

14.04.2025

Aperçu des axes de développement de la version 15.0

Pour le développement de la version tarifaire 15.0 sur la base des données de toute la Suisse de l'année 2023, les priorités suivantes ont été fixées :

- Représentation des cas avec un traitement complexe de soins intensifs ou de soins intermédiaires.
- Dans le domaine de la pédiatrie, les splits pédiatriques existants ainsi que les nouveaux ont été examinés et adaptés si nécessaire. Une attention particulière a été accordée à la représentation des enfants atteints de maladies génétiques ou de malformations congénitales.
- Différenciation supplémentaire de la matrice CC.
- Pour une meilleure représentation des cas coûteux, on peut souligner la révision de la représentation des cas avec traumatisme multiple ainsi qu'avec transplantations ou avec l'utilisation de thérapies cellulaires CAR-T ou TIL.
- Dans le domaine de la médecine palliative, l'établissement d'une rémunération supplémentaire en dissolvant le DRG de base A97 a fait l'objet d'un examen approfondi.

Les analyses de la méthode de calcul n'ont révélé aucun besoin d'adaptation. Pour cette raison, dans la version 15.0 aucune modification n'a été apportée à la méthode.

Médecine intensive

Dans le cadre du développement de la version 14.0, des analyses approfondies ont été réalisées sur les points de dépense pour les nouveau-nés et les enfants hospitalisés dans une unité de soins intensifs et/ou intermédiaires. Les données de l'année 2022 ont permis de saisir pour la première fois des points de dépense faibles différenciés (« *TC de SI/TC en U-IMC NN/enfants < 196 points* ») pour les nouveau-nés et les enfants et de vérifier leur pertinence pour le regroupement.

Dans le prolongement de ces simulations, les données 2023 ont permis de procéder à un examen détaillé supplémentaire des cas avec un court séjour en USI/U-IMC. En conséquence, une meilleure représentation de ces cas de traitement a été obtenue dans un très grand nombre de DRG dans plus de 20 MDC.

Pédiatrie

La représentation de la médecine pédiatrique est systématiquement vérifiée chaque année et adaptée si nécessaire. Dans de nombreux groupes de cas au sein de 13 MDC, un nouveau split pédiatrique a été établi ou un split existant a été révisé. Dans la mesure du possible, la limite d'âge pour les splits pédiatriques a été fixée à « *Âge < 16 ans* » afin de garantir une délimitation uniforme entre adultes et enfants. Les restructurations supplémentaires sont présentées dans la partie « *1. Pédiatrie et néonatalogie* ».

Matrice CC

Sur la base des nouvelles données et de nombreux conseils d'utilisateurs, la matrice CC a pu être différenciée davantage. Le résultat de cette révision est l'ajout de 69 nouveaux diagnostics CIM dans la matrice CC, la suppression de 18 diagnostics ainsi que la revalorisation ou la dévalorisation spécifique de 71 diagnostics CIM selon les DRG. En outre, un total de 21 splits PCCL ont été nouvellement établis ou révisés.

Cas coûteux

En vue de la représentation des cas complexes, la MDC 21A « *Traumatisme multiple* » a été entièrement révisée. Les anciennes conditions de split dans les DRG de la partition opératoire ne se sont plus révélées appropriées. Pour cette raison, les DRG de base W36, W02 et W01 ont été fusionnés pour former le DRG de base W01 et les critères de split ont été développés.

Les cas avec une thérapie cellulaire CAR-T/TIL présentaient des coûts très hétérogènes dans le DRG de base A15. Les défis rencontrés par les hôpitaux dans le calcul des coûts de la thérapie cellulaire TIL ont pu être partiellement résolus grâce à de nombreuses demandes de renseignements auprès des utilisateurs. En conséquence, une rémunération supplémentaire a été établie pour la thérapie cellulaire TIL. De plus, une représentation différenciée des cas avec une thérapie cellulaire CAR-T/TIL a été effectuée en tenant compte de la réalisation d'une chimiothérapie au cours du même séjour. Ces groupes de cas présentent des coûts par cas et des durées de séjour plus élevés. En conséquence, la logique du DRG A15A a été révisée.

Dans le DRG A36B « *Traitement complexe de soins intensifs > 392/552 points...* » des indications ont mis en évidence des cas avec une consommation élevée de ressources. Ceux-ci ont pu être revalorisés par l'ajout de la fonction globale « *Procédures opératoires particulières en quatre temps* » dans le DRG A36A.

L'intégration de la condition de split « *Traitement sous vide complexe [traitement sous vide I]* » dans le DRG A90B « *Traitement complexe en U-IMC > 1104 points ou procédure opératoire complexe ou...* » a permis d'obtenir une meilleure homogénéité des coûts au sein du DRG de base A90.

Médecine palliative

De manière générale, les cas de médecine palliative sont rémunérés de manière appropriée par la structure tarifaire SwissDRG. La représentation de ces cas dans les cliniques universitaires reste un défi et ils représentent environ 25% de tous les cas stationnaires de médecine palliative en soins somatiques aigus. De nombreux développements du Grouper au cours des dernières années n'ont pas permis une amélioration effective de la représentation de ce groupe de cas.

Afin d'obtenir une rémunération plus élevée pour ces cas, des simulations approfondies ont été réalisées avec l'établissement d'une rémunération supplémentaire pour les traitements complexes (spécialisés) en médecine palliative en complément du forfait par cas. Parallèlement, le DRG de base A97 devait être supprimé de la logique du Grouper et une classification des cas selon le diagnostic principal dans les MDC par organe devait être examinée.

Après de nombreuses simulations supplémentaires, cette approche ne peut pas être maintenue. La qualité de la représentation diminuerait avec une rémunération supplémentaire par rapport au regroupement des cas dans le DRG de base A97. Cela signifie que les cas avec un traitement complexe de médecine palliative (code CHOP du groupe 93.8A.2* ou 93.8B.2* à partir de 7 jours de traitement) continueront à être attribués au DRG de base A97. Les restructurations supplémentaires dans le DRG de base A97 sont présentées dans la partie « *2. Palliative Care* ».

À partir des données 2024, les brefs épisodes de traitement peuvent être saisis selon CHOP 93.8A.2B « *Traitement complexe de médecine palliative, jusqu'à 3 jours de traitement* » et 93.8A.2C « *Traitement complexe de médecine palliative, d'au moins 4 à 6 jours de traitement* ». Dans le cadre du développement futur du système, il sera ainsi possible de vérifier dans quelle mesure ces cas pourraient être mieux représentés dans la structure tarifaire.

Parallèlement, nous estimons qu'il serait judicieux de prévoir une possibilité de saisie plus différenciée pour les codes CHOP dont la durée de traitement est supérieure à 28 jours. Pour cette raison, une demande correspondante a été déposée auprès de l'OFS pour le catalogue CHOP 2026 afin de représenter les jours de traitement pour les traitements complexes de médecine palliative, par paliers hebdomadaires, au-delà de 28 jours.

Représentation de domaines spéciaux de prestations dans la version SwissDRG 15.0 / 2026

La structure tarifaire SwissDRG version 15.0 comprend des étapes d'évolution d'ordre médical pour de nouvelles prestations, pour des différenciations de prestations ainsi que pour d'autres rémunérations supplémentaires.

En général, les prestations des domaines cités plus bas, fournies dans les hôpitaux et cliniques de soins intensifs aigus, sont bien représentées par la version SwissDRG 15.0 et peuvent être tarifées selon les règles de facturation correspondantes.

1. Pédiatrie et néonatalogie

Définition :

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

Données :

Les données sont transmises à SwissDRG SA.

Représentation actuelle :

Au sein de la pré-MDC, deux déplacements vers la MDC 15 « *Nouveau-nés* » sont présents. Dans les deux logiques, les « *Traitements complexes de médecine intensive/ TC en U-IMC nouveau-nés/enfants > 9800* » étaient jusqu'à présent exclus des déplacements, ces cas sont regroupés au sein de la pré-MDC dans le DRG A06A. Traitements complexes de médecine intensive > 4410 ou TC en U-IMC > 4900 points pour les nouveau-nés/enfants regroupaient jusqu'à 9800 points dans le DRG P37Z. Des analyses ont montré dans les données 2023 que certains cas hautement complexes ne peuvent pas être représentés de façon appropriée dans le DRG P37Z. Dans la version 15.0, le nombre de points de dépense pour soins intensifs/TC en U-IMC a été abaissé pour le déplacement. Les cas avec « *Traitements complexes de médecine intensive/TC en U-IMC nouveau-nés/enfants > 7840* » ainsi que « *Traitements complexes de médecine intensive nouveau-nés/enfants > 5880 avec une procédure opératoire complexe* » sont désormais également exclus du déplacement. Ces cas sont désormais regroupés au sein de la pré-MDC dans le DRG de base A06 « *Traitement complexe de médecine intensive > 2352/2484 points ...* » et y sont représentés de manière appropriée.

D'autres restructurations pour le « *Traitement complexe de médecine intensive/TC en U-IMC nouveau-nés/enfants* » sont présentées dans la partie « *3. Médecine intensive en USI/U-IMC* ».

Les données de l'année 2023 ont à nouveau été utilisées pour analyser les splits d'enfants dans la structure tarifaire. Il a été possible d'établir des nouveaux splits ainsi que de vérifier les limites d'âge existantes.

- Pré-MDC : DRG A90B « Âge < 16 ans »
- MDC 01 : DRG B01A « Âge < 16 ans »
- MDC 01 : DRG B03A « Âge < 16 ans »
- MDC 01 : DRG B70B « Âge < 16 ans »
- MDC 01 : DRG B71A « Âge < 16 ans »
- MDC 01 : DRG B78A « Âge < 16 ans »
- MDC 03 : DRG D62B « Âge < 16 ans »
- MDC 04 : DRG E71B « Âge < 16 ans »
- MDC 04 : DRG E87A « Âge < 16 ans »
- MDC 05 : DRG F12B « Âge < 16 ans »
- MDC 05 : DRG F24B « Âge < 16 ans »
- MDC 05 : DRG F62C « Âge < 16 ans »
- MDC 05 : DRG F67A « Âge < 16 ans »
- MDC 05 : DRG F70A « Âge < 16 ans »
- MDC 06 : DRG G09F « Âge < 16 ans »
- MDC 06 : DRG G21A « Âge < 16 ans »
- MDC 07 : DRG H86Z « Âge < 16 ans »
- MDC 08 : DRG I09C « Âge < 16 ans »
- MDC 08 : DRG I09D « Âge < 16 ans »
- MDC 09 : DRG J10A « Âge < 16 ans »
- MDC 11 : DRG L60A « Âge < 16 ans »
- MDC 13 : DRG N25Z « Âge < 16 ans »
- MDC 16 : DRG Q61B « Âge < 16 ans »
- MDC 17 : DRG R60C « Âge < 16 ans »

Les données 2023 ont montré que les enfants atteints d'anomalies chromosomiques sont sous-rémunérés. Les cas de syndrome de Down, par exemple, sont associés à une utilisation plus importante de ressources en clinique et ont également des durées de séjour plus longues. Un nouveau tableau de diagnostic a été établi avec les codes CIM du groupe Q90.- à Q93.- « Anomalies chromosomiques » et l'ajout de ce tableau comme critère de split dans les DRG D30A, E70B et E86B.

Les cas avec malformations congénitales, par exemple au niveau des os faciaux, sont regroupés dans certaines MDC en raison du diagnostic principal. L'affectation à une MDC a été vérifiée en relation avec des interventions opératoires fréquentes.

Les codes CIM suivants ont donc été affectés à une nouvelle MDC en raison des interventions opératoires dominantes :

- Q87.4 « Syndrome de Marfan » → MDC 08
- Q75.0 « Craniosynostose » → MDC 01
- Q75.1 « Dysostose crânio-faciale » → MDC 01
- Q75.2 « Hypertélorisme » → MDC 01
- Q75.3 « Macrocéphalie » → MDC 01

Évaluation :

SwissDRG SA estime que les cas dans le domaine de la pédiatrie et de la néonatalogie peuvent être représentés de façon appropriée avec la structure tarifaire SwissDRG version 15.0.

2. Palliative Care

Définition :

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

Données :

Les données sont transmises à SwissDRG SA.

Représentation actuelle :

Suite aux analyses approfondies de cas dans le DRG de base A97 « *Traitement complexe de médecine palliative, à partir de 7 jours de traitement* », il est apparu qu'il y avait un ensemble de cas surrémunérés dans différents DRG. Parallèlement, nous avons reçu une demande d'examen de la représentation des cas avec un « *Traitement de soins infirmiers complexes* » au sein du DRG de base A97.

Les données ont montré que les cas avec une rémunération supplémentaire pour un « *Traitement de soins infirmiers complexes* » sont suffisamment rémunérés et qu'une revalorisation supplémentaire dans la logique n'est pas pertinente.

Pour cette raison, tous les critères de split avec un « *Traitement de soins infirmiers complexes* » ont été supprimés dans le DRG de base A97.

Avec l'ajout de la condition « *et non DRG de base (R50)* » dans la logique pour le DRG de base A97, dans la version 15.0 les cas avec un « *Traitement complexe de médecine palliative, à partir de 7 jours de traitement* » et avec la logique du DRG de base R50 sont directement déplacés vers la MDC 17 « *Néoformations hématologiques et solides* » dans le DRG de base R50 et y sont rémunérés de manière appropriée.

Suite à une demande, nous avons vérifié l'inclusion de la logique du DRG R60A pour le DRG A97A. Il en a résulté une adaptation et une revalorisation de ces cas au sein du DRG de base A97.

En outre, dans les données de 2023, les DRG A97D et A97E présentaient des coûts et des durées de séjour très similaires. Pour la version 15.0, ces deux DRG ont été fusionnés et le DRG A97F a été supprimé.

Évaluation :

Les cas comprenant un traitement complexe de médecine palliative ou de médecine palliative spécialisée sont principalement représentés de manière adéquate dans la structure tarifaire SwissDRG version 15.0.

3. Médecine intensive en USI/U-IMC

Définition :

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

Données :

Les données sont transmises à SwissDRG SA.

Représentation actuelle :

Dans le prolongement des analyses déjà effectuées l'année dernière pour les nouveau-nés et les enfants, les codes CHOP 99.B7.52/99.B7.42 « *Traitement complexe de médecine intensive chez le nouveau-né/l'enfant (procédure de base), 66 à 130 points de dépense* », 99.B7.53/99.B7.43 « *Traitement complexe de médecine intensive chez le nouveau-né/l'enfant (procédure de base), 131 à 196 points de dépense* » ainsi que 99.B8.52/99.B8.42 « *Traitement complexe en U-IMC chez le nouveau-né/l'enfant, 66 à 130 points de dépense* », 99.B8.53/99.B8.43 « *Traitement complexe en U-IMC chez le nouveau-né/l'enfant, 131 à 196 points de dépense* » ont fait l'objet d'un examen approfondi. Il en résulte que les points de dépenses pour les nouveau-nés et les enfants ont pu être adaptés ou ajoutés dans les MDC/DRG suivants :

Pré-MDC : A94B → « *TC de SI/ TC en U-IMC > 130 points* »
MDC 01 : B09A → « *TC de SI/ TC en U-IMC > 65/130 points* »
MDC 01 : B70H, B80A, B81B, B86A → « *TC de SI/ TC EN U-IMC > 65 points* »
MDC 01 : B09B → « *TC en U-IMC > 65 points* »
MDC 01 : B20A, B20C, Basis B87 → « *TC de SI > 130 points* »
MDC 01 : B76C, B87A → « *TC de SI/TC en U-IMC > 130 points* »
MDC 01 : B36C → « *TC de SI > 196 points* »
MDC 03 : DRG de base D87 → « *TC de SI/TC en U-IMC > 65/130 points* »
MDC 04 : DRG de base E36 → « *TC de SI > 130 points* »
MDC 04 : DRG de base E90 → « *TC de SI > 130 Points avec TC en U-IMC > 130 points* »
MDC 05 : DRG de base F36, F37 → « *TC de SI >130 points* »
MDC 05 : F86A → « *TC de SI/TC en U-IMC >130 points* »
MDC 05 : F36B → « *TC de SI > 588 points* »
MDC 06 : G22A, G86B → « *TC de SI/TC en U-IMC > 65 point* »
MDC 06 : G09A, DRG de base G87 → « *TC de SI/TC en U-IMC > 130 points* »
MDC 06 : G13A, DRG de base G38, G87A → « *TC de SI > 130 points* »
MDC 06 : G03A → « *TC de SI > 196 points* »
MDC 06 : G38A, G38B → « *TC en U-IMC > 196 points* »
MDC 07 : H07B, H87Z → « *TC de SI/TC en U-IMC >130 points* »
MDC 07 : DRG de base H37 → « *TC de SI > 130 points* »
MDC 08 : I08A, I29A → « *TC de SI > 130 points* »
MDC 08 : I09B → « *TC en U-IMC > 130 points* »
MDC 08 : I95A, I10A, I13A, I31A → « *TC de SI/TC en U-IMC > 196 points* »
MDC 08 : I43A, I46A → « *TC de SI > 196 points* »
MDC 08 : I08B, I43B, I46B → « *TC en U-IMC > 196 points* »
MDC 09 : DRG de base J33 → « *TC de SI > 130 points* »
MDC 10 : K06A → « *TC de SI/TC en U-IMC > 65 points* »
MDC 10 : DRG de base K87 → « *TC de SI/TC en U-IMC > 130 points* »
MDC 10 : DRG de base K37 → « *TC de SI > 130 points* »
MDC 11 : DRG de base L37 → « *TC de SI/TC en U-IMC > 130/196 points* »
MDC 12 : DRG de base M38 → « *TC de SI/TC en U-IMC > 130 points* »
MDC 13 : N02A → « *TC de SI/TC en U-IMC > 130 points* »
MDC 13 : N01B, N04A → « *TC de SI > 130 points* »
MDC 14 : O02A → « *TC de SI > 65 points* »
MDC 16 : DRG de base Q37 → « *TC de SI/TC en U-IMC > 130 points* »
MDC 16 : Q37A → « *TC de SI > 130 points* »
MDC 17 : R01A → « *TC de SI/TC en U-IMC > 130 points* »
MDC 18B : DRG de base T60, T60A, T60F → « *TC de SI/TC en U-IMC > 130 points* »

MDC 21A : W60B → « TC de SI/TC en U-IMC > 130 points »
MDC 21B : DRG de base X37, X37A, X86A → « TC de SI/TC en U-IMC > 130 points »
MDC 22 : DRG de base Y02, Y02A → « TC de SI > 130 points »
MDC 23 : Z86A → « TC de SI/TC en U-IMC > 65 points »

Parallèlement, les points de dépense pour TC de SI/TC en U-IMC pour les adultes ont également fait de nouveau l'objet d'un examen approfondi et ont été adaptés avec les données 2023 :

Pré-MDC : A95D → « TC de SI/TC en U-IMC > 119/184 points »
MDC 01 : B70H, B77A, B78A, B80A, B86A → « TC de SI/TC en U-IMC > 59 points »
MDC 04 : E02A → « TC de SI/TC en U-IMC > 119 points »
MDC 04 : E87A → « TC de SI/TC en U-IMC > 184 points »
MDC 05 : F36B → « TC de SI > 1104 points »
MDC 05 : F41A, F59E, F66A, F67A, F70A → « TC de SI/TC en U-IMC > 119 points »
MDC 05 : F49E, F62C → « TC de SI/TC en U-IMC > 59 points »
MDC 06 : G03A, G13A, DRG de base G38 → « TC de SI > 184 points »
MDC 06 : G38A/B → « TC en U-IMC > 184 points »
MDC 06 : G22A → « TC de SI > 119 points »
MDC 06 : G46B, G86B → « TC de SI/TC en U-IMC > 59 points »
MDC 07 : H07A, H41A → « TC de SI/TC en U-IMC > 119 points »
MDC 07 : H07B → « TC en U-IMC > 119 points »
MDC 08 : I95A, I10A, I13A, I31A → « TC de SI/TC en U-IMC > 184 points »
MDC 08 : I08A, I43A, I46A, I29B → « TC de SI > 184 points »
MDC 08 : I08B, I43B, I46B → « TC en U-IMC > 184 points »
MDC 08 : I10B → « TC de SI > 119 points »
MDC 10 : K06A → « TC de SI > 119 points »
MDC 11 : L18B → « TC de SI/TC en U-IMC > 119 points »
MDC 13 : N02A → « TC en U-IMC > 130 points »
MDC 14 : O02A → « TC de SI > 59 points »
MDC 19 : U60A → « TC de SI > 59 points »
MDC 20 : V02A → « TC de SI/TC en U-IMC > 119 points »
MDC 21B : X86A → « TC de SI/TC en U-IMC > 119 points »
MDC 21B : X86B → « TC de SI/TC en U-IMC > 59 points »

Évaluation :

SwissDRG SA estime que les cas dans le domaine des soins intensifs (USI et U-IMC) sont représentés de façon appropriée avec la structure tarifaire SwissDRG version 15.0.

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

Définition :

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

Données :

Les données sont transmises à SwissDRG SA.

Représentation actuelle :

Le nombre de cas dans le DRG A05A « Transplantation cardiaque ou pulmonaire ou séparation de jumeaux siamois avec traitement complexe de soins intensifs > 1176/1380 points ou âge < 18 ans... »

était à nouveau trop faible pour un calcul. Pour cette raison, les DRG A05A et A05B ont été fusionnés pour former le DRG A05Z « *Transplantation cardiaque ou pulmonaire ou séparation de jumeaux siamois, âge > 17 ans* ». Les cas coûteux du DRG A05A ont été intégrés dans le DRG de base A07 et y ont été rémunérés de manière appropriée.

Le DRG de base A01 « *Transplantation de cellules hépatiques ou de cellules d'îlots de Langerhans* » et le DRG de base A17 « *Transplantation rénale* » présentaient également un faible nombre de cas. Dans les deux DRG de base, les conditions de split ont été supprimées et les DRG ont été fusionnés pour former le DRG A01Z « *Transplantation de cellules hépatiques ou de cellules d'îlots de Langerhans* » et le DRG A17Z « *Transplantation rénale* ».

Au sein du DRG de base A15 « *Transplantation de moelle osseuse ou transfusion de cellules souches, autologue* », les cas avec une thérapie cellulaire CAR-T ou TIL ont été représentés de manière plus différenciée. Les cas avec une « *Chimiothérapie moyennement ou hautement complexe* » et une « *Thérapie cellulaire CAR-T ou TIL* » ou un « *Isolement protecteur dans une chambre spéciale, à partir de 28 jours de traitement* » sont désormais regroupés dans le DRG A15A. Cela permet de représenter de manière appropriée la consommation plus élevée de ressources et la durée de séjour plus longue. Les cas sans « *Chimiothérapie moyennement ou hautement complexe* » mais avec une thérapie cellulaire CAR-T ou TIL arrivent dans le DRG A15B. En complément de cette restructuration, une rémunération supplémentaire a été établie pour la thérapie cellulaire TIL.

En raison de l'ordre de consultation du déplacement en cas de rejet vers la MDC 17, au sein de la pré-MDC, les cas du DRG A04C « *Transplantation de moelle osseuse ou transfusion de cellules souches, allogène, âge > 17 ans* » ont été regroupés dans la MDC 17 et n'y ont été pas représentés de manière appropriée. Il a été possible de remédier à cette situation en excluant le DRG de base A04 du déplacement. De plus, le critère de split pour le DRG A04A a été élargi à « *CC les plus sévères avec réaction du greffon contre l'hôte* ».

Évaluation :

Les transplantations d'organes solides ainsi que de cellules souches hématopoïétiques sont représentées de façon adéquate avec la version SwissDRG 15.0.

5. Paraplégie

Définition :

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

Données :

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

Représentation actuelle :

Dans la version actuelle, l'attribution des cas de traitement du patient paraplégique a de nouveau été vérifiée. En particulier, les cas de figure avec un séjour en soins intensifs, avec traitement de soins infirmiers complexes ainsi qu'avec des interventions opératoires coûteuses ont été mieux représentées au sein du DRG de base A46 « *Traitement complexe du patient paraplégique* ».

De même, les cas de traitement chirurgical et conservateur sans traitement complexe du patient paraplégique faisaient partie des travaux. Des restructurations ont été entreprises dans le DRG de base B61, et des splits de DRG ont été complétés par un tableau de diagnostics supplémentaires

« *Paraplégie/tétraplégie* » dans différentes MDC par organe pour permettre une représentation adéquate de ces cas de traitements coûteux.

Évaluation :

Les cas dans le domaine de la paraplégie peuvent être représentés de façon appropriée avec la structure tarifaire SwissDRG version 15.0.

6. Réadaptation précoce

Définition :

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

Données :

Les données sont transmises à SwissDRG SA.

Représentation actuelle :

Pour le développement de la version 15.0, la représentation des cas a été examinée au sein du DRG de base A90 « *Traitement complexe en U-IMC > 392/552 points, ou traitement complexe de soins intensifs particulier avec points de traitement complexe en unité de soins intermédiaires ou réhabilitation précoce à partir de 7 jours de traitement, pour maladies particulières* ». En particulier, les cas avec un « *Traitement sous vide complexe [VAC I]* » en lien avec des mesures de réadaptation précoce n'étaient pas représentés de manière appropriée ; ces cas sont désormais affectés au DRG A90B.

Évaluation :

SwissDRG SA estime que les cas dans le domaine de prestation du traitement complexe de réadaptation précoce sont représentés de façon appropriée avec la structure tarifaire SwissDRG version 15.0.