la version 14.0 et ont conduit à une représentation encore plus différenciée des cas coûteux, qui a donné lieu à l'ajout de onze diagnostics CIM dans la matrice CC et à la suppression de cinq diagnostics. Trois diagnostics CIM ont connu une revalorisation ou une dépréciation spécifique aux DRG et il y a eu 51 dépréciations spécifiques aux DRG. En outre, des adaptations ont été apportées dans cinq splits par PCCL et six nouveaux splits par PCCL ont été établis, ce qui garantit une différenciation croissante de la logique des degrés de gravité.

Dans le cadre de la procédure de demande, huit demandes d'adaptation de la matrice CC ont été soumises au total. Parmi ces demandes, trois ont été largement mises en œuvre et trois ont été rejetées. Deux demandes avaient pour objet une évaluation dans la matrice CC sous certaines conditions, comme un nombre particulier de contrôles en laboratoire. Ces demandes ont été considérées comme non calculables, car la matrice CC ne permet pas l'association à des conditions. Les modifications apportées à la matrice CC sont consignées en détail dans la «*Liste des modifications dans la matrice CCL*».

3.1.7. 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.

3.2. Autre révision de la classification DRG

3.2.1. Restructurations inter-MDC – pré-MDC

Trachéostomie temporaire

Lors du développement de la version 13.0 du système, l'année dernière, une demande avait été transmise concernant un remboursement inférieur pour des prestations supplémentaires. Il s'agissait dans ce contexte des cas du DRG D15B avec un diagnostic principal C32.8 «*Tumeur maligne: lésion à localisations contiguës du larynx*» et une procédure 31.1 «*Trachéostomie temporaire*» qui, en cas de codage supplémentaire de 93.59.51 «*Traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants, d'au moins 7 à 13 jours de traitement*», sont regroupés dans le DRG A94C, avec un cost-weight plus faible. Diverses restructurations semblaient prometteuses, mais n'ont pas pu être mises en œuvre en raison d'un nombre trop faible de cas et ont donc été répétées pour le développement de la version 14.0 de cette année.

- Le tableau D15-1 a été intégré dans le split pour le DRG A94B.
- À l'avenir, les cas présentant cette situation seront regroupés dans le DRG A94B avec un cost-weight plus élevé.

Transplantations d'organes solides

Outre la transplantation de cellules CAR-T et de lymphocytes infiltrant les tumeurs, la représentation des transplantations d'organes solides a également été examinée. Cet examen 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*».

- Les transplantations simultanées de cellules rénales et d'îlots de Langerhans ont été retirées du DRG de base A02 «*Transplantation du pancréas ou de l'intestin*».
- Désormais, les transplantations de cellules d'îlots de Langerhans sont regroupées dans le DRG A01A «*Transplantation de cellules hépatiques ou de cellules d'îlots de Langerhans... etc.*».
- Les transplantations rénales multiples ont été intégrées dans le DRG A17A.
- Le DRG de base A16 a été supprimé.

Traitement complexe du foie

Un demandeur nous a décrit des cas recevant une transplantation après une maladie hépatique décompensée avec détérioration fonctionnelle. Ces cas sont souvent regroupés dans le DRG A01B. Selon ce demandeur, les coûts engagés ne peuvent toutefois pas être rémunérés à leur juste valeur en raison du traitement complexe du foie effectué et il est demandé d'examiner la possibilité de revaloriser le traitement complexe du foie.

- Un regroupement élargi des cas avec un traitement complexe du foie du DRG A01B dans le DRG A01A s'est avéré inapproprié en raison d'un nombre trop faible de cas.
- Au lieu de cela, 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, car le DRG A01B ne permettait pas de couvrir les coûts.
- 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 par une revalorisation de ces cas dans le DRG H63A.

Réadaptation gériatrique aiguë

Jusqu'à présent, certaines MDC étaient exclues de la base A95 «Réadaptation gériatrique aiguë» (RGA). La situation avec certaines exclusions était peu claire.

- Toutes les exclusions ont été supprimées du DRG de base A95.
- Revalorisation dans le DRG A95A:
 - Traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 184 pts et réadaptation gériatrique aiguë, à partir de 14 jours de traitement
 - ou procédures opératoires complexes en plusieurs temps
 - ou procédures de complication
 - ou CC les plus sévères
- Revalorisation dans le DRG A95B:
 - Intervention sur plusieurs localisations
 - ou DRG (I03A)
 - ou DRG (I04A)
 - ou DRG (I95Z)
- Revalorisation dans le DRG A95C:
 - Réadaptation gériatrique aiguë, à partir de 21 jours de traitement
 - Ou CC les plus sévères
- Revalorisation dans le DRG A95D:
 - Réadaptation gériatrique aiguë, à partir de 14 jours de traitement et PCCL > 3
- Revalorisation dans le DRG A95E:
 - Réadaptation gériatrique aiguë, à partir de 14 jours de traitement
- Dans le même temps, la «réadaptation gériatrique aiguë» a été supprimée de différents DRG en tant que critère de split:
 - DRG I06B: suppression de «Réadaptation gériatrique aiguë, à partir de 14 jours de traitement»
 - DRG de base G38: suppression de «Réadaptation gériatrique aiguë, à partir de 14 jours de traitement»
 - DRG G38B: suppression de «Réadaptation gériatrique aiguë, à partir de 21 jours de traitement»
 - DRG G12A: suppression de «Réadaptation gériatrique aiguë, à partir de 21 jours de traitement»

3.2.2. Autres restructurations indépendantes des MDC

Adaptations des tableaux

Dans le cadre du développement de la version 14.0, les tableaux ont été entièrement contrôlés et révisés pour l'ensemble des MDC. Les éventuels doublons au sein des tableaux ont été éliminés afin de garantir une structure optimale des données. En outre, des liens pertinents ont été établis ou supprimés, tant au sein des DRG qu'entre les DRG et les MDC, afin de garantir une représentation précise. Une analyse approfondie de la représentation de nombreux codes a été effectuée, ce qui a conduit à des ajustements appropriés - soit par des revalorisations, soit par des dépréciations - afin d'améliorer la précision du codage.

Infirmité motrice cérébrale

L'analyse des données de l'année 2022 a permis de constater qu'un diagnostic supplémentaire du groupe des infirmités motrices cérébrales (G80) était un important générateur de coûts dans l'ensemble des MDC. En particulier, le diagnostic G80.- «Infirmité motrice cérébrale» a été utilisé comme

critère de split dans différents DRG, ce qui a permis de revaloriser de manière appropriée les cas concernés. Les DRG concernés comprennent:

- MDC 01: B17A
- MDC 02: C03A
- MDC 08: I06A, I20A
- MDC 18B: T01B

Il a en outre été observé que les cas avec le diagnostic principal G80.9 «*Paralysie cérébrale, sans autre précision*» étaient initialement regroupés dans le DRG de base B81 «*Myélopathies vasculaires ou autres affections du système nerveux, plus d'un jour de traitement*». Afin de favoriser l'homogénéité médicale, le code CIM G80.9 a été déplacé dans le tableau des diagnostics principaux du DRG de base B85 «*Maladies dégénératives du système nerveux ou paralysies cérébrales, plus d'un jour de traitement*», ce qui permet d'y représenter les cas de manière appropriée.

Isolement de contact

Dans le cadre du perfectionnement de la structure tarifaire V14.0, la représentation du groupe de codes CHOP 99.84.1- «*Isolement de contact selon le nombre de jours de traitement*» a été examinée pour l'ensemble des MDC.

- Une revalorisation dans plusieurs DRG de base s'est avérée appropriée.
- Au sein de la MDC 04, l'«*isolement de contact à partir de 7 jours de traitement*» a pu être revalorisé dans les six DRG suivants:
 - E60A, E64A, E65A, E70A, E75A et E87A
- En dehors de la MDC 04, l'«*isolement de contact à partir de 7 jours de traitement*» a été revalorisé dans les DRG suivants:
 - F62A «*Insuffisance cardiaque et choc avec CC extrêmement sévères et dialyse ou réanimation ou procédure particulière ou diagnostic de complication ou isolement de contact à partir de 7 jours de traitement*»
 - P67A «*Nouveau-né, poids à l'admission > 2499 g avec plusieurs problèmes sévères ou âge gestationnel < 35 semaines ou traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196 points ou isolement de contact à partir de 7 jours de traitement, ou...*»
 - T01C «*Procédure opératoire ou débridement étendu pour maladies infectieuses et parasitaires en cas de septicémie ou isolement de contact à partir de 7 jours de traitement*»
 - T60C «*Septicémie avec procédure de complication ou état après transplantation d'organe ou traitement complexe d'agents infectieux multirésistants à partir de 7 jours de traitement ou isolement de contact à partir de 7 jours de traitement, et âge > 15 ans, ou...*»
 - T63A «*Affection virale pour état après transplantation d'organe ou diagnostic aggravant ou infections avec cytomégalovirus ou isolement de contact à partir de 7 jours de traitement*»
- Dans les DRG E77A et F62A, le tableau existant avec «*à agents infectieux multirésistants*» a en revanche été supprimé.
- De plus, la représentation de l'«*isolement de contact à partir de 14 jours de traitement*» a pu être revalorisée dans les DRG suivants:
 - L63A «*Infections des organes urinaires avec CC sévères ou limitation sévère des fonctions motrices, et pyonéphrose ou âge < 6 ans ou paraplégie/tétraplégie ou diagnostic aggravant ou isolement de contact à partir de 14 jours de traitement*»
 - T60A «*Septicémie avec procédure de complication ou pour état après transplantation d'organe, avec CC extrêmement sévères, ou traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196/184 points ou traitement complexe*»

d'agents infectieux multirésistants à partir de 14 jours de traitement ou isolement de contact à partir de 14 jours de traitement».

Fonction globale «Intervention sur plusieurs localisations»

Nous avons reçu un commentaire nous indiquant que la fonction «Interventions sur plusieurs localisations» n'est pas suffisamment prise en compte en dehors de la MDC 08 «Système locomoteur». Une analyse sur l'ensemble des MDC a montré qu'il s'agissait d'un petit nombre de cas dans les différents DRG et que ceux-ci étaient généralement représentés de manière adéquate. Une sous-rémunération de plusieurs cas n'était visible que dans les DRG de base A46 et A95.

- Ainsi, la fonction «Interventions sur plusieurs localisations» a été intégrée dans les conditions de split pour le DRG A46A «Traitement complexe du patient paraplégique à partir de 196 jours de traitement ou traitement complexe de soins intensifs > 588/828 points ou interventions sur plusieurs localisations ou...» et pour le DRG A95B «Réadaptation gériatrique aiguë à partir de 7 jours de traitement avec procédure opératoire complexe ou traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 360 points ou... ou interventions sur plusieurs localisations», ce qui a entraîné la revalorisation de ces cas.

Troubles de la coagulation

De même, plusieurs utilisateurs ont demandé la dépréciation de certains codes CIM pour les troubles de la coagulation dans la structure tarifaire.

Une dépréciation de groupe de codes CIM D68.- «Autres anomalies de la coagulation» et en particulier des codes CIM D68.4 «Carence acquise en facteur de coagulation» et D65.0 «Afibrinogénémie acquise», en particulier en lien avec un cœur-poumon artificiel, a notamment été demandée. Selon le demandeur, la réduction/suppression de la coagulation au début d'une opération cardiaque impliquant l'utilisation d'un cœur-poumon artificiel et l'administration de 2 g de fibrinogène à la fin sont des mesures standard et doivent être considérées comme faisant partie de la gestion de la coagulation dans le cadre opératoire. La seule exception serait une gestion de la coagulation dans le cadre d'un trouble de la coagulation intravasculaire disséminé, qui entraînerait des doses plus élevées de fibrinogène en combinaison avec d'autres facteurs de coagulation. Il a été demandé que le groupe de codes CIM D68.- et en particulier le code CIM D68.4 ne soit pas évalué en cas d'utilisation d'un cœur-poumon artificiel, sauf en cas d'administration de plusieurs facteurs de coagulation.

- Une dépréciation générale dans la matrice CC, ainsi qu'une dépréciation du groupe de codes CIM D68.- ou des codes CIM D68.4 et D65.0 dans la matrice CC des DRG avec un cœur-poumon artificiel, ne se sont pas révélées appropriées.
- Une évaluation de la valeur de CCL combinée à l'indication d'une certaine quantité de médicaments n'est pas possible dans la matrice CC.
- Seule la dépréciation du code CIM D68.34 «Troubles hémorragiques dus aux héparines» dans la matrice CC dans tous les DRG avec un cœur-poumon artificiel au niveau 0 a permis une représentation adéquate des cas.
- Dans le cadre des analyses et des simulations approfondies, les codes CIM suivants ont été dévalués 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»
- De plus, les codes CIM D65.0 et D65.9, en tant que diagnostics aggravants, ont été supprimés des tableaux dans plusieurs fonctions globales.
- Les codes CIM non spécifiques du groupe des anémies et des troubles de la coagulation ont été supprimés du tableau «Diagnostics de complication» dans le DRG A11C.

Ces restructurations ont conduit à une représentation plus appropriée des troubles de la coagulation dans la structure tarifaire; de plus, les règles de codage ont été précisées pour cette thématique.

Diastasis des grands droits

Selon un demandeur, le traitement d'un diastasis des grands droits est souvent réalisé en même temps que le traitement d'une hernie, il est alors sous-rémunéré.

- Nos analyses ont confirmé une sous-rémunération des opérations de hernies avec reconstruction simultanée pour diastasis des grands droits.
- Selon ce qui était codé en diagnostic principal (hernie ou diastasis des grands droits), ces cas étaient regroupés soit dans le DRG G09G dans la MDC 06, soit dans le DRG I27D dans la MDC 08.
- Le code CIM M62.08 «*Diastasis musculaire: autres*» et le code CHOP 83.65.14 «*Autre suture de muscle ou de fascia, paroi thoracique, abdomen et dos*» étant plutôt non spécifiques, une revalorisation purement de ces codes n'a pas été possible.
- Les logiques suivantes ont permis d'obtenir une représentation adéquate de ces cas:
 - Pour le DRG G09E: opération simultanée de hernie AVEC code CHOP 83.65.14 «*Autre suture de muscle ou de fascia, paroi thoracique, abdomen et dos*» ET code CIM M62.08 «*Diastasis musculaire: autres*».
 - Pour le DRG I27B: opération simultanée de hernie AVEC code CHOP 83.65.14 «*Autre suture de muscle ou de fascia, paroi thoracique, abdomen et dos*» ET code du group CIM K40-46 «*Hernies*».

Opérations des organes génitaux féminins

Des codes avaient été identifiés comme n'étant pas encore représentés de manière adéquate dans la MDC 13, mais uniquement dans le DRG de base U01 «*Opération de changement de sexe*».

- Un nouveau tableau avec 71.79 «*Réparation de la vulve et du périnée, autre*», 71.8 «*Autres opérations de la vulve*», 71.9 «*Autres opérations des organes génitaux féminins*» a été ajouté dans les DRG de base N23 «*Autres interventions réparatrices sur les organes génitaux féminins...*» et O02 «*Accouchement par voie basse avec intervention coûteuse ou procédure particulière avec diagnostic particulier*».

Contrôle de la dépréciation de codes CHOP spécifiques

Une autre demande concernait le contrôle de la dépréciation des codes CHOP 86.7A.1- «*Plastie d'expansion, petite surface...*», 86.7A.2- «*Plastie d'expansion, grande surface...*» et 86.7A.9- «*Plastie locale par lambeau de peau et de tissu sous-cutané, autre...*», 51.04 «*Autre cholécystotomie*», 39.95.B- «*Hémodiafiltration: intermittente...*» en combinaison avec 39.95.2- «*Hémodialyse: intermittente...*» et 54.12.10 «*Laparotomie de second regard*», afin de réduire le plus possible les surévaluations potentielles ou l'incitation au surcodage.

- Aucune surévaluation n'a pu être démontrée pour 86.7A.1- «*Plastie d'avancement, non étendue...*», 51.04 «*Autre cholécystotomie*» et l'association de 39.95.B- «*Hémodiafiltration: intermittente...*» et 39.95.2- «*Hémodialyse intermittente...*». Les codes sont représentés de manière adaptée aux coûts, il n'est donc pas nécessaire de les déprécier.
- Néanmoins, la surévaluation a été confirmée pour les deux groupes de codes 86.7A.2- «*Plastie d'avancement, étendue...*» et 86.7A.9- «*Plastie de lambeau locale de peau et de tissu sous-cutané, autres...*» ainsi que 54.12.10 «*Laparotomie de second regard*». En conséquence, ces codes CHOP ont été dépréciés pour la version 14.0.

Implants individualisés

Un demandeur a attiré notre attention sur le fait que la conception et la fabrication d'implants personnalisés pour les patients sont à la fois très coûteuses et impliquent des coûts préopératoires

significatifs, qui diffèrent de ceux des implants standard. Les implants situés dans la région de la tête, comme le médio-facial, la mandibule et l'articulation temporo-mandibulaire, sont particulièrement concernés. En raison du faible nombre de cas répartis dans différents DRG et MDC, il est proposé d'envisager une rémunération des codes CHOP suivants par le biais d'une rémunération supplémentaire:

- 00.9A.6- «Utilisation d'implants et de guides spécifiquement adaptés au et fabriqués pour le patient...»
- 02.05.10-30 «Insertion d'un implant CAD au niveau des os de la boîte crânienne...»
- 76.43.11-12 «Insertion d'implant CAD pour réparer un défaut mandibulaire...»
- 76.5X.71 «Implantation d'une endoprothèse totale d'articulation temporo-mandibulaire avec des composants CAD-CAM [CAO/FAO]»
- 76.92.20-31 «Insertion d'un implant CAD au niveau des os de la face...»
- 81.47.26 «Implantation dans le genou d'un substitut de cartilage métallique spécifiquement adapté au patient»

Les analyses des codes CHOP mentionnés ont montré que les cas pouvaient en moyenne être rémunérés par le système DRG. En outre, les analyses ont montré que ce sont surtout les groupes de codes 00.9A.6- «Utilisation d'implants et de guides spécifiquement adaptés au et fabriqués pour le patient...», 02.05.10-11 «Insertion d'un implant CAD au niveau des os de la boîte crânienne sans participation des os de la face...» ainsi que 76.92.20 «Insertion d'un implant CAD au niveau des os de la face, sans participation de la boîte crânienne, jusqu'à 2 régions» qui bénéficient d'une revalorisation. Bien que la présente dispersion des coûts des implants dans le système DRG ait rendu la revalorisation difficile, les restructurations suivantes ont pu être réalisées:

- Les codes CHOP 00.9A.61 «Utilisation d'implants, spécifiques au patient, fabriqués en préopératoire par imagerie tridimensionnelle», 00.9A.62 «Utilisation d'implants, spécifiques au patient, adaptés en préopératoire par imagerie tridimensionnelle», 00.9A.63 «Utilisation peropératoire de guides de navigation (comprend: coupe, forage, le positionnement) de fabrication préopératoire, par imagerie tridimensionnelle, spécifiquement adaptés au patient» et 00.9A.64 «Utilisation d'implants spécifiques au patient, fabriqués en préopératoire par imagerie 3D ainsi que par imprimante 3D» ont été revalorisés dans le DRG D24A.
- Le code CHOP 02.05.10 «Insertion d'un implant CAD au niveau des os de la boîte crânienne sans participation des os de la face, défaut simple» a été revalorisé par l'ajout dans les tableaux B20-9, D25-4 et I15-2.
- Les codes 02.05.10-30 «Insertion d'un implant CAD au niveau des os de la boîte crânienne...», 76.43.12 «Insertion d'implant CAD pour réparer un défaut mandibulaire important ou complexe» et 76.92.20-31 «Insertion d'un implant CAD au niveau des os de la face...» ont été ajoutés dans le split pour le DRG D02A ainsi que dans le nouveau DRG B09B spécialement créé à cet effet.

D'autres tentatives de revalorisation ont abouti à un résultat négatif pour de nombreux cas en raison de leur manque d'homogénéité et n'ont donc pas pu être mises en œuvre.

Incision du champ thyroïdien

Il nous a été signalé que le code CHOP 06.09.12 «Autre incision du champ thyroïdien, exploration» n'était pas représenté de manière équivalente par rapport aux autres codes du groupe 06.09* «Autre incision du champ thyroïdien...». Nos analyses ont effectivement confirmé cette observation.

- Le code 06.09.12 «Autre incision du champ thyroïdien, exploration» a été mis au même niveau que le groupe de codes 06.09* «Autre incision du champ thyroïdien...».
- En outre, le groupe de codes 06.09* «Autre incision du champ thyroïdien...» a été retiré de la condition de split pour le DRG D30A, d'autant qu'une surévaluation a été constatée.

Conflit dû au sexe

Étant possible depuis 2022 de modifier facilement la mention du sexe dans le registre des personnes, les tableaux «*Conflit dû au sexe - diagnostics/procédures chez l'homme/la femme*» sont devenus insignifiants en tant que logique de contrôle dans la structure tarifaire.

- Les examens relatifs au conflit dû au sexe ont été supprimés de la logique. Les tableaux correspondants ont été supprimés, ainsi que les déplacements «*Conflit dû au sexe*» dans le DRG 960Z depuis les MDC 12, 13 et 14.
- De même, les conflits de l'âge liés au sexe ne sont plus contrôlés: «*Conflits de l'âge-Interventions/diagnostics en âge de procréer*», âge > 12 ans et < 55 ans, ont été supprimés.

Traitement sous vide

Dans le cadre des procédures de demande et d'analyses globales, nous avons reçu de plus en plus d'informations nous indiquant que les traitements sous vide ne sont pas représentés de manière appropriée à certains endroits. Suite à l'examen ciblé de la mécanique tarifaire lors de la saisie d'un traitement sous vide, des adaptations ont été apportées à différents endroits de la structure tarifaire:

- La fonction «*Traitement sous vide complexe*» a été ajoutée dans le DRG F31A et des cas ont ainsi été revalorisés.
- Mais on a également pu constater que le critère de split «*Traitement sous vide complexe et âge < 16 ans*» est surévalué dans le DRG de base A43 «*Réhabilitation précoce pour coma vigile et syndrome de verrouillage avec réadaptation précoce...*». En conséquence, ce cas de figure a été retiré du DRG de base A43. Mais pour tenir compte malgré tout des cas ainsi déplacés, la situation «*âge < 16 ans avec traitement sous vide complexe*» a été intégrée dans le DRG G35A.
- Les conditions de split du DRG J11A ont également été complétées par l'ajout de la fonction «*Traitement sous vide*».

Excision de ganglions lymphatiques

Une représentation non homogène des codes relatifs à l'excision des ganglions lymphatiques et des ganglions sentinelles a été observée dans différentes MDC. La révision répétée des codes CHOP correspondants ont compliqué la gestion des tableaux et ont par conséquent conduit à des incohérences dans ces derniers.

- De nouveaux tableaux ont été créés: «*Excision de ganglions lymphatiques sentinelles*» avec les codes 40.2*.11 et «*Excision de ganglions lymphatiques*» avec les codes 40.2*.
- Tous les anciens tableaux ont été supprimés et remplacés par les tableaux créés.

Adsorption extracorporelle

Un demandeur a signalé que les cas avec le code CHOP 99.76.31 «*Adsorption extracorporelle de substances hydrophobes, de poids moléculaire bas et moyen*» et une intervention chirurgicale supplémentaire avec un jour d'hospitalisation sont regroupés dans le DRG A91Z. Selon lui, il n'est toutefois pas approprié d'attribuer également les cas de traitement chirurgical à ce DRG.

- La logique dans le DRG A91Z a été adaptée en ajoutant au tableau A91-1 la condition selon laquelle toutes les procédures chirurgicales sont exclues. Cela permet d'éviter d'éventuelles sous-rémunérations futures dues à des prestations supplémentaires.

Grefe de peau

Les cas de patients présentant des lésions cutanées étendues (par ex. en cas de brûlures graves) sont très complexes. Les greffons de peau peuvent être autologues (prélevés sur le patient lui-même), allogènes (prélevés sur d'autres donneurs humains) ou xénogéniques (prélevés sur des êtres vivants d'une autre espèce). Ces cas présentent des coûts très hétérogènes. Un nombre élevé de cas est regroupé dans la pré-MDC, de nombreux cas se dispersent dans beaucoup de DRG.

- De nouveaux tableaux ont été créés pour le «Remplacement permanent de la peau, non étendu» et le «Remplacement permanent de la peau, étendu» et inclus dans des DRG tels que X06 et F21.
- Dans la fonction «brûlures sévères/les plus sévères», des codes CIM supplémentaires ont été ajoutés avec des brûlures au 3^e degré.
- Dans le DRG de base Y02 «Autres brûlures avec transplantation de peau...», un nouveau tableau intitulé «Brûlures les plus sévères (à partir de 20% de la surface corporelle et du 3^e degré)» a été établi et le nombre de points de traitement complexe de soins intensifs a été abaissé à > 119 points.

3.2.3. Pré-MDC

Un utilisateur nous a demandé de contrôler l'homogénéité des coûts pour le DRG A94C. En outre, il fallait vérifier si le split par PCCL pour le DRG A94B pouvait être abaissé à > 3 ou > 2, car un PCCL de > 4 est extrêmement difficile à atteindre.

- L'abaissement du split par PCCL à > 3 ne s'est pas avéré approprié et n'a pas pu être mis en œuvre.
- Il s'est toutefois avéré qu'un «traitement complexe en cas d'infection à agents infectieux multirésistants à partir de 21 jours de traitement» combiné à un séjour dans une USI ou une U-IMC était clairement identifiable comme un séparateur de coûts.
- Un nouveau DRG A94A «Traitement complexe en cas de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants à partir de 21 jours de traitement et traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires >130/119 points» a donc été établi.

3.2.4. Maladies et troubles du système nerveux MDC 01

Il nous a été signalé que les coûts au sein du DRG B09C n'étaient absolument pas homogènes et présentaient un faible taux de couverture. Ce sont surtout les cas avec le code CHOP 02.34 «Drainage ventriculaire vers la cavité et les organes abdominaux» qui entraîneraient plus de coûts que les autres cas. Il a donc été demandé de procéder à un contrôle de l'homogénéité et de vérifier un split dépendant de la CHOP.

- Les données de 2022 pour l'ensemble de la Suisse indiquaient une utilisation supplémentaire de ressources pour l'insertion ou la réinsertion de drains ventriculaires.
- Ainsi, les codes CHOP 02.31-35 «Drainage ventriculaire vers...» et 02.42.10-99 «Réinsertion de drain ventriculaire...» ont été ajoutés dans la condition de split pour le DRG B09C «Autres interventions sur le crâne pour néoformations malignes du système nerveux ou procédure particulière».
- Cela a permis d'améliorer l'homogénéité des coûts et d'atteindre une représentation des cas adéquate et adaptée aux coûts dans le DRG de base B09 «Autres interventions sur le crâne».

Des analyses ont montré des cas sous-rémunérés 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».

- Les codes CHOP 89.19.21 «Diagnostic intensif invasif par vidéo-EEG lors d'épilepsie» et 89.19.15 «Diagnostic intensif non invasif par vidéo-EEG, durée d'enregistrement de plus de 120 heures» ont été identifiés comme des séparateurs de coûts.

- La représentation de ces deux codes CHOP dans un nouveau DRG B76A a permis d'obtenir une représentation adéquate et adaptée aux coûts de méthodes de diagnostic intensif par vidéo-EEG particulière.

Un utilisateur a demandé une analyse de l'homogénéité du DRG B20C avec une attention particulière pour le code CHOP 00.94.30 «*Monitoring neurophysiologique peropératoire, jusqu'à 4 heures*» en tant que split supplémentaire potentiel.

- Le code CHOP 00.94.30 «*Monitoring neurophysiologique peropératoire, jusqu'à 4 heures*» ne présente pas de nombre minimal et ne peut donc pas être pris en compte.
- Les analyses n'ont pas permis d'identifier un séparateur de coûts dans le DRG B20C.
- Dans le cadre de ces analyses, une surévaluation des codes CHOP 39.77.00 «*Intervention endovasculaire transluminale percutanée sur vaisseau(s) intracrânien(s), SAP*» et 39.77.09 «*Intervention endovasculaire percutanée-transluminale sur vaisseau(s) intracrânien(s), autres*» a toutefois été constatée dans le DRG de base B20.
- Nous avons procédé à une dépréciation de ces codes CHOP en les supprimant des fonctions globales et du tableau «*Interventions endovasculaires intracrâniennes*» au sein du DRG de base B20 «*Interventions intracrâniennes particulières ou complexes ou grande opération de la colonne vertébrale*».

Les données de 2022 ont permis pour la première fois de contrôler la représentation des codes CHOP 99.2B.12 «*Instauration du traitement de la maladie de Parkinson au stade avancé avec une pompe à lévodopa/carbidopa*».

- Les données faisaient clairement apparaître une utilisation supplémentaire de ressources au sein du DRG de base B67.
- Le code CHOP 99.2B.12 a été ajouté en tant que «*procédure NOP*» dans le DRG B67.
- Le code CHOP étant un séparateur de coûts évident, le DRG B67A utilisé jusque-là a été divisé pour établir un nouveau DRG B67A «*Maladie de Parkinson avec diminution extrême ou instauration du traitement par lévodopa avec une pompe à médicaments*».

La condition de split «*Traitement neurologique complexe d'accident vasculaire cérébral aigu jusqu'à 72 heures*» dans le DRG de base B69 «*Accident ischémique transitoire (AIT) et occlusion de vaisseaux extracrâniens*» pour le DRG B69B s'est avérée ne plus être une caractéristique de séparation des coûts.

- Les DRG B69B et B69C ont été fusionnés pour former le DRG B69B «*Accident ischémique transitoire (AIT) et occlusion de vaisseaux extracrâniens, avec autre traitement neurologique complexe d'accident vasculaire cérébral aigu ou acte diagnostique neurologique complexe ou CC extrêmement sévères*».

Un demandeur a attiré notre attention sur une possible incohérence entre ce qui a été codé et le DRG qui en résulte, en s'appuyant sur le codage du code CIM I67.7 «*Artérite cérébrale, non classée ailleurs*», qui était regroupé jusqu'ici dans le DRG de base B76 «*Crises convulsives ou vidéo-EEG ou traitement complexe pour épilepsie à partir de 7 jours de traitement...*».

- Pour une meilleure homogénéité médicale, le code CIM I67.7 a été supprimé du DRG de base B76 et intégré dans le DRG de base B81 «*Myélopathies vasculaires ou autres affections du système nerveux*».
- Les données de l'année 2022 pour toute la Suisse ont montré que ces cas y étaient représentés de manière appropriée.

En traitant une information transmise par un utilisateur, nous avons noté que la représentation du code CIM C41.01 «*Tumeur maligne des os et du cartilage articulaire: craniofaciale*» comme diagnostic

principal dans la MDC 03 n'était pas pertinente en particulier sur le plan médical en raison des procédures.

- Le code CIM C41.01 a été déplacé du tableau de diagnostics principaux de la MDC 03 vers le tableau de diagnostics principaux de la MDC 01 et intégré dans le DRG de base B66 «*Néoplasmes du système nerveux ou coma ou état stuporeux, d'origine non traumatique*».
- Il a ainsi été possible de représenter le code CIM C41.0 de manière appropriée et adaptée aux coûts au sein de la MDC 01.

La condition de split «*Réadaptation neurologique précoce à partir de 21 jours de traitement*» ne s'est plus révélée être une caractéristique clairement séparatrice des coûts dans le DRG de base B90.

- Les DRG B90A et B90B ont été fusionnés pour former le DRG B90A «*Maladies et troubles du système nerveux avec réadaptation neurologique précoce à partir de 21 jours de traitement ou traitement complexe en U-IMC > 1176/1104 points ou procédure opératoire complexe*».

Des cas coûteux avec excisions de ganglions lymphatiques avaient été identifiés dans le DRG B17. Ces cas bénéficient désormais d'une revalorisation appropriée grâce à l'intégration des codes CHOP 40.2- «*Excision simple et destruction d'une structure lymphatique*» dans les critères de split pour le DRG B17A.

3.2.5. Maladies et troubles de l'œil MDC 02

Il s'est avéré que le code CHOP 38.12 «*Endartériectomie d'autres vaisseaux de la tête et du cou*» n'était jusqu'à présent pas représenté dans la MDC 02.

- L'intégration du code CHOP 38.12 dans le tableau pour le DRG C14Z «*Interventions sur la conjonctive ou autres procédures*» a permis de représenter correctement le code CHOP au sein de la MDC 02.

Dans une demande, un utilisateur nous a signalé des cas où, en plus d'une intervention sur le cristallin, une vitrectomie par la pars plana est également pratiquée. Selon le demandeur, la combinaison des deux interventions n'est pas suffisamment représentée dans le DRG de base C03 «*Interventions sur la rétine, la choroïde, le vitré, la chambre postérieure de l'œil*». Pour cette raison, la création d'un DRG spécifique pour ces cas est demandée.

- Nos analyses ont confirmé une légère sous-rémunération des cas avec le code CHOP 14.73.10 «*Vitrectomie mécanique par voie antérieure, vitrectomie par la pars plana*» dans le DRG C03C.
- L'ajout de ce code dans la condition de split pour le DRG C03B a permis d'obtenir une représentation appropriée de ces cas.
- La différence de coûts par rapport au DRG C03B était trop faible pour créer un DRG distinct combinant les interventions sur le cristallin et une vitrectomie par la pars plana au sein du DRG de base C03.

Une autre demande portait sur la valorisation des interventions pour glaucome en combinaison avec une vitrectomie par la pars plana ou la présence d'un implant de cristallin avec le code CIM Z96.1. Selon le demandeur, ces interventions sont plus complexes et donc plus coûteuses qu'une simple intervention sur le glaucome. Ces cas sont sous-rémunérés au sein du DRG de base C06 «*Interventions sur l'iris, le corps ciliaire, la sclère et la chambre antérieure*».

- Les données de 2022 pour l'ensemble de la Suisse ont confirmé une sous-rémunération des cas avec un implant de drainage du glaucome et de vitrectomie par la pars plana dans le DRG C06A.
- Le nombre de cas était trop faible pour créer un DRG spécifique au sein du DRG de base C06 comme souhaité par le demandeur.

- Afin de représenter ces cas de manière appropriée et adaptée aux coûts, le code CHOP 12.79.20 «*Mise en place d'un implant de drainage antiglaucomateux*» est désormais regroupé dans le DRG C03A en combinaison avec le code CHOP 14.73.10 «*Vitrectomie mécanique par voie antérieure, vitrectomie par la pars plana*», ce qui entraîne une revalorisation correspondante.

Dans le cadre des analyses relatives à la tumor board et aux revalorisations et dépréciations de biopsies, nous avons en outre remarqué des cas sous-rémunérés au sein de la MDC 02.

- Il s'est avéré que ces cas présentaient une utilisation supplémentaire de ressources en raison de biopsies de l'œil.
- Désormais, les cas avec une biopsie fermée de l'œil sont représentés de manière appropriée dans le DRG C14Z «*Interventions sur la conjonctive ou autres procédures*».

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

Une représentation non adéquate des cas avec des interventions en plusieurs temps a été identifiée au sein de la MDC 03.

- L'ajout de la fonction «*Procédures opératoires particulières en plusieurs temps*» dans le DRG D12A «*Autres interventions coûteuses ou radiothérapie ou procédures opératoires particulières en plusieurs temps pour maladies et troubles de l'oreille, du nez, de la bouche et de la gorge*» a permis de revaloriser ces cas et d'obtenir une représentation adéquate.

Dans une demande précédente, un utilisateur avait souhaité la vérification de la condition de split «*Contrôle d'hémorragie après tonsillectomie ou adénectomie ou tonsillectomie pour abcès amygdalien*» pour le DRG D13B «*Contrôle d'hémorragie après tonsillectomie ou adénectomie ou tonsillectomie pour abcès, sauf en cas de néoformation maligne, âge < 16 ans*», également dans les données ultérieures. La restructuration a eu lieu sur l'année des données 2017 pour la version 9.0.

- L'examen de l'ancienne demande sur la base des données de l'année 2022 a montré que les hémorragies post-opératoires lors de tonsillectomies s'avèrent toujours être des séparateurs de coûts et sont représentées de manière appropriée dans le DRG D13B.

La représentation des greffes de tissus en utilisant des anastomoses microvasculaires a été examinée au sein de la MDC 03 au cours du développement du système et modifiée en conséquence.

- La logique pour le tableau D24-3, qui contient les codes pour les greffes de tissus avec anastomose microvasculaire, a été adaptée dans le DRG de base D24 de manière à ce que les cas soient regroupés dans le D24 sans devoir remplir d'autres conditions.

Le code CIM D21.0 «*Tumeur bénigne: tissu conjonctif et autres tissus mous de la tête, de la face et du cou*» était jusqu'ici représenté dans la MDC 08.

- Pour une meilleure homogénéité médicale, ce code CIM a été déplacé du tableau des diagnostics principaux de la MDC 08 vers le tableau des diagnostics principaux de la MDC 03.
- Dans le DRG de base D66 «*Autres maladies de l'oreille, du nez, de la bouche et la gorge*», les cas avec le code CIM D21.0 sans autre procédure sont représentés de manière appropriée.

Au cours des analyses relatives à la tumor board et aux revalorisations et dépréciations de biopsies, nous avons remarqué des cas avec un jour d'hospitalisation sous-rémunérés dans le DRG D86Z.

- Le DRG D86Z a été divisé et un nouveau DRG avec biopsies ouvertes ou autres a été établi sous le code DRG D86A «*Maladies et troubles de l'oreille, du nez, de la bouche et de la gorge avec procédure particulière, un jour d'hospitalisation*».

3.2.7. Maladies et troubles des organes respiratoires MDC 04

Dans le cadre du traitement d'une demande, des cas sur-rémunérés ont été identifiés dans le DRG E87A.

- Les analyses ont montré que ces cas sur-rémunérés avaient une valeur PCCL de 3.
- Les cas coûteux ont été revalorisés en augmentant le split par PCCL de > 2 à «PCCL > 3».

Un utilisateur a demandé la dépréciation du code CIM E87.1 «*Hypo-osmolarité et hyponatrémie*» dans la matrice CC.

- Une dépréciation du code CIM dans la matrice CC ne s'est pas avérée appropriée.
- Les analyses menées dans le cadre de cette demande ont cependant permis d'identifier des cas fortement sous-rémunérés dans les DRG de base E77, E71 et E75.
- Tous ces cas montraient une utilisation supplémentaire de ressources en raison d'interventions endoscopiques sur le système digestif.
- Un nouveau tableau pour les interventions endoscopiques sur le système digestif a été établi au sein de la MDC 04.
- Ce nouveau tableau a été ajouté comme critère de split dans les DRG suivants:
 - E71B «*Néoforations des organes respiratoires avec CC extrêmement sévères ou bronchoscopie rigide ou procédure particulière ou paraplégie/tétraplégie ou interventions endoscopiques particulières*»
 - E75A «*Autres maladies des organes respiratoires, âge < 18 ans ou avec CC extrêmement sévères ou isolement de contact à partir de 7 jours de traitement avec diagnostic particulier ou intervention particulière*»
 - E77A «*Autres infections et inflammations des organes respiratoires avec diagnostic de complication lors d'état après transplantation d'organe ou avec CC extrêmement sévères, ou procédure de complication ou isolement de contact à partir de 7 jours de traitement ou procédures endoscopiques particulières ou CC les plus sévères, ou paraplégie/tétraplégie*»
- Un autre séparateur de coûts a pu être identifié au sein du DRG de base E75 et les «*bronchoscopies*» ont ainsi également été revalorisées dans le DRG E75A.

En raison des restructurations antérieures dans le DRG de base E77 «*Autres infections et inflammations des organes respiratoires*» avec une revalorisation de l'«*isolement de contact à partir de 7 jours d'hospitalisation*» et «*Interventions endoscopiques particulières sur le système digestif*» dans le DRG E77A, les conditions de split pour le DRG E77C et le DRG E77D se sont avérées ne plus être des caractéristiques clairement séparatrices de coûts.

- Les DRG E77C, E77D et E77E ont été fusionnés pour former le DRG E77C «*Autres infections et inflammations des organes respiratoires*».

À l'occasion d'autres analyses, il est apparu que les codes CIM avec «*symptômes ou résultats anormaux concernant le système respiratoire*» n'étaient pas représentés de manière équivalente et étaient jusqu'à présent regroupés soit dans le DRG de base E65 «*Maladies chroniques obstructives des voies respiratoires*», soit dans le DRG de base E75 «*Autres maladies des organes respiratoires*».

- Pour une meilleure homogénéité médicale, les codes CIM des groupes R04.- à R09.- «*Symptômes concernant le système respiratoire*» et du code CIM R91 «*Résultats anormaux d'imagerie diagnostique du poumon*» sont désormais regroupés dans le DRG de base E75 «*Autres maladies des organes respiratoires*» où ils sont représentés de manière adéquate et pertinente sur le plan médical.

Lors des analyses concernant la représentation de l'«*isolement de contact à partir de 7 jours de traitement*» dans la structure tarifaire, nous avons constaté une large dispersion des coûts et des cas non

représentés de manière appropriée au sein du DRG de base E64 «*Insuffisance respiratoire ou embolie pulmonaire*».

- Outre l'«*isolement de contact à partir de 7 jours de traitement*», d'autres séparateurs de coûts ont pu être identifiés.
- Un nouveau DRG E64A avec les conditions de split suivantes a été établi:
 - «*Isolement de contact à partir de 7 jours de traitement*» ou
 - «*bronchoscopie*» ou
 - «*PCCL > 3*»

Il s'est avéré que les codes CHOP du groupe 33.79 «*Insertion endoscopique d'autre dispositif ou substance bronchique*» dans le DRG de base E65 «*Maladies chroniques obstructives des voies respiratoires*», contrairement au groupe de codes 33.72 «*Insertion ou remplacement de coil(s) dans les bronches ou le poumon par endoscopie*», utilisent moins de ressources et sont sur-rémunérés.

- Le groupe de codes 33.79 «*Insertion endoscopique d'autre dispositif ou substance bronchique*» a été déprécié dans la structure tarifaire.

Cela a entraîné une revalorisation des cas dans le 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*».

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

Il a été constaté sur la base des analyses que le code CHOP 37.8E.31 «*Implantation d'un système sous-cutané de défibrillation*» dans le DRG F01 est sous-rémunéré.

- L'ajout de ce code CHOP dans le split du DRG F01C a permis de revaloriser 37.8E.31 «*Implantation d'un système sous-cutané de défibrillation*» du DRG F01D vers le DRG F01C et ainsi d'améliorer la représentation.

Une proportion importante des pacemakers actuellement implantés doit à l'avenir être réalisée par stimulation du système de conduction (Conduction System Pacing) 39.A1.21 «*Mise en place d'une électrode pour la stimulation directe du système de conduction intracardiaque (His Bundle Pacing)*». Pour ce faire, des stimulateurs cardiaques avec des électrodes double chambre sont le plus souvent utilisés. En raison de l'utilisation de sondes et de cathéters spéciaux et d'une méthode de cartographie complète lors de la mise en place des électrodes de stimulation, la procédure entraîne des coûts qui doivent être représentés en conséquence.

- Après de nombreuses analyses, le code CHOP 39.A1.21 «*Mise en place d'une électrode pour la stimulation directe du système de conduction intracardiaque (His Bundle Pacing)*» a été implémenté dans les tableaux suivants: F01-2, F02-2, F03-8, F06-6, F12-2, F17-2, F18-1 et F98-6.
- Tous ces tableaux étant représentés dans une relation supplémentaire, les cas avec 39.A1.21 n'arrivent dans les DRG correspondants qu'en relation avec d'autres procédures, comme l'implantation d'un défibrillateur ou l'implantation de stimulateurs à 1, 2 ou 3 chambres.
- Le code a en outre été ajouté aux fonctions «*Procédure opératoire particulière*».

Il est apparu que les DRG F02A et F02B présentent une bonne homogénéité au niveau des données de coûts et de prestations des deux ensembles de cas et que les conditions de split ne remplissaient plus leur objectif.

- Les simulations d'une fusion de ces deux DRG se sont révélées avantageuses, si bien qu'un nouveau DRG F02Z a été créé à partir de ces deux DRG.

Dans une autre demande, il a été signalé que les cas avec implantation mini-invasive d'une prothèse valvulaire sont sous-rémunérés dans le DRG F03E. Selon cet utilisateur, seul le code 35.F1.B2

«Remplacement de la valve aortique par xénogreffe repoussant le calcium, avec thoracotomie mini-invasive (sternotomie partielle supérieure, thoracotomie latérale) comme voie d'abord» conduisait jusqu'à présent au DRG F03C, dans lequel ces cas étaient rémunérés de manière adéquate, et il était probable que, pour le code CHOP 35.F1.B2, l'utilisation supplémentaire de ressources, qui justifie le regroupement dans le DRG F03C, n'était pas dû au type de valve, mais principalement à l'abord mini-invasif, car celui-ci prend nettement plus de temps que l'abord ouvert. Pour cette raison, le revalorisation des codes CHOP suivants du DRG F03E vers le DRG F03C devait être examinée:

- 35.F1.32 «Remplacement de valve aortique par xénogreffe, sans stent, avec thoracotomie mini-invasive (sternotomie partielle supérieure, thoracotomie latérale) comme voie d'abord»
- 35.F1.62 «Remplacement de la valve aortique par prothèse vasculaire avec valve, biologique avec thoracotomie mini-invasive (sternotomie partielle supérieure, thoracotomie latérale) comme voie d'abord»
- 35.F2.22 «Remplacement de la valve mitrale par xénogreffe (bioprothèse), avec thoracotomie mini-invasive (sternotomie partielle supérieure, thoracotomie latérale) comme voie d'abord»
- 35.F2.32 «Remplacement de la valve mitrale par xénogreffe, sans stent, avec thoracotomie mini-invasive (sternotomie partielle supérieure, thoracotomie latérale) comme voie d'abord»
- 35.F3.22 «Remplacement de la valve pulmonaire par xénogreffe (bioprothèse), avec thoracotomie mini-invasive (sternotomie partielle supérieure, thoracotomie latérale) comme voie d'abord»
- 35.F3.32 «Remplacement de la valve pulmonaire par xénogreffe, sans stent, avec thoracotomie mini-invasive (sternotomie partielle supérieure, thoracotomie latérale) comme voie d'abord»
- 35.F3.62 «Remplacement de la valve pulmonaire par prothèse vasculaire avec valve, biologique avec thoracotomie mini-invasive (sternotomie partielle supérieure, thoracotomie latérale) comme voie d'abord»
- 35.F4.22 «Remplacement de la valve tricuspide par xénogreffe (bioprothèse), avec thoracotomie mini-invasive (sternotomie partielle supérieure, thoracotomie latérale) comme voie d'abord»
- 35.F4.32 «Remplacement de la valve tricuspide par xénogreffe, sans stent, avec thoracotomie mini-invasive (sternotomie partielle supérieure, thoracotomie latérale) comme voie d'abord»

Les analyses ont montré que tant le code 35.F1.B2 «Remplacement de la valve aortique par xénogreffe repoussant le calcium, avec thoracotomie mini-invasive (sternotomie partielle supérieure, thoracotomie latérale) comme voie d'abord» que les autres codes énumérés sont sur-rémunérés dans le DRG F03C, mais que certains d'entre eux profiteraient d'une revalorisation.

- Le tableau des procédures F03-19 qui contient le code CHOP 35.F1.B2 «Remplacement de la valve aortique par xénogreffe repoussant le calcium, avec thoracotomie mini-invasive (sternotomie partielle supérieure, thoracotomie latérale) comme voie d'abord» a été déprécié en passant du DRG F03C au split du DRG F03D.
- De plus, les codes CHOP 35.F1.22 «Remplacement de la valve aortique par xénogreffe (bioprothèse), avec thoracotomie mini-invasive (sternotomie partielle supérieure, thoracotomie latérale) comme voie d'abord», 35.F2.22 «Remplacement de la valve mitrale par xénogreffe (bioprothèse), avec thoracotomie mini-invasive (sternotomie partielle supérieure, thoracotomie latérale) comme voie d'abord», 35.F3.22 «Remplacement de la valve pulmonaire par xénogreffe (bioprothèse), avec thoracotomie mini-invasive (sternotomie partielle supérieure, thoracotomie latérale) comme voie d'abord» ainsi que 35.F4.22

«Remplacement de la valve tricuspide par xénogreffe (bioprothèse), avec thoracotomie mini-invasive (sternotomie partielle supérieure, thoracotomie latérale) comme voie d'abord)» ont été ajoutés dans le tableau de procédures F03-19.

- En dépréciant le tableau F03-19 tout en ajoutant les procédures, ils se regroupent désormais dans le DRG F03D.

Selon un demandeur, l'utilisation d'un dispositif par clip pour fermer l'oreillette gauche dans les DRG F03, F06 et F31 est sous-rémunérée. Un contrôle de la représentation des codes 37.90.09 «Insertion de dispositif dans l'oreillette gauche, autre» et 37.99.30 «Ligature d'oreillette» a donc été demandé avec en particulier l'examen de l'ajout du code 37.90.09 «Insertion de dispositif dans l'oreillette gauche, autre» dans les tableaux F03-22, F06-14 et F31-1.

- Les analyses ont montré que tant le code 37.90.09 «Insertion de dispositif dans l'oreillette gauche, autre» que le code 37.99.30 «Ligature d'oreillette» sont représentés de manière adéquate.
- L'intégration des codes CHOP dans les tableaux F03-22, F06-14 et F31-1 a néanmoins été examinée au moyen de différentes simulations, suite à quoi le code 37.90.09 «Insertion de dispositif dans l'oreillette gauche, autre» a été ajouté dans le tableau F31-1 pour le mettre au même niveau que le code 37.99.30 «Ligature d'oreillette» déjà présent dans ce même tableau.
- L'inclusion dans d'autres tableaux n'était pas possible en raison de mauvais résultats.

Au cours du traitement d'une demande, nous avons identifié des cas au sein du DRG de base F12 «Implantation d'un stimulateur cardiaque» qui étaient sous-rémunérés. Un PCCL > 3 ainsi que l'implantation d'un stimulateur cardiaque triple chambre en combinaison avec la fonction globale «Procédures opératoires particulières en plusieurs temps» dans le DRG F12C se sont avérés être des séparateurs de coûts.

- Cette combinaison a été ajoutée comme condition de split pour le DRG F12B.
- Le split par PCCL > 3 a été déplacé du DRG F12B vers le DRG F12A.
- Suite à ces restructurations, les conditions de split pour le DRG F12A n'étaient cependant plus séparatrices de coûts, si bien que les DRG F12A et F12B ont été fusionnés pour former le DRG F12A «Implantation d'un stimulateur cardiaque avec CC extrêmement sévères ou une stimulation triple ou double chambre avec intervention complexe ou âge < 16 ans ou procédure particulière, ou stimulation triple chambre avec procédure opératoire particulière en plusieurs temps».
- Il s'est alors avéré que les conditions de split pour l'ancien DRG F12C n'étaient plus non plus séparatrices de coûts par rapport au DRG F12D alors existant. Ainsi, ces deux DRG ont également été fusionnés pour former le DRG F12C «Implantation d'un stimulateur cardiaque avec une stimulation double chambre».

Les codes CHOP 39.99.31-38 «Fermeture par cathéter du canal artériel de Botal, avec...» étaient jusque-là représentés dans le DRG de base F59. Pour une meilleure homogénéité médicale, une représentation de ces codes CHOP dans le DRG de base F19 «Autre intervention transluminale percutanée sur le cœur, l'aorte et les vaisseaux pulmonaires ou procédés particuliers» a été examinée. Il s'est avéré que cette restructuration permettait de représenter ces codes CHOP de manière plus appropriée et plus pertinente sur le plan médical, raison pour laquelle cette modification a été mise en œuvre.

Selon plusieurs utilisateurs, les ballonnets libérant des substances médicamenteuses 00.4C.11-13 «Insertion de 1-3 ballonnets libérant des substances médicamenteuses» ou 00.4C.14 «Insertion de ballonnets libérant des substances médicamenteuses, 4 ballonnets et plus» et les stents selon le nombre 39.C1.11-1M «1 à 20 stents et plus implantés» ne sont pas représentés de manière adéquate dans la

MDC 05. Une revalorisation au sein du DRG F24, du DRG F59 et, le cas échéant, d'autres DRG ou d'une fonction de «*procédures compliquées*» a été demandée.

- Par rapport à l'année précédente, les cas sont regroupés dans le DRG F13B dès la mise en place de deux ballonnets libérant des substances médicamenteuses 00.4C.12 «*Insertion de 2 ballonnets libérant des substances médicamenteuses*» et non plus seulement à partir d'au moins trois 00.4C.13 «*Insertion de 3 ballonnets libérant des substances médicamenteuses*».
- L'intégration de 00.4C.13 «*Insertion de 3 ballonnets libérant des substances médicamenteuses*» et de 00.4C.14 «*Insertion de ballonnets libérant des substances médicamenteuses, 4 ballonnets et plus*» dans le split de F59E a permis de revaloriser les codes CHOP correspondants dans tout le DRG F59.
- Dans le DRG F24A, les stents ont été revalorisés à partir d'un nombre d'au moins deux stents 39.C1.12 «*2 stents implantés*».
- Dans le DRG F24C, une revalorisation a eu lieu à partir d'au moins trois ballonnets libérant des substances médicamenteuses 00.4C.13 «*Insertion de 3 ballonnets libérant des substances médicamenteuses*» ou d'une combinaison de stents et de ballonnets, en commençant dès 39.C1.11 «*1 stent implanté*» et 00.4C.11 «*Insertion de 1 ballonnet libérant des substances médicamenteuses*».
- 00.4C.11-12 «*Insertion de 1-2 ballonnets libérant des substances médicamenteuses*» a été revalorisé dans le DRG F24D.

Dans une demande, un utilisateur a souhaité que la revalorisation d'endoprothèses (stents) aortiques dans des situations particulières soit examinée.

Le groupe de codes 39.7- «*Implantation d'endoprothèses*» a été revalorisé dans le DRG F31A et inclus dans la fonction «*procédure opératoire complexe*».

Un autre demandeur a indiqué que des interventions classiques de chirurgie vasculaire ouverte telles que 38.44.- «*Résection de l'aorte abdominale, avec remplacement...*» et 39.29.- «*Autre pontage ou shunt vasculaire (périphérique)...*» ne sont pas représentées de manière à couvrir les coûts dans tout le DRG F31 et a demandé une revalorisation en complétant ces codes dans le tableau F59-6 ou en introduisant un nouveau critère de split dans le DRG F31 pour une prise en compte adéquate de tels codes.

- Les tentatives de revalorisation du groupe de codes 39.29.- «*Autre pontage ou shunt vasculaire (périphérique)*» se sont révélées défavorables aussi bien dans le DRG F31 que dans le DRG F59.
- L'inclusion du groupe de codes 38.44.- «*Résection de l'aorte abdominale avec remplacement*» dans le tableau F59-6, ainsi que d'autres efforts de revalorisation dans le DRG F59, ont également donné des résultats insatisfaisants.
- Cependant, un nouveau tableau a été créé avec 38.44.- «*Résection de l'aorte abdominale, avec remplacement...*» dans le DRG F31 et intégré dans le split pour F31D.

Les codes CHOP 38.48.- «*Résection d'artères de membre inférieur avec remplacement*», 39.79.7 «*Fermeture d'artères par cathéter au laser*», 39.79.8 «*Fermeture d'artères par cathéter à radiofréquence*», qui étaient jusqu'à présent représentés dans le DRG de base F31 «*Autres interventions cardiothoraciques ou interventions vasculaires particulières*», devaient recevoir une nouvelle affectation médicale appropriée.

- Les codes CHOP ont été déplacés du DRG de base F31 vers le DRG de base F59 «*Interventions vasculaires complexes ou moyennement complexes*».

Dans une demande, un utilisateur a souhaité que soit précisée la rémunération supplémentaire concernant la position de 39.7A.11-16 «*Implantation endovasculaire, iliaque, 1-6 stents grafts et plus, sans*

ouverture [L]». Bien qu'une rémunération supplémentaire existe, celle-ci n'est pas, selon cet utilisateur, adaptée en fonction du nombre de stents.

- Une précision de la rémunération supplémentaire pour 39.7A.11-16 «*Implantation endovasculaire, iliaque, 1 à 6 stents grafts ou plus, sans ouverture [L]*» en fonction du nombre d'endoprothèses iliaques utilisées ne s'est pas révélée efficace en raison des cas de figure dans les données disponibles.
- Après un nouvel examen de la représentation des codes au sein du système DRG, les codes 39.7A.13-16 «*Implantation endovasculaire, iliaque, 3 à 6 stents grafts et plus, sans ouverture [L]*» ont été inclus dans le split de F51B et donc revalorisés en fonction de leur nombre dans F51.

Suite à des simulations et des adaptations, les deux codes CHOP 39.56.31/32 «*Réparation de l'aorte thoracique/la veine pulmonaire avec patch de tissu*» ont attiré notre attention, car ils ne sont plus représentés de manière appropriée dans le DRG de base F51.

- Ces deux codes CHOP ont donc été retirés du DRG de base F51 et restent dans le DRG de base F59.

Un demandeur a attiré notre attention sur le fait que, selon la logique qui prévaut dans le DRG F59C, seuls les cas qui présentent pratiquement la même intervention du même tableau sur deux jours différents sont regroupés dans ce DRG. Un nouveau critère de split a été proposé pour le DRG F59C, selon lequel il faut certes deux traitements espacés d'au moins un jour de traitement, mais ceux-ci peuvent être tirés des trois tableaux différents F59-3, F59-4 et F59-5 et peuvent donc présenter des interventions différentes.

- Différentes simulations ont montré que la logique actuelle pour le tableau F59-4, selon laquelle les cas avec deux traitements séparés d'au moins un jour de traitement proviennent de ce tableau, est pertinente.
- Cependant, pour les tableaux F59-3 et F59-5, la logique a été adaptée de sorte que les cas doivent désormais avoir deux traitements sur au moins deux jours différents, mais ceux-ci peuvent provenir soit du tableau F59-3, soit du tableau F59-5.

Selon un demandeur, les interventions en cas de thrombose veineuse sont considérées comme des procédures consommant beaucoup de ressources et généralement sous-financées. Il a donc été proposé de revaloriser dans le DRG F59C les cas ayant un diagnostic principal issus des codes CIM I80.- «*Thrombose, phlébite et thrombophlébite*», I81 «*Thrombose de la veine porte*» et I82.- «*Autres embolies et thromboses veineuses*», ainsi qu'une intervention de 39.75.15 «*Intervention vasculaire transluminale percutanée, autres vaisseaux, thrombolyse sélective*», 39.50.21 «*Angioplastie, thrombectomie d'autre(s) vaisseau(x) non-coronaire(s)*» ou 39.B* «*Implantation transluminale (percutanée) de stents dans des vaisseaux sanguins*».

- Les cas avec un diagnostic principal issus des codes CIM I80.- «*Thrombose, phlébite et thrombophlébite*» ou I82.- «*Autres embolies et thromboses veineuses*», à l'exception de I82.0 «*Syndrome de Budd-Chiari*», ainsi qu'une procédure de 39.75.15 «*Intervention vasculaire transluminale percutanée, autres vaisseaux, thrombolyse sélective*» ou 39.B* «*Implantation transluminale (percutanée) de stents dans des vaisseaux sanguins*», à l'exception de tous les codes 39.B* non spécifiques se terminant par .09, ont été revalorisés dans le DRG F59D.

Selon un demandeur, les codes CHOP suivants doivent être revalorisés par leur intégration dans le tableau F59-17 depuis le DRG F59G vers le DRG F59F, pour être représentés de manière adéquate.

- 39.B3.C1/C3/D1 «*Implantation transluminale (percutanée) de stents couverts sans libération de substance médicamenteuse, autres artères abdominales et pelviennes [L]/artère iliaque [L]/vaisseaux viscéraux*»

- 39.B4.C1/C3/D1 «*Implantation transluminale (percutanée) de stents couverts avec libération de substance médicamenteuse, autres artères abdominales et pelviennes [L]/artère iliaque [L]/vaisseaux viscéraux*»
- 39.B5.C1/C3/D1 «*Implantation transluminale (percutanée) de stents Cheatham-Platinum non couverts, autres artères abdominales et pelviennes [L]/artère iliaque [L]/vaisseaux viscéraux*»
- 39.B6.C1/C3/D1 «*Implantation transluminale (percutanée) de stents Cheatham-Platinum couverts, autres artères abdominales et pelviennes [L]/artère iliaque [L]/vaisseaux viscéraux*»
- 39.B8.C1/C3/D1 «*Implantation transluminale (percutanée) de stents à grand lumen couverts, autres artères abdominales et pelviennes [L]/artère iliaque [L]/vaisseaux viscéraux*»
- 39.BG.C1/C3 «*Implantation transluminale (percutanée) de stents en nitinol à maillage monobrin, autres artères abdominales et pelviennes [L]/artère iliaque [L]*»

Après un examen minutieux des codes mentionnés dans le système SwissDRG, les éléments suivants ont été adaptés dans le DRG F59:

- L'ajout de tous les codes listés dans le tableau F59-17 a entraîné leur revalorisation du DRG F59G vers le DRG F59F.
- En outre, le tableau F59-17 a été intégré également dans le split du DRG F59C avec la condition de l'intervention en plusieurs temps. Les cas correspondants sont donc revalorisés dans le DRG F59C.

Plusieurs demandeurs nous ont signalé une rémunération inappropriée de 39.50.15 «*Angioplastie ou athérectomie d'autre(s) vaisseau(x) non coronaire(s), par lithotripsie*» dans le DRG F59G. Ils demandent donc que ce code soit contrôlé et le cas échéant revalorisé dans le DRG F59E.

- Le code CHOP 39.50.15 «*Angioplastie ou athérectomie d'autre(s) vaisseau(x) non coronaire(s), par lithotripsie*» a été ajouté dans la condition de split pour le DRG F59F et ainsi revalorisé du DRG F59G vers le DRG F59F.
- Lors d'un codage supplémentaire de 00.4C.11-13 «*Insertion de 1-3 ballonnets libérant des substances médicamenteuses*» ou 00.4C.14 «*Insertion de ballonnets libérant des substances médicamenteuses, 4 ballonnets et plus*», les cas avec 39.50.15 «*Angioplastie ou athérectomie d'autre(s) vaisseau(x) non coronaire(s), par lithotripsie*» seront regroupés à l'avenir dans le DRG F59E.

Selon un demandeur, le DRG F90A inclut des cas de déficits extrêmes qui présentent certes des procédures complexes en plusieurs temps, mais aussi un faible nombre de points de traitement complexe en unité de soins intermédiaires. Les cas concernés doivent donc être regroupés soit dans le DRG F36A soit dans le DRG F36B en les incluant dans le tableau F36-5, ou un nouveau critère de split doit être introduit dans le DRG de base F90 pour tenir compte de la nature complexe et de la dimension temporelle des interventions tout en présentant de faibles points de traitement complexe en unité de soins intermédiaires.

- Après un examen approfondi, l'affectation dans les DRG F36A et F36B ainsi que l'introduction d'un nouveau critère de split dans le DRG de base F90 qui prend en compte les interventions complexes en plusieurs temps en lien avec un plus faible nombre de points de traitement complexe en unité de soins intermédiaires ont été considérées comme non pertinentes.
- Afin de permettre néanmoins une meilleure représentation des cas présentant des procédures complexes en plusieurs temps, un nouveau DRG F90A a été introduit avec le critère de split «*Procédures opératoires complexes en plusieurs temps*» au-dessus du DRG F90A déjà existant. Le DRG F90A utilisé jusque-là conserve ses conditions de split et devient le nouveau DRG F90B; il en va de même pour l'ancien DRG F90B, qui est désormais le DRG F90C.

Selon un demandeur, le remplacement de la valve mitrale avec procédure Tendyne 35.F2.25 «*Remplacement de la valve mitrale par xénogreffe (bioprothèse), par voie transapicale, avec utilisation d'un système d'abord et d'obturation apical percutané*» est actuellement sous-rémunéré dans le DRG F98C et devrait être affecté dans un split plus élevé de F98. Il en va de même pour le code CHOP 35.F2.26 «*Remplacement de la valve mitrale par xénogreffe (bioprothèse) avec ancrage transapical, par voie transapicale*».

- Le code 35.F2.26 «*Remplacement de la valve mitrale par xénogreffe (bioprothèse) avec ancrage transapical*» a été ajouté dans la CHOP 2023. Le développement de la version 14.0 du système reposant sur des données de l'année 2022 ainsi que sur les codes CIM et CHOP de la même année, aucune analyse n'a pu être effectuée concernant ce code.
- Après vérification de la représentation du code 35.F2.25 «*Remplacement de la valve mitrale par xénogreffe (bioprothèse), par voie transapicale, avec utilisation d'un système d'abord et d'obturation apical percutané*», une sous-rémunération a pu être confirmée, raison pour laquelle le code a été intégré dans le split supérieur de F98B.
- Une revalorisation dans le DRG F98A a également été examinée, mais non mise en œuvre en raison des mauvais résultats obtenus.

3.2.9. Maladies et troubles des organes digestifs MDC 06

Pour les cas du DRG G12, une demande a été reçue, demandant la revalorisation des séjours en médecine intensive ou en unité de soins intermédiaires.

- Suite aux analyses, des points particuliers de traitement complexe de soins intensifs et de traitement complexe en unité de soins intermédiaires ont pu être revalorisés dans le DRG G12A: traitement complexe de soins intensifs > 130/119 points, traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 130/184 points.

Un fournisseur de prestations nous a transmis des informations détaillées sur un cas de figure particulier dans la MDC 06. Une coloscopie ainsi qu'une iléoscopie ont été réalisées, avec respectivement une biopsie. Les codes CHOP 45.25 «*Biopsie fermée [endoscopique] du gros intestin*» et 45.14 «*Biopsie fermée [endoscopique] de l'intestin grêle*» ont ici été utilisés. Cependant, selon une règle du manuel de codage, seule la zone visualisée la plus éloignée peut être codée, en l'occurrence 45.14. Dans la version 13.0, c'est ainsi le DRG G46C qui est utilisé. Toutefois, si le code 45.25 est utilisé, le cas est regroupé dans le DRG G48A, bénéficiant d'une meilleure valorisation (pour autant qu'un critère de diagnostic particulier ou d'âge < 16 ans soit rempli).

- Après différentes analyses et simulations, il s'est avéré qu'une séparation stricte des interventions endoscopiques sur l'estomac ou le tractus intestinal n'était plus pertinente, car plusieurs interventions sont souvent réalisées. Une fusion des deux DRG G46 et G48 s'est avérée appropriée.
- Le splitting sur la base des critères existants a pu être maintenu et complété dans une large mesure.
- Les deux tableaux pour la coloscopie thérapeutique complexe et la gastroscopie thérapeutique complexe ont été mis à un même niveau dans G46A et G46B (avec procédure ou valeur PCCL supplémentaire). La coloscopie thérapeutique complexe a ainsi été revalorisée.
- Dans le DRG G46A, les conditions «*Maladie intestinale inflammatoire et âge < 16 ans*» ainsi que «*Interventions en plusieurs temps de gastroscopie et coloscopie thérapeutique complexe*» ont été revalorisées.
- Dans le DRG G46B, la condition supplémentaire «*Affections sévères des organes digestifs*» a été supprimée si bien que seule la condition «*âge < 16 ans*» entraîne un regroupement dans le DRG G46B.

- L'ancien DRG G48A est devenu le DRG G46C, les conditions telles que les maladies intestinales inflammatoires ou sévères ou les procédures de complication ont été reprises. De même, la condition «*Interventions en plusieurs temps de gastroscopie et coloscopie thérapeutique complexe*» a été ajoutée dans le DRG G46C.
- Ces modifications permettent d'obtenir une représentation adéquate et adaptée aux coûts de ces cas, même avec plusieurs gastroscopies ou coloscopies.

Les importantes restructurations de G46 et G48 ont permis d'identifier des situations coûteuses parmi les cas avec un jour d'hospitalisation.

- Il s'est avéré que les cas impliquant des interventions endoscopiques sur l'estomac ou l'intestin représentaient une utilisation plus importante de ressources.
- Grâce à l'ajout du tableau G86-4 dans le split du DRG G86A, les cas concernés sont revalorisés.

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

Il a été décrit dans une demande que les cas dans le DRG H07C qui présentent une cholécystite aiguë en diagnostic principal étaient sous-rémunérés. Une autre demande décrivait des coûts plus élevés pour les cas du DRG H07C avec une admission en urgence.

- Dans le cadre des simulations, il a pu être démontré que les cas avec le diagnostic «*Cholécystite aiguë*» K80.00/K80.01 et K81.0 représentaient une utilisation plus élevée de ressources.
- Les diagnostics se sont révélés être des critères de split. Ainsi, le DRG H07C a pu être séparé sur la base des diagnostics décrits et du tableau H07-3 correspondant.

En outre, nous avons reçu une demande concernant le DRG H07C, indiquant que les diagnostics et les complications sévères ainsi que la présence d'adhérences avaient été identifiés comme nécessitant beaucoup de ressources.

- Il a été confirmé que la lyse d'adhérences entraîne une augmentation des coûts. Ainsi, les procédures d'adhésiolyse ont également pu être revalorisées dans le nouveau DRG H07C au moyen du tableau H07-7.

La fistule pancréatique en tant que complication suite à une pancréatectomie a de nouveau fait l'objet d'une vérification, celle-ci ayant déjà été demandée l'année précédente comme critère de split. Selon la demande, ces cas n'étaient pas représentés de manière adéquate dans le DRG H09. Des diagnostics supplémentaires et une durée de séjour plus longue rendent ces cas coûteux.

- Le groupe de codes K86.8- «*Autres maladies précisées du pancréas*» a été revalorisé en tant que tableau de diagnostic dans le DRG H09A.

Les cas avec des CC sévères et seulement un jour d'hospitalisation étaient sur-rémunérés dans le DRG H60A «*Cirrhose hépatique avec CC extrêmement sévères ou âge < 16 ans*».

- Le lien avec le split par PCCL > 3 associé à la condition «*et plus d'un jour d'hospitalisation*» a permis d'éliminer cette sur-rémunération.

Nous avons prévu de vérifier les caractéristiques séparatrices de coûts du DRG H61B. Dans une demande de l'année précédente, certaines procédures thérapeutiques étaient décrites comme nécessitant beaucoup de ressources. Cependant, la demande n'avait pas encore pu être mise en œuvre pour la version 13.0.

- Le nouvel examen des données de l'année 2022 a maintenant montré que des interventions endoscopiques particulières de l'intestin, telles que la coloscopie, la biopsie, etc. entraînent une augmentation des coûts dans la MDC 07.

- Les codes 44.43 «*Contrôle endoscopique d'hémorragie gastrique ou duodénale*», certains codes du groupe 45.2* «*Techniques diagnostiques concernant le gros intestin*» et d'autres à l'aide du tableau H61-3 ont été revalorisés dans le DRG H61A.
- En outre, comme décrit précédemment, la nouvelle fonction «*Situations coûteuses avec néoformations malignes*» a été intégrée dans le DRG H61A.

Les maladies du foie sans néoformations malignes qui ont fait l'objet d'une évaluation avant une transplantation hépatique n'étaient plus représentées de manière adéquate dans le DRG de base H63B «*Affections du foie sauf néoformation maligne, cirrhose hépatique et hépatites non infectieuses particulières, plus d'un jour d'hospitalisation, avec...*».

- Les évaluations complètes ou les réévaluations avant transplantation hépatique sans néoformation maligne sont désormais regroupées dans le DRG H63A «*Affections du foie sauf néoformation maligne, cirrhose hépatique et hépatites non infectieuses particulières, plus d'un jour d'hospitalisation, avec procédure de complication ou CC extrêmement sévères avec séjour d'évaluation avant transplantation hépatique ou CC les plus sévères ou diagnostics complexes*» et ont ainsi été revalorisées.

Un utilisateur nous a demandé de procéder à une analyse d'homogénéité du DRG H63D, en mentionnant en particulier le contrôle des séjours en soins intensifs ou en soins intermédiaires.

- Suite à cette vérification, une revalorisation de «*traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires 60-119 points*» chez l'adulte a pu être mise en œuvre dans le DRG H63C.
- En outre, le split par âge «*âge < 6 ans*» a pu être augmenté à «*âge < 16 ans*», car les enfants un peu plus âgés sont également associés à une utilisation plus importante de ressources.

3.2.11. Maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif MDC 08

Un demandeur a souhaité que les greffes osseuses avec anastomose microvasculaire soient dépréciées. Selon lui, la réalisation de l'anastomose microvasculaire pendant l'opération ne requiert en plus que des lunettes-loupes ou un microscope et d'autres mesures, investissements ou matériels supplémentaires ne sont pas nécessaires.

- Les données de 2022 ont confirmé que les coûts liés à la «*greffe osseuse, fragment à pédicule vascularisé avec anastomoses microvasculaires*» ne sont pas identiques à ceux liés aux «*greffes de tissus, fragment à pédicule vascularisé avec anastomose microvasculaire*».
- Les codes CHOP 78.01.10-78.09.90 «*Greffe osseuse..., fragment à pédicule vascularisé avec anastomoses microvasculaires [L]*» et 7A.51.12 «*Greffe osseuse, colonne vertébrale, fragment à pédicule vascularisé avec anastomoses microvasculaires*» ont été retirés des tableaux pour «*greffe de tissus, fragment à pédicule vascularisé avec anastomose microvasculaire*» et un tableau spécifique avec «*Greffe osseuse, fragment à pédicule vascularisé avec anastomoses microvasculaires*» a été créé.
- L'ajout de ce tableau dans le DRG I08A a permis d'obtenir une représentation appropriée et adaptée aux coûts de ces codes CHOP.
- Le traitement de cette demande a par ailleurs fait apparaître une surévaluation des codes CHOP 78.01.00 et 78.01.09 «*Greffe osseuse et transposition osseuse, clavicule et omoplate, SAP/autre [L]*». Ceux-ci ont été dépréciés.

Selon un autre demandeur, les patients atteints de polymyalgie (code CIM M35.3) et sous traitement stéroïdien continu, qui ont été hospitalisés en raison d'une autre maladie, font rarement l'objet d'un

ajustement médicamenteux ou d'une autre prise en charge. Le code CIM M35.3 «*Polymyalgie rhumatismale*» est surévalué en tant que diagnostic supplémentaire.

- Dans la matrice CC, le code CIM M35.3 n'est pas évalué.
- Les analyses ont confirmé une surévaluation du code CIM M35.3 en tant que diagnostic supplémentaire dans le MDC 08.
- En supprimant le code CIM M35.3 des tableaux dans les DRG de base I08 et I12, il a été possible de représenter correctement ce code CIM en tant que diagnostic supplémentaire.

Tout le DRG I09A «*Fusion de corps vertébraux avec CC extrêmement sévères ou intervention complexe ou remplacement de corps vertébraux à partir de 4 implants avec intervention particulière ou traitement complexe de soins intensifs/traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 196/184 points*» est décrit comme déficitaire. Les cas à partir de 12 segments, en particulier, nécessitent une revalorisation.

- Le DRG I09A existant a été divisé. Dans la version 14.0, les cas avec une «*fusion de vertèbres pour correction de position, 12 segments et plus*» ou avec «*traitement complexe de soins intensifs NN/enf. 131 à 196 points*» sont regroupés dans le nouveau DRG I09A.
- De plus, un critère de split supplémentaire a pu être établi dans le DRG I09D et I09C (âge < 18 ans). Les cas avec un diagnostic M41.0-/M41.1 ou Q67.5 du groupe «*déformation congénitale de la colonne vertébrale*» sont revalorisés dans ce DRG. Ces diagnostics ont également pu être revalorisés dans le DRG I06B.
- Ces adaptations ont permis d'améliorer l'homogénéité des cas et le système dans sa globalité.

Dans une demande, nous avons été informés que les cas qui arrivent en urgence et qui sont regroupés dans le DRG I10C présentent des coûts nettement plus élevés. Selon ce demandeur, la durée d'hospitalisation de ces cas est deux fois plus longue que celle des admissions régulières et planifiées et les coûts liés aux urgences et au diagnostic ne s'appliqueraient pas pour les cas électifs, si bien que la variable «*type d'admission*» doit faire l'objet d'un examen en tant que séparateur de coûts.

- Les analyses réalisées suite à cette demande n'ont pas permis de confirmer cette thèse. Les divergences étaient très faibles.
- En revanche, des différences de coûts sont apparues en fonction de la fréquence des interventions. Ainsi, les «*procédures opératoires particulières en plusieurs temps*» ont pu être ajoutées en tant que critère de split dans le DRG I10B et des cas ont ainsi été revalorisés.

Par le biais de la procédure de demande, nous avons été informés que les opérations de révision avec changement de prothèse à l'épaule et au coude ne couvraient pas les coûts, dans la mesure où il y avait des complications des codes CIM T84.0- et T84.5-.

- Les codes CHOP 81.80.21 «*Implantation endoprothèse totale d'épaule, anatomique, lors d'un remplacement de prothèse*», 81.80.22 «*Implantation endoprothèse totale d'épaule, inversée, lors d'un remplacement de prothèse*», 81.80.23 «*Implantation endoprothèse totale d'épaule, prothèse spéciale, lors d'un remplacement de prothèse*» ont été revalorisés dans le DRG I12B.

Nous avons dû constater que l'intervention «*ostéotomie complexe (pluridimensionnelle) ... (avec correction axiale)*» n'était pas rémunérée de manière appropriée dans le DRG de base I13 «*Interventions sur l'humérus, le tibia, le péroné et la cheville*».

- Des codes CHOP ont dû être supprimés de la logique «*Interventions multiples*» dans le DRG I13A:
 - 77.37.13 «*Ostéotomie complexe (pluridimensionnelle) du tibia (avec correction axiale)*»
 - 77.37.22 «*Ostéotomie complexe (pluridimensionnelle) du péroné (avec correction axiale)*»
- À la place, un transfert vers le DRG I13B, sans autre condition, a eu lieu.

- Les cas avec les codes CHOP 00.9A.6- «*Utilisation d'implants, spécifiques au patient, adaptés en préopératoire par imagerie tridimensionnelle...*» étaient surévalués dans le DRG I13A. Le tableau a été supprimé.

Des cas d'interventions multiples sous-rémunérés en raison d'une maladie neurologique de base ont été décrits. Ils peuvent être identifiés à l'aide d'un diagnostic de G80/G82 «*paralysies*» ou Q90-Q99 «*Anomalies chromosomiques non classées ailleurs*» ainsi que d'au moins deux codes CHOP parmi 81.1* «*Arthrodèse et arthrorise du pied et de la cheville,...*», 77* «*Ostéotomie...*», 83* «*Transfert de tendon*». Ces cas sont sous-rémunérés dans les DRG I20B et I20C. La demande portait sur la revalorisation de cette figure de cas au moyen d'un split des DRG I20B et I20C ou d'une revalorisation dans le DRG I20A.

- Des codes ont été supprimés de la logique multiple pour les DRG I20B et I20C: 81.1* «*Arthrodèse et arthrorise du pied et de la cheville,...*», 79.17.10-19 «*Réduction fermée de fracture du calcanéum par fixation interne*», 78.38.10-99 «*Allongement d'os, calcanéum, os du tarse et du métatarse*».
- Pour cela, l'ajout de ces codes dans le tableau sans autre condition pour le DRG I20B/C a été initié.
- Suite à ce changement, certains cas avec un diagnostic particulier se retrouvent désormais dans le DRG I20A. Les cas de «*paralysie cérébrale*» sont désormais également regroupés dans le DRG I20A.
- En revanche, le tableau avec les codes CIM «*Arthrite/ostéomyélite*» a été supprimé du DRG I20A.

Suite au traitement d'une remarque d'utilisateur, une surévaluation du code CHOP pour la «*section de capsule articulaire, de ligament ou de cartilage sur...*» a été identifiée dans certains DRG de base de la MDC 08.

- Désormais, les codes CHOP 80.47* «*Section de capsule articulaire... cheville*», 80.41* «*Section de capsule articulaire... épaule*» et 80.49.10 «*Section de capsule articulaire... articulation sternoclaviculaire [L]*» sont regroupés dans le DRG de base I59 «*Autres interventions sur les membres inférieurs et l'humérus ou interventions moyennement complexes sur l'articulation du coude et l'avant-bras*».
- Dans le DRG de base I21 «*Interventions particulières sur l'articulation de la hanche et le fémur*», les codes CHOP 80.45 «*Section de capsule articulaire... hanche*», 80.49.20 «*Section de capsule articulaire... articulation sacro-iliaque*» et 80.49.30 «*Section de capsule articulaire... symphyse*» sont désormais également représentés de manière adéquate.
- Les codes CHOP des groupes CHOP avec «*sans autre précision*» ont été dépréciés et n'ont pas de pertinence pour le regroupement.

Lors d'un échange, un utilisateur a indiqué que les cas comprenant une néoformation maligne de l'épaule dans le DRG I29C «*Interventions complexes sur l'omoplate, la clavicule, les côtes ou l'épaule*» étaient sous-rémunérés. La longue durée de l'opération, en particulier, se répercute sur les coûts.

- Suite aux simulations effectuées, le tableau de diagnostic «*Tumeurs malignes du tissu conjonctif*» a été intégré dans le split pour le DRG I29B. Ces cas sont ainsi revalorisés.

Sur la base des données de 2022, certaines conditions de split dans le DRG de base I30 «*Interventions complexes sur l'articulation du genou*» se sont révélées ne plus être des caractéristiques séparatrices de coûts.

- Ainsi, la condition de split «*Interventions particulières ou procédés particuliers*» pour le DRG I30B a été supprimée et l'«*âge < 16 ans*» a été augmenté à «*âge < 18 ans*».
- Ces changements ont permis d'obtenir une représentation adéquate des interventions complexes au genou dans le DRG de base I30.

Dans le DRG de base I31 «*Interventions complexes sur le coude et l'avant-bras*», les conditions de split ne sont pas non plus apparues comme des caractéristiques clairement séparatrices de coûts.

- Les DRG I31A et I31B ont été fusionnés pour former le DRG I31A «*Interventions complexes sur le coude et l'avant-bras avec intervention bilatérale ou en plusieurs temps ou intervention sur plusieurs localisations ou intervention particulière ou procédé particulier*».

En outre, les données 2022 ont montré que le DRG I68B et le DRG I68C présentaient des coûts similaires et que la condition de split «*Diagnostic complexe ou paraplégie/tétraplégie ou CC extrêmement sévères*» n'était plus une caractéristique séparatrice de coûts.

- Les DRG I68B et I68C ont été fusionnés pour former le DRG I68B «*Affections et blessures dans la région de la colonne vertébrale traitées de manière non opératoire avec CC sévères ou paraplégie/tétraplégie*».

Dans le cadre d'un échange en cours d'année, nous avons été informés qu'il y avait des cas d'hallux valgus dans la partition médicale qui étaient mieux évalués dans le DRG de base I76 «*Autres affections du tissu conjonctif...*» que des cas avec intervention chirurgicale dans le DRG de base I20 «*Interventions sur le pied...*».

- Le déplacement des codes CIM M20.- «*Hallux; autres déformations du pied*» et M21.- «*Déformation en valgus ou en flexion, déformations acquises*» dans le DRG de base I69 «*Maladies des os et arthropathies...*» permet d'obtenir une rémunération adéquate des cas avec et sans intervention.

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

Un demandeur a attiré notre attention sur le fait que, lors des interventions correctives post-bariatrique, une réduction de tissu adipeux est de plus en plus souvent réalisée sur plusieurs localisations ou de manière bilatérale et que cela n'est pas représenté de manière appropriée dans le DRG J10A.

- Dans les données de 2022, les réductions de tissu adipeux sur plusieurs localisations ou bilatérales étaient clairement identifiables comme des séparateurs de coûts.
- La condition de split pour le DRG J10A a été modifiée de telle sorte que seules les réductions de tissu adipeux bilatérales ou sur plusieurs localisations soient désormais regroupées dans ce DRG.
- Les réductions de tissu adipeux unilatérales ne sont pas représentées de manière adéquate et adaptée aux coûts dans le DRG J10B.

Deux codes CIM de la MDC 09 ont été identifiés comme n'étant pas représentés de manière adéquate et nécessitant une adaptation.

- En conséquence, le code CIM Z42.1 «*Soins de contrôle comprenant une opération plastique du sein*» a été supprimé du tableau de diagnostics principaux J01-1 pour les néoplasmes malins du DRG de base J01, car il n'est pas possible de lui accorder la même pertinence qu'aux autres diagnostics de néoplasme malin.
- Le code CIM C79.2 «*Tumeur maligne secondaire de la peau*» a été supprimé du tableau AND NOT J24-1 du DRG J24 «*Interventions sur la glande mammaire sauf lors de néoplasme malin*».

Concernant le développement de la structure tarifaire, des cas non représentés de manière conforme aux coûts ont été identifiés dans le DRG de base J61 «*Affections sévères ou moyennement sévères de la peau, plus d'un jour d'hospitalisation ou ulcère cutané lors de paraplégie/tétraplégie*».

- Les analyses ont montré que les cas présentant une paraplégie ou une tétraplégie ou des CC extrêmement sévères sont représentés de manière appropriée dans le DRG J61A.
- Jusqu'à présent, les cas d'épidermolyse les plus sévères n'étaient regroupés dans le DRG J61A qu'en combinaison avec d'autres conditions.
- Cette condition de split a été adaptée et désormais les épidermolyses les plus sévères ou les CC extrêmement sévères sont regroupées dans le DRG J61A sans autres conditions.
- Les cas avec des affections sévères de la peau sont regroupés dans le DRG J61B.
- La représentation des cas au sein du DRG de base J61 a pu être améliorée grâce à ces restructurations.

3.2.13. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques MDC 10

Au cours des analyses, des cas combinant un diagnostic principal dans le domaine E02-E05.- «*Hyperthyroïdie*» ou E06.3 «*Thyroidite auto-immune*» et la procédure 16.98.20 «*Décompression osseuse de l'orbite*» ont attiré notre attention. Ces cas ont été affectés à tort au DRG de base 901.

- Les cas de figure décrits ont été intégrés comme nouvelle condition dans le DRG de base K09, si bien que ceux-ci sont désormais regroupés dans le DRG K09A ou le DRG K09B en fonction de leur codage.

Les DRG K60B et K60C présentaient des coûts similaires sur la base des données de l'année 2022. Les conditions de split se sont révélées ne plus être une caractéristique clairement séparatrice des coûts.

- Ainsi, les DRG K60B et K60C ont été fusionnés pour former le DRG K60B «*Diabète sucré ou troubles nutritionnels sévères avec CC extrêmement sévères, ou diabète sucré avec diagnostic de complication ou avec évaluation en vue d'une transplantation ou âge < 6 ans ou âge < 16 ans avec CC sévères ou diagnostic particulier ou paraplégie/tétraplégie*».

Un demandeur a fait remarquer que les deux codes de diagnostic principal E87.1 «*Hypo-osmolalité et hyponatrémie*» et E22.2 «*Syndrome de sécrétion anormale de l'hormone antidiurétique*» (SIADH) conduisent à deux DRG différents, à savoir les DRG de base K62 et K64. En raison de la difficulté clinique que représente la distinction de ces deux diagnostics et de leurs éventuelles formes mixtes, des ambiguïtés apparaissent lors du codage.

Il a été demandé d'adapter la logique du Groupeur de manière à ce que les deux diagnostics conduisent au même DRG de base.

- Des analyses ont montré que les cas avec E87.1 «*Hypo-osmolarité et hyponatrémie*», qui étaient auparavant attribués au DRG K62, sont représentés de manière adéquate dans le DRG K64.
- Par conséquent, E87.1 «*Hypo-osmolarité et hyponatrémie*» est désormais attribué au DRG K64, si bien que les deux codes CIM sont à présent regroupés dans le DRG de base K64.

3.2.14. Maladies et troubles des organes urinaires MDC 11

Un utilisateur a demandé un examen de l'homogénéité dans le DRG L18B «*Interventions transurétrales et percutanées transrénales complexes et autres interventions rétropéritonéales sans lithotripsie extracorporelle par ondes de choc (LECO)*». Un split par PCCL ou la néphrostomie percutanée ont été proposés comme séparateurs de coûts.

- Finalement, le DRG L18B a pu être divisé au moyen du nouveau tableau L18-4 avec les codes CHOP 55.02-55.04 «*Néphrostomie*».
- En outre, un autre groupe de cas a été identifié comme étant coûteux. Les enfants avec «*âge < 18 ans*» sont désormais regroupés dans le DRG L18A.

Nous avons également reçu une demande d'exception de réadmission pour le DRG L20 «*Interventions transurétrales...*». Il s'agissait du retrait de calculs rénaux au moyen de stents urétéraux, une procédure qui se fait en deux séjours. Dans un premier temps, un stent urétéral est placé dans le bassin et, dans un deuxième temps, les calculs peuvent être retirés chirurgicalement. Suite à ces deux séjours, un regroupement de cas a lieu, ce qui entraîne une rémunération inférieure.

- La pose du stent urétéral est représentée par le code CHOP 59.8X.10 «*Cathétérisme de l'uretère, insertion transurétrale*». L'extraction du calcul rénal est représentée par le code CHOP 56.0X.10 «*Désobstruction transurétrale de l'uretère et du bassin, extraction de calcul urinaire*».
- À la place d'une exception de réadmission, un nouveau DRG a été établi pour représenter les deux interventions.
- Un nouveau split du DRG L20B avec la condition «*Intervention transurétrale en plusieurs temps*» avec les groupes de codes CHOP 59.8X* «*Cathétérisme de l'uretère*» et 56.0X* «*Désobstruction transurétrale de l'uretère et du bassin*» permet une représentation adaptée et conforme aux coûts de ces cas.

Une demande décrit une sous-rémunération des cas dans le DRG L70C qui contiennent le code CHOP 55.23 «*Biopsie fermée [percutanée] [à l'aiguille] du rein*».

- Nos analyses ont confirmé cette observation et ont également mis en évidence d'autres codes CHOP anormaux.
- Sur la base du tableau des procédures L70-2, les interventions modérées sur les organes urinaires ont été revalorisées dans le DRG L70B. Celui-ci contient des codes CHOP particuliers du groupe 55* «*Opérations du rein*», 57* «*Opérations de la vessie*» et 59* «*Autres opérations de voie urinaire*».
- En outre, le split pédiatrique «*âge < 16 ans*» a été revalorisé en passant du DRG L70B au DRG L70A, car ces cas entraînent une consommation de ressources encore plus élevée. Ce changement a entraîné une représentation adéquate de tous les cas.

3.2.15. Maladies et troubles des organes génitaux masculins MDC 12

Les codes CHOP pour les biopsies du scrotum et de la tunique vaginale étaient jusqu'à présent représentés dans la MDC 10.

- Pour une meilleure homogénéité médicale et une représentation adéquate, ces biopsies ont été en plus intégrées dans la MDC 12 et le DRG de base M04 «*Interventions sur le testicule*».

3.2.16. Grossesse, naissance et suites de couches MDC 14

Dans le cadre de la procédure de demande, un utilisateur a souhaité la dépréciation du code CIM O63.1 «*Prolongation de la deuxième période [expulsion]*», car selon lui, l'utilisation supplémentaire de ressources n'est dans de nombreux cas pas évidente et transparente (seulement un peu plus de 60 minutes ou en cas de péridurale).

- Une dépréciation du groupe de codes CIM O63* «*Travail prolongé*» dans la structure tarifaire ne s'est pas avérée appropriée.
- Une surévaluation des codes CHOP du groupe de codes 66* «*Opérations de trompe de Fallope*» avec les désignations supplémentaires «*sans autre précision*» a cependant pu être identifiée. Ces codes CHOP ont été dépréciés.
- En outre, les analyses ont révélé que le code CHOP 75.62 «*Réparation de déchirure obstétricale récente du rectum et du sphincter anal*» n'était pas évalué de la même manière que les autres codes CHOP de ce groupe. Il a donc été mis au même niveau et ainsi revalorisé.

- SwissDRG SA a en outre soumis une demande au groupe de travail Manuel de codage en vue d'une détermination de caractéristiques minimales particulières pour le codage du groupe CIM O63* «*Travail prolongé*».

Un autre utilisateur nous a demandé en revanche de revaloriser le groupe CIM O68 «*Travail et accouchement compliqués d'une détresse fœtale*», car les cas avec ces diagnostics sont sous-rémunérés dans le DRG O60D.

- Nos analyses sur la base des données de 2022 ont confirmé cette observation.
- L'ajout des codes CIM O68.0-O68.8 dans la matrice CC au niveau 1 et un nouveau split par PCCL > 2 pour le DRG O60C a permis d'obtenir une représentation adéquate de ces cas sous-rémunérés.

Jusqu'à présent, les opérations de la vulve et du périnée étaient représentées avec les codes 71.79-71.9 uniquement dans la MDC 13 «*Maladies et troubles des organes génitaux féminins*».

- Pour une meilleure homogénéité médicale, ces codes CHOP ont désormais été ajoutés également dans la MDC 14 pour le DRG de base O02 «*Accouchement par voie basse avec intervention coûteuse ou procédure particulière avec diagnostic particulier*».

Les nombreuses analyses concernant la tumor board ont permis de constater, entre autres, que les codes CHOP pour les «*procédures sur le fœtus*» ne sont pas représentés de manière uniforme.

- De nombreuses analyses et simulations ont été réalisées. Il s'est avéré que certaines procédures coûteuses n'étaient pas pertinentes pour le regroupement et que d'autres procédures étaient surévaluées. Cette situation a nécessité une correction des tableaux:
- Les codes CHOP portant la désignation supplémentaire «*sans autre précision*» et le code CHOP 69.93 «*Insertion de laminaire*» ont été dépréciés.
- Les codes CHOP suivants ont en outre été ajoutés dans le tableau pour les «*procédures intra-utérines*» et sont représentés dans le DRG O02A:
 - 75.B1.12 «*Amniocentèse guidée par échographie*»
 - 75.B1.14 «*Biopsie des villosités chorales*»
 - 75.B1.99 «*Interventions diagnostiques sur le fœtus et l'amnios, guidées par échographie, autre*»
 - 75.C1.99 «*Administration de médicaments systémiques au fœtus, autre*»
 - 75.C7 «*Fœticide sélectif guidé par échographie lors de jumeaux monochoriaux*»
 - 75.D3 «*Fœticide sélectif fœtoscopique lors de jumeaux monochoriaux*»
 - 75.F1 «*Interruption de grossesse par injection intra-amniotique*»
 - 75.F2 «*Fœticide par injection intracardiaque guidée par échographie*»
 - 75.F9 «*Interventions fœticides, autre*»
- Les codes CHOP suivants ont été revalorisés dans le DRG de base O01:
 - 75.B1.13 «*Ponction du fœtus guidée par échographie*»
 - 75.B1.15 «*Cystoscopie fœtale guidée par échographie*»
 - 75.B2.11 «*Endoscopie diagnostique chez le fœtus*»
 - 75.B2.12 «*Laryngoscopie et trachéoscopie chez le fœtus*»
 - 75.B2.21 «*Biopsie fœtoscopique sur le fœtus*»
 - 75.B2.99 «*Interventions diagnostiques fœtoscopiques sur le fœtus, autre*»
 - 75.C5 «*Instillation locale de médicaments chez le fœtus, guidée par échographie*»
 - 75.E1 «*Intervention chirurgicale à utérus ouvert, pour l'excision de tissu fœtal*»
 - 75.E2 «*Intervention chirurgicale à utérus ouvert, pour une reconstruction plastique sur le fœtus*»
 - 75.E9 «*Interventions chirurgicales ouvertes sur le fœtus, autre*»

Les données de 2022 ont fait apparaître que le DRG O04Z ne contenait plus que quelques cas et que les coûts correspondaient à ceux du DRG O40Z.

- La logique du DRG de base O40 a été déplacée dans la logique du DRG de base O04. Ainsi, ces deux DRG de base ont ainsi été fusionnés pour devenir le DRG de base O04 «Hospitalisation après accouchement ou avortement avec procédure opératoire».
- Le DRG de base O40 «Avortement ou hystérotomie, curetage» a été supprimé.

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

Un demandeur a fait état de cas ayant comme diagnostic principal le code CIM U10.9 «*Syndrome inflammatoire multisystémique associé à la COVID-19, sans autre précision*» qui, dans la plupart des cliniques, sont rémunérés de manière déficitaire. Il a été demandé d'examiner une revalorisation dans le DRG Q60A au sein de la MDC 16.

- Jusqu'à présent, les cas avec ce diagnostic principal n'étaient regroupés dans le DRG Q60A qu'avec des conditions particulières.
- La condition de split dans le code Q60A a été adaptée. Ainsi, les cas avec «*Diagnostic principal U10.9 et plus d'un jour d'hospitalisation*» sont désormais regroupés dans ce DRG où ils obtiennent une rémunération adéquate.

Selon une autre demande, les cas du DRG Q61B seraient déficitaires, raison pour laquelle les diagnostics du chapitre III de la CIM-10-GM ainsi que Z94.81 «*État consécutif à une transplantation de cellules-souches hématopoïétique avec immunosuppression actuelle*» devraient être examinés en vue d'une revalorisation.

- Les codes CIM Z94.80 «*État consécutif à une transplantation de cellules-souches hématopoïétique sans immunosuppression actuelle*» et Z94.81 «*État consécutif à une transplantation de cellules-souches hématopoïétique avec immunosuppression actuelle*» ont été revalorisés en tant que diagnostics supplémentaires en lien avec la caractéristique «plus d'un jour d'hospitalisation» dans le DRG Q61A.
- Après analyse des diagnostics du chapitre III de la CIM-10-GM, le DRG Q61B a été divisé. Les codes CIM suivants sont regroupés dans le nouveau DRG Q61B:
 - D69.0 «*Purpura allergique*»
 - D69.1 «*Modifications qualitatives des plaquettes*»
 - D69.3 «*Purpura thrombopénique idiopathique*»
 - D69.40 «*Autres thrombopénies primaires, qualifiées de réfractaires aux transfusions*»
 - D69.57 «*Autres thrombopénies secondaires, qualifiées de réfractaires aux transfusions*»
 - D70.0 «*Agranulocytose et neutropénie congénitale*»
 - D70.11 «*Agranulocytose et neutropénie dues à un médicament: Phase critique de 10 à moins de 20 jours*»
 - D70.12 «*Agranulocytose et neutropénie dues à un médicament: Phase critique de 20 jours ou plus*»
 - D70.13 «*Agranulocytose et neutropénie dues à un médicament: Phase critique de 4 à moins de 7 jours*»
 - D70.14 «*Agranulocytose et neutropénie dues à un médicament: Phase critique de 7 à moins de 10 jours*»
 - D70.6 «*Autre neutropénie*»
 - D71 «*Anomalies fonctionnelles des granulocytes neutrophiles*»
 - D72.0 «*Anomalies génétiques des leucocytes*»
 - D73.0 «*Hyposplénisme*»

- D73.1 «Hypersplénisme»
- D73.2 «Splénomégalie congestive chronique»
- D73.3 «Abcès de la rate»
- D73.5 «Infarctus de la rate»
- D74.0 «Méthémoglobinémie congénitale»
- En raison du split du DRG Q61B, le DRG Q61B existant devient le DRG Q61C.

Lors des analyses relatives à la tumor board et aux revalorisations et dépréciations de biopsies, nous avons remarqué d'autres cas avec un jour d'hospitalisation sous-rémunérés dans le DRG Q86B.

- Ces cas présentaient une utilisation supplémentaire de ressources en raison de biopsies fermées.
- La réalisation d'une biopsie fermée a été revalorisée par une condition de split supplémentaire pour le DRG Q86A «Maladies du sang, des organes hématopoïétiques et du système immunitaire avec intervention particulière ou âge < 16 ans, un jour d'hospitalisation».
- Il a ainsi été possible d'obtenir une représentation plus pertinente des cas au sein de DRG de base Q86 «Maladies du sang, des organes hématopoïétiques et du système immunitaire, un jour d'hospitalisation».

3.2.18. Néoplasmes hématologiques et solides MDC 17

Un utilisateur a demandé la dépréciation du code CIM C92.01 «Leucémie myéloblastique aiguë [LMA]: en rémission complète» dans la matrice CC, car l'utilisation de ressources liée à une rémission complète de la maladie n'est pas quantifiable.

- Une dépréciation générale du code CIM C92.01 dans la matrice CC ne s'est pas avérée appropriée.
- Les analyses ont toutefois montré qu'une uniformisation du niveau CC du code CIM C92.01 dans la partition opératoire au niveau 2 et dans la partition médicale/autre au niveau 1 permettait de représenter les cas de manière plus appropriée.
- Dans le cadre des analyses, il est également apparu que les groupes CIM J12 «Pneumonies virales, non classées ailleurs» et B20-23 «Maladie due au VIH» ne sont pas définis comme «Diagnostic complexe» pour les leucémies.
- La revalorisation de ces codes CIM dans la condition pour le déplacement depuis la pré-MDC vers la MDC 17 a permis de revaloriser les cas sous-rémunérés.
- En raison de la pertinence du groupe CIM C92-C95 «Leucémies» pour le regroupement dans la MDC 17, ces codes CIM ont été dépréciés dans la matrice CC de la MDC 17.

Au cours de la procédure de demande, un manque d'homogénéité des coûts dans le DRG de base R01 «Interventions opératoires pour néoplasmes hématologiques et solides...» et en particulier dans le DRG R01C nous a été indiqué. Le demandeur a mentionné les diagnostics principaux et certaines procédures, ainsi que la chimiothérapie comme caractéristiques séparatrices des coûts.

- Les diagnostics et procédures indiqués par le demandeur ne se sont pas révélés être à eux seuls des séparateurs de coûts.
- Les analyses ont cependant permis d'identifier des procédures opératoires particulières en plusieurs temps et des chimiothérapies comme séparateurs de coûts.
- Ainsi, les cas avec «Procédures opératoires particulières en plusieurs temps» sont désormais regroupés dans le DRG R01A.
- Les chimiothérapies moyennement et hautement complexes ont été revalorisées dans le DRG R01B.
- Une revalorisation des chimiothérapies dans le DRG R01A n'était pas adéquate et le nombre de cas était trop faible pour un DRG spécifique.

- Il s'est ensuite avéré que les conditions de split pour le DRG R01B n'étaient plus séparatrices de coûts, les DRG R01B et R01C ont ainsi été fusionnés pour former le R01B «*Interventions opératoires pour néoformations hématologiques et solides et plus d'un jour d'hospitalisation avec procédure complexe ou de complication ou CC extrêmement sévères ou lymphadénectomie ou chimiothérapie complexe ou âge < 18 ans*».

Dans une autre demande, un utilisateur a souhaité que la représentation du traitement intensif dans le DRG R61A soit vérifiée.

- Dans les analyses, nous avons constaté une sous-rémunération des cas avec un traitement complexe de soins intensifs > 184 points ou avec un PCCL > 3.
- Le DRG R61A existant a été divisé et un nouveau DRG R61A «*Lymphome et leucémie non aiguë avec dialyse ou isolement protecteur à partir de 7 jours de traitement ou acte diagnostique complexe ou âge < 8 ans, et procédure de complication ou diagnostic de complication ou traitement complexe de soins intensifs > 184 points ou CC extrêmement sévères, plus d'un jour d'hospitalisation*» a été établi.

Les DRG R62B et R62C présentaient des coûts similaires sur la base des données de l'année 2022 pour toute la Suisse. Les conditions de split existantes se sont révélées ne plus être une caractéristique séparatrice des coûts.

- Les DRG R62B et R62C ont été fusionnés pour former le DRG R62B «*Autres néoformations hématologiques et solides, plus d'un jour d'hospitalisation*».
- En outre, les cas avec une paraplégie/tétraplégie sans autres conditions sont désormais regroupés dans le DRG R62A «*Autres néoformations hématologiques et solides avec diagnostic de complication ou procédure de complication ou situations coûteuses pour néoformation maligne ou âge < 18 ans et ostéolyses ou CC extrêmement sévères, ou paraplégie/tétraplégie, plus d'un jour d'hospitalisation*».

Selon les données de 2022, les DRG R63C et R63D présentaient un faible nombre de cas dans le DRG de base R63 «*Autre leucémie aiguë, plus d'un jour d'hospitalisation*».

- Les DRG R63C et R63D ont donc été fusionnés pour former le DRG R63C «*Autre leucémie aiguë, plus d'un jour d'hospitalisation avec CC extrêmement sévères ou dialyse ou acte diagnostique ou diagnostic complexe ou âge < 1 an ou âge < 18 ans avec chimiothérapie complexe*».
- Les cas pédiatriques avec une chimiothérapie ont ainsi été revalorisés.

3.2.19. Maladies infectieuses et parasitaires MDC 18B

Un demandeur nous a fait remarquer que dans le DRG de base T36 «*Maladies infectieuses et parasitaires avec traitement complexe de soins intensifs > 392/552 points ou...*» seuls les séjours en unité de soins intensifs sont pris en compte, tandis que les séjours en unité de soins intensifs et en unité de soins intermédiaires avec la logique dite de step down/step up ne sont pas représentés de manière adéquate.

- Nos analyses ont confirmé une sous-rémunération de cas avec un traitement complexe de soins intensifs à partir de 784/828 points et de cas pris en charge en USI et en U-IMC.
- Le nombre minimal de points de traitement complexe de soins intensifs pour le DRG T36B a donc été abaissé à > 784/828 points et une nouvelle logique a été établie avec la logique de step down/step up de traitement complexe de soins intensifs > 392/552 points avec traitement complexe en unité de soins intermédiaires > 197-392/185-552 points pour le DRG T36B.
- Les cas avec uniquement des points de traitement complexe de soins intensifs > 980/1104 sont désormais regroupés dans le DRG T36A.

Suite aux restructurations dans le DRG de base A95 «*Réadaptation gériatrique aiguë à partir de 7 jours de traitement*», il est apparu que les critères de split pour le DRG T63A ne sont plus séparateurs de coûts.

- Ainsi, les DRG T63A et T63B ont été fusionnés pour former le DRG T63A «*Affection virale pour état après transplantation d'organe ou diagnostic aggravant ou infections avec cytomégalo virus ou isolement de contact à partir de 7 jours de traitement*».

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

Les données de 2022 ont fait apparaître que le DRG X07A ne contenait plus que quelques cas et que les coûts correspondaient à ceux du DRG X33Z.

- Ainsi, les conditions pour le DRG de base X33 ont été déplacées dans le DRG de base X07 et dans la condition de split pour le DRG X07A. Les cas y sont représentés de manière adéquate et conforme aux coûts.
- Le DRG de base X33 «*Procédures opératoires complexes en plusieurs temps pour blessures, empoisonnements et effets toxiques dus aux drogues et médicaments*» a été supprimé.
- Le DRG X07A s'intitule désormais «*Réimplantation lors d'une amputation traumatique avec réimplantation de plus d'un orteil ou de plus d'un doigt ou procédures opératoires complexes en plusieurs temps ou traitement sous vide complexe ou traitement sous vide avec intervention particulière*».

3.2.21. 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 136 010 101,84 au total a été entrepris pour 28 609 cas issus des données de calcul.

3.2.22. Rémunérations supplémentaires – modifications

Les rémunérations supplémentaires CHOP suivantes ont été établies:

- Dialyse péritonéale, intermittente
- Utilisation d'un appareil pour la fixation d'un stent
- Implantation ou remplacement d'une pompe de perfusion totalement implantable pour perfusion intrathécale et épidurale

Désormais, les rémunérations supplémentaires pour les pompes intravasculaires du ventricule gauche sont différenciées en fonction du pompage potentiel. En outre, la rémunération supplémentaire ZE-2025-73 a été étendue vers le bas. Désormais, une rémunération supplémentaire pour le traitement de soins infirmiers complexes est déclenchée à partir de 26 points de dépense.

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

- Andexanet alfa, voie intraveineuse
- Bezlotoxumab, voie intraveineuse
- Capmatinib, voie orale
- Delandistrogène moxeparvovec, voie intraveineuse
- Durvalumab, voie intraveineuse
- Elexacaftor, tezacaftor et ivacaftor, voie orale
- Émicizumab, voie sous-cutanée

- Etranacogene dezaparvovec, voie intraveineuse
- Exagamglogene autotemcel, voie intraveineuse
- Giltéritinib, voie orale
- Glofitamab, voie intraveineuse
- Idarucizumab, voie intraveineuse
- Imlifidase, voie intraveineuse
- Mosunétuzumab, voie intraveineuse
- Nirsévimab, voie intramusculaire (sous réserve de l'adaptation de l'OPAS et de l'ajout dans la LS)
- Pémigatinib, voie orale
- Polatuzumab védotine, voie intraveineuse
- Ponatinib, voie orale
- Tabécleucel, voie intraveineuse
- Tafamidis, voie orale
- Tagraxofusp, voie intraveineuse
- Talquetamab, voie intraveineuse
- Tébentafusp, voie intraveineuse

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

- Iloprost, CVT, en inhalation
- Posaconazole, suspension, voie orale
- Rituximab, voie sous-cutanée

Dans le même temps, les modes d'administration ou les indications supplémentaires ont été modifiés pour les médicaments suivants:

- Iloprost (outre l'administration par voie intraveineuse, désormais également en inhalation, et les deux indications supplémentaires ont été supprimées)
- Posaconazole (les indications supplémentaires comprimé/capsule et suspension ont été supprimées pour l'administration par voie orale)
- Rituximab (en plus du mode d'administration par voie intraveineuse, désormais aussi par voie sous-cutanée)

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

- Abatacept, voie sous-cutanée
- Adalimumab, voie sous-cutanée/intraveineuse
- Argatroban, voie intraveineuse
- Caplacizumab, voie intraveineuse/sous-cutanée
- Dabrafénib, voie orale
- Daratumumab, voie sous-cutanée
- Eculizumab, voie intraveineuse
- Hémine, voie intraveineuse
- Immunoglobuline de l'hépatite B, voie intraveineuse/sous-cutanée/intramusculaire
- Iloprost, voie intraveineuse, en inhalation
- Infliximab, voie intraveineuse/sous-cutanée
- Macitentan, voie orale
- Osimertinib, voie orale
- Palbociclib, voie orale
- Riociguat, voie orale
- Sofosbuvir et velpatasvir, CEP, voie orale

- Tocilizumab, voie sous-cutanée
- Tramétinib, voie orale
- Ustékinumab, voie sous-cutanée
- Vémurafénib, voie orale
- Facteur de Von Willebrand, voie intraveineuse

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

- Argatroban, voie intraveineuse
- Azacitidine, voie sous-cutanée/intraveineuse
- Décitabine, voie intraveineuse
- Ibrutinib, voie orale
- Isavuconazole, voie orale
- Lénalidomide, voie orale
- Létermovir, voie intraveineuse/orale
- Osimertinib, voie orale
- Palbociclib, voie orale
- Pémétrexed, voie intraveineuse
- Riociguat, voie orale
- Thiotépa, voie intraveineuse
- Vénétoclax, voie orale
- Facteur de Von Willebrand, voie intraveineuse
- Voriconazole, voie orale

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

- Facteur IX de coagulation, CAI, voie intraveineuse (ajout d'une classe posologique pédiatrique)
- Facteur XIII de coagulation, voie intraveineuse (ajout d'une classe posologique pédiatrique avec un âge supplémentaire)
- Létermovir, voie intraveineuse/orale (ajout d'une classe posologique pédiatrique)
- Posaconazole, voie orale (limite inférieure de la classe posologique pédiatrique augmentée)
- Vénétoclax, voie orale (ajout de classes posologiques pédiatriques)
- Voriconazole, voie orale (suppression de classes posologiques pédiatriques)

Les classes posologiques moyennes ont été modifiées pour les rémunérations supplémentaires suivantes:

- Infliximab, voie intraveineuse/sous-cutanée
- Palbociclib, voie orale
- Facteur de Von Willebrand, voie intraveineuse

4. Méthode de calcul

Par rapport à la version 13.0, la méthode de calcul a été légèrement adaptée pour la version 14.0. Si la borne inférieure et la borne supérieure de durée de séjour (BSS) sont identiques sur deux jours, la BSS calculée est désormais augmentée d'un jour. Cela permet d'assurer une rémunération forfaitaire au sein d'un intervalle d'inlier de plusieurs jours pour tous les DRG concernés.

4.1. Détermination des cost-weights

Pour la version SwissDRG 14.0, 1071 DRG ont été calculés dans le résultat sur la base des données suisses.

Pour 17 DRG, les données de l'année 2021 ont également été utilisées en raison d'un nombre trop faible de cas. Pour huit autres DRG, des cas issus de trois années de données (2022/2021/2019) 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 2023 des données 2022 comprend 96,0% 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 14.0 soit identique à la somme des cost-weights effectifs de ces cas avec la version 13.0:

$$\text{Casemix}_{\text{Version 14.0}}^{\text{Données 2022}} = \text{Casemix}_{\text{Version 13.0}}^{\text{Données 2022}}$$

La valeur de référence pour la version SwissDRG 14.0 s'élève à CHF 10 715. Pour la version 13.0, une valeur de référence de CHF 10 617 a été déterminée.

4.3. Calcul des suppléments et réductions

Les suppléments et réductions pour la version 14.0 sont calculés selon la même méthode que pour la version 13.0.

722 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 14.0, il en résulte 186 DRG implicites d'un jour d'hospitalisation, contre 184 DRG implicites d'un jour d'hospitalisation pour la version 13.0.

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 14.0.

Données

Les données 2022 ont été utilisées pour la version 14.0. Les données globales de la statistique médicale de l'Office fédéral de la statistique contenaient les données de 187 hôpitaux de médecine somatique aiguë. L'échantillon des hôpitaux du réseau SwissDRG est de 152.

Tableau 1: Nombre d'hôpitaux

	Version 14.0 Données 2022	Version 13.0 Données 2021
Hôpitaux du réseau	152	149
Données globales	187	189

Au total, 1 235 163 cas pertinents pour le système SwissDRG ont été fournis par les hôpitaux du réseau, ce qui correspond à tout juste 96,0% des cas suisses de médecine somatique aiguë.

Tableau 2: Nombre de cas livrés

		Version 14.0 Données 2022	Version 13.0 Données 2021
Hôpitaux du réseau	<i>Livrés</i>	1 243 232	1 201 565
	<i>Domaine d'application SwissDRG</i>	1 235 163	1 197 531
Données globales	<i>Livrés</i>	1 287 973	1 258 124
	<i>Domaine d'application SwissDRG</i>	1 287 215	1 257 147

Pour la version 14.0, 24 709 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 particulières pouvant empêcher une exclusion. Pour la version 13.0, 23 264 cas privés ou semi-privés avaient été exclus.

Durant la phase de contrôle de la plausibilité, 102 898 cas (8,5% de la base de données avant contrôle de la plausibilité) ont été identifiés comme non plausibles. 14 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 14.0. Ainsi, 89,0% des cas livrés à SwissDRG SA pour le perfectionnement de la structure tarifaire ont pu être utilisés.

Le calcul des cost-weights pour la version 14.0 a été réalisé sur 1 107 072 cas de l'année 2022 plus 601 cas de l'année 2021 et 163 cas de l'année 2019.

Tableau 3: Érosion des données

Total des données	Relevé SwissDRG	
1 287 973	1 243 232	Cas livrés
↓	↓	- 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 naissances)
	↓	- 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)
		+ 601 cas provenant des données 2021 + 163 cas provenant des données 2019

} Développement du système

Nombre de DRG

Tableau 4: Nombre de DRG et rémunérations supplémentaires

	Version 14.0 Données 2022	Version 13.0 Données 2021
Nombre total de DRG	1071	1082
DRG facturables	1067	1078
DRG pour maisons de naissance	8	8
DRG non évalués, annexe 1	0	0
Rémunérations supplémentaires évaluées, annexe 2	189	165
Rémunérations supplémentaires non évaluées, annexe 3	1	1

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 12.0, 13.0 et 14.0, respectivement sur la base des données 2022. 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 2022

Version du Grouper	Année des données	Tous les cas	Inliers (selon V14.0)
V14.0	2022	0,763	0,861
V13.0	2022	0,753	0,842
V12.0	2022	0,742	0,825

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.