

21.04.2026

Aperçu des axes de développement de la version 16.0

Concernant les axes de développement, on notera en particulier l'examen et la représentation améliorée des cas très coûteux. Cela concerne notamment les cas de figure avec un « *Traumatisme multiple* », des « *Brûlures sévères* » ou une « *Réadaptation précoce* ».

Le perfectionnement dans le domaine de la « *Pédiatrie* » s'est poursuivi, et l'attribution des cas avec un « *Traitement complexe de soins intensifs ou de soins intermédiaires* » a également été révisée.

De plus, la représentation des patients avec un « *Traitement complexe de médecine palliative* » a de nouveau été analysée sur la base des données de l'année 2024.

La méthode de calcul pour les « *DRG implicites d'un jour d'hospitalisation* » a été perfectionnée après un contrôle approfondi.

Traumatisme multiple

Dans les versions précédentes, la MDC 21A « *Traumatisme multiple* » avait déjà fait l'objet d'une révision approfondie. Les données 2024 ont montré que la fonction « *Traumatisme multiple* » ne présentait plus un degré de séparation suffisant et que les cas présentant un traumatisme multiple complexe sont particulièrement déficitaires.

La logique de la fonction « *Traumatisme multiple* » a fait l'objet d'une révision complète. Au total, environ 1 000 codes CIM ont été examinés, dont 813 ont fait l'objet d'une nouvelle évaluation. De plus, une nouvelle fonction « *Traumatisme multiple sévère* » a pu être établie. Pour remplir à cette nouvelle fonction, les cas doivent présenter un diagnostic principal ainsi que plus de trois diagnostics secondaires traumatiques avec différentes localisations. La nouvelle fonction a été incluse dans le DRG de base A11 « *Traitement complexe de soins intensif avec situations complexes ou ... traumatisme multiple sévère* » ainsi qu'en tant que critère de split dans le DRG A07A « *Interventions hautement complexes ou traitement complexe de soins intensifs > 2940/3680 points ou ... traumatisme multiple sévère* ». La fonction déjà existante a été revalorisée au sein de la pré-MDC dans le DRG de base A11 avec des conditions supplémentaires, au sein du DRG A07B ainsi que dans le DRG de base A46 « *Traitement complexe du patient paraplégique* ».

Réadaptation précoce

La représentation des cas avec une « *Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce* » ou une « *Réadaptation précoce interdisciplinaire* » a également fait l'objet d'un examen approfondi et a été perfectionnée pour la version 16.0. Les adaptations sont présentées dans la partie « *6. Réadaptation précoce* ».

Brûlures sévères

Afin de garantir une représentation adéquate des cas dans les centres des grands brûlés en Suisse, la représentation des cas de brûlures graves a fait l'objet d'un examen approfondi.

Dans une première étape, les deux fonctions globales « *Brûlures les plus sévères* » et « *Brûlures sévères* » ont été révisées pour la version 16.0.

La fonction révisée « *Brûlures les plus sévères* » a été nouvellement liée à la logique « *and LOS > 1* » dans le DRG de base A06 « *Traitement complexe de soins intensifs > 2352/2484 points avec situations très coûteuses...* ». Les cas avec des « *Brûlures couvrant plus de 40 % de la surface du corps et un séjour de plus d'un jour* » sont désormais regroupés dans le DRG A06B. En raison de la révision de la fonction, des cas qui ne remplissaient pas auparavant les conditions sont désormais regroupés dans le DRG A06A.

La fonction « *Brûlures sévères* » a pu être établie dans le DRG de base A07 « *Traitement complexe de soins intensifs > 1470/2208 points ou traitement complexe en U-IMC > 3430/3680 points...* » en combinaison avec un « *PCCL > 5* ». Les cas avec un diagnostic « *Brûlures de degré 2a, 2b, 3 avec procédures opératoires particulières en plusieurs temps* » sont revalorisés dans le DRG A07A. De plus, pour le DRG A07A « *Traitement complexe de soins intensifs > 1176/1380 points* », la condition relative à une « *Procédure opératoire particulière en quatre temps* » a été remplacée par celle d'une « *Procédure opératoire particulière en plusieurs temps* ».

Dans la version 16.0, les brûlures avec « *Traitement complexe de soins intensifs > 784/828 points* » sont désormais regroupées dans le DRG de base A07. Les cas avec un « *Traitement complexe de soins intensifs > 392/552 points* » sont désormais également attribués au DRG de base A36 « *Traitement complexe de soins intensifs > 392/552 points* ». Suite à ces restructurations, les cas très complexes et coûteux ont pu être représentés de manière adéquate à l'aide des données.

Les travaux sur l'ensemble des MDC ont porté sur la correction des tableaux avec les codes CHOP 86.88.- « *Couverture temporaire de tissu mou par..., étendue,...* », 86.8A.- « *Couverture de tissu mou et remplacement de la peau par..., étendue,...* », 86.6C. – « *Remplacement permanent de la peau par..., étendu,...* », qui ont été mis au même niveau dans la structure tarifaire. Le code CHOP 86.A1.12 « *Nécrosectomie épifasciale ou excision tangentielle après brûlure et lésion corrosive* » a été revalorisé dans différents tableaux.

Au sein de la MDC 22, le DRG de base Y02 « *Autres brûlures avec transplantation de peau ou intervention particulière ou intervention en quatre temps...* » a fait l'objet d'une révision approfondie. D'autres splits de degré de gravité ont été établis pour les DRG Y02A et Y02B. La logique relative aux « *Débriements/couverture de tissu mou* » en plusieurs temps au cours d'un même séjour a été nouvellement ajoutée pour les DRG Y02B/Y02C/Y02D.

Dans la partition médicale, pour le DRG d'un jour d'hospitalisation Y63 « *Brûlures, un jour d'hospitalisation* » un nouveau DRG a pu être ajouté. Dans le DRG Y63A sont regroupés les cas avec « *Brûlures multiples* » ou « *Couverture de tissu mou/Remplacement de la peau étendu* » ou « *Âge < 2 ans* » ou « *TC de SI > 65/59 points* » ou les cas qui ont été « *transférés* ».

Les séquelles tardives d'une brûlure entraînent souvent des cicatrices hypertrophiques, qui apparaissent au fil du temps et sont corrigées chirurgicalement. Ces cas n'étaient pas représentés de manière adéquate dans les données 2024. En conséquence, au sein de la MDC 09 « *Maladies et troubles de la peau, du tissu sous-cutané et de la glande mammaire* », dans le DRG de base J10 « *Opérations de chirurgie plastique au...* », les conditions « *Transplantations de peau* » et « *Séquelles de brûlures...* » ont été établies. Ces cas sont désormais représentés dans le DRG J10B de manière à couvrir les coûts.

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 10 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 < 18 ans* » afin de garantir une délimitation uniforme entre adultes et enfants. Les restructurations supplémentaires sont présentées dans la partie « *1. Pédiatrie et néonatalogie* ».

Médecine intensive

Sur la base des données de l'année 2024 pour toute la Suisse, les cas avec un court séjour en unité de soins intensifs et/ou de soins intermédiaires ont de nouveau été examinés et certains cas de figure ont été revalorisés. En outre, les cas avec des points de dépense élevés ont pu être mieux placés dans les DRG de base B36 « *Maladies et troubles du système nerveux...* » et P37 « *Nouveau-né avec traitement complexe de soins intensifs...* ». Dans l'ensemble, une meilleure représentation a pu être obtenue tant pour les adultes que pour les nouveau-nés et les enfants dans plus de 14 MDC.

Médecine palliative

L'établissement d'une rémunération supplémentaire pour le « *Traitement complexe de médecine palliative* » et pour les « *Soins palliatifs spécialisés* » a de nouveau été examinée sur la base des données de l'année 2024. Au total, les données recensaient 8 276 cas présentant soit un code CHOP du groupe 93.8A.2* (traitement complexe de médecine palliative), soit un code CHOP du groupe 93.8B.2* (soins palliatifs spécialisés). Le taux de couverture de ces cas était en moyenne de 98,32 %, mais 1 498 cas de soins palliatifs provenant des hôpitaux universitaires n'ont pas été représentés de manière à couvrir les coûts.

Les analyses des données 2024 ont montré qu'une rémunération supplémentaire différenciée pour le « *Traitement complexe de médecine palliative* » et les « *Soins palliatifs spécialisés* » est possible.

Sur la base des données de l'année 2024, une rémunération supplémentaire journalière a été calculée tant pour le « *Traitement complexe de médecine palliative* » que pour les « *Soins palliatifs spécialisés* ». L'application de cette rémunération supplémentaire a été testée dans un espace de travail de simulation dans lequel le DRG de base A97 a été supprimé.

Il a ainsi été possible de comparer la rémunération selon la structure tarifaire (A97) à la rémunération supplémentaire. Il est apparu que la situation actuelle en matière de rémunération des cas de soins palliatifs dans les hôpitaux universitaires se détériorerait encore avec l'introduction de la rémunération supplémentaire calculée. La structure des coûts des cas de soins palliatifs examinés ne permet pas de justifier une augmentation significative de la rémunération supplémentaire simulée. De plus, une rémunération supplémentaire nettement plus élevée conduirait à une surrémunération importante de la plupart des cas de soins palliatifs. Cela créerait des incitations inopportunes considérables.

Par conséquent, SwissDRG SA conclut que la rémunération par le biais d'une rémunération supplémentaire, même en distinguant clairement les « *Soins palliatifs spécialisés* » et les « *Traitement complexe de médecine palliative* », n'améliore pas la représentation des cas universitaires et n'est donc pas efficace. C'est pourquoi les cas de soins palliatifs continueront d'être rémunérés selon la structure tarifaire comme jusqu'à présent.

Adaptation de la méthode de calcul

Si la borne inférieure de la durée de séjour (BIS) d'un DRG spécifique est de deux jours et si le jeu de données de calcul comprend au moins 25 cas de ce DRG avec une durée de séjour d'un jour, on parle alors d'un « *DRG implicite d'un jour d'hospitalisation* ».

Dans de tels cas, la réduction était jusqu'à présent calculée sur la base de la différence entre les coûts moyens des inliers et les coûts médians des low-outliers. Le cost-weight effectif des cas avec une durée de séjour d'un jour correspondait donc à la médiane de leurs coûts totaux.

Dans le cadre de la procédure annuelle de demande, SwissDRG SA a été informée à plusieurs reprises de la sous-rémunération des low-outliers dans certains DRG d'un jour d'hospitalisation. Une telle situation peut par exemple se produire lorsque la répartition des coûts totaux des low-outliers au sein d'un DRG concerné est très inégale.

Afin d'atténuer le problème lié aux répartitions irrégulières, sans pour autant perdre les avantages liés à l'utilisation de la médiane en termes de robustesse face aux valeurs extrêmes, différentes approches ont été examinées. Finalement, une méthode a été retenue, qui ajuste le médian de manière symétrique vers le haut et vers le bas, et permet ainsi de mieux tenir compte d'une distribution asymétrique.

À partir de la version 16.0, le cost-weight effectif des low-outliers d'un DRG implicite d'un jour d'hospitalisation i est déterminé comme suit :

$$effKGW_i^{CHF} = \frac{Med + Q20 + Q80}{3}$$

Où :

Med = médiane des coûts totaux des low – outliers du DRG i

$Q20$ = 20% quantile des coûts totaux des low – outliers du DRG i

$Q80$ = 80% quantile des coûts totaux des low – outliers du DRG i

Cette modification de la méthode de calcul a entraîné une diminution de l'erreur quadratique moyenne (MSE), tant pour les cas concernés que pour l'ensemble des cas du jeu de données de calcul, et constitue ainsi une amélioration du système global.

Représentation de domaines spéciaux de prestations dans la version SwissDRG 16.0 / 2027

La structure tarifaire SwissDRG version 16.0 comprend des étapes d'évolution d'ordre médical pour de nouvelles prestations, pour des différenciations de prestations ainsi que pour d'autres rémunérations supplémentaires.

En général, les prestations des domaines spécialisés cités plus bas, fournies dans les hôpitaux et cliniques de soins intensifs aigus, sont bien représentées par la version SwissDRG 16.0 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 :

Une nouvelle analyse des splits pédiatriques dans la structure tarifaire a été réalisée à partir des données de l'année 2024. Il a été possible à la fois d'établir de nouveaux splits et de vérifier et d'ajuster les limites d'âge existantes.

- Pré-MDC : DRG A15A « Âge < 18 ans »
- MDC 04 : DRG E77B « Âge < 16 ans avec diagnostics particuliers »
DRG E05A « Âge < 16 ans »
- MDC 05 : DRG F03C « Âge < 16 ans »
DRG F06A « Âge < 16 ans »
DRG F59C « Âge < 16 ans »
- MDC 06 : DRG G16B « Âge < 16 ans »
DRG G35A « Âge < 16 ans »
DRG G60B « Âge < 16 ans »
- MDC 08 : DRG I02B « Âge < 16 ans avec diagnostics particuliers »
DRG I10B « Âge < 18 ans »
DRG I21B « Âge < 16 ans »
DRG I23A « Âge < 16 ans »
DRG I60B « Âge < 6 ans »
- MDC 11 : DRG L20A « Âge < 10 ans »
DRG L20B « Âge < 18 ans »
DRG L69A « Âge < 16 ans »
- MDC 17 : DRG R60A « Âge < 18 ans »
DRG R61C « Âge < 16 ans »
DRG R62A « Âge < 18 ans »
- MDC 19 : DRG U60B « Âge < 12 ans »
- MDC 21A : DRG W61B « Âge < 16 ans »
- MDC 22 : DRG Y02B « Âge < 6 ans »
DRG Y63A « Âge < 2 ans »

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 16.0.

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 :

Dans la version 16.0, les cas des DRG R01A « *Interventions opératoires pour néoformations hémato-logiques et solides...* » et R60A « *Leucémie myéloïde aiguë,...* » sont exclus du DRG de base A97 « *Traitement complexe de médecine palliative, à partir de 7 jours de traitement* » et sont regroupés dans la MDC 17. Les cas avec des soins palliatifs du DRG R60B sont revalorisés dans le DRG A97A, ceux du DRG R01B dans le DRG A97B et ceux du DRG R01C dans le DRG A97D.

Dans le catalogue CHOP 2024, les codes 93.8A.2– « *Traitement complexe en médecine palliative* » et 93.8B.2– « *Soins palliatifs spécialisés avec prestation supplémentaire...* » ont fait l'objet d'une différenciation supplémentaire pour moins de 7 jours de traitement. En dehors du DRG de base A97, le code CHOP 93.8B.27 « *Soins palliatifs spécialisés avec prestation supplémentaire de traitements, au moins 4 à 6 jours de traitement* » a été revalorisé dans les DRG B66A, D60A, E71B, G60B, H61A et J62A.

Évaluation :

Les cas avec un traitement complexe en médecine palliative ou en médecine palliative spécialisée sont, dans l'ensemble, représentés de manière adéquate dans la structure tarifaire SwissDRG version 16.0.

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 les années précédentes 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. En conséquence, les points de dépense pour les nouveau-nés et les enfants ont pu être adaptés ou nouvellement introduits dans les MDC/DRG suivants :

- MDC 01 : B64A -> « TC de SI/TC en U-IMC > 65 points »
 B20B -> « TC de SI/TC en U-IMC > 130 points »
- MDC 02 : C86A -> « TC de SI > 65 points »
- MDC 03 : D24A -> « TC de SI > 65 points »
- MDC 05 : F49E -> « TC de SI/TC en U-IMC > 65 points »
- MDC 06 : G03A -> « TC de SI > 130 points »
 G38A -> « TC de SI/TC en U-IMC > 130 points »
- MDC 08 : I08A -> « TC de SI > 65 points »
 I12A, I32A -> « TC de SI/TC en U-IMC > 65 points »
 I06B, I29A -> « TC de SI/TC en U-IMC > 65/190 points »
 I03A, I27A -> « TC de SI > 130 points »
 DRG de base I95, I95A, DRG de base I87 -> « TC de SI/TC en U-IMC > 130 points »
 I28A -> « TC de SI/TC en U-IMC > 130/196 points »
 I08B -> « TC en U-IMC > 130 points »
- MDC 15 : DRG de base P37 -> « TC de SI > 3920 points »
- MDC 19 : U60A -> « TC de SI/TC en U-IMC > 65 points »
- MDC 22 : DRG de base Y02, Y02A, Y63A -> « TC de SI > 65 points »
- MDC 23 : DRG de base Z02 -> « TC de SI/TC en U-IMC > 130 points »

Parallèlement, les cas avec des points de dépense TC de SI/TC en U-IMC pour les adultes ont été analysés à nouveau sur la base des données de l'année 2024, et les adaptations suivantes ont été mises en œuvre.

- MDC 01 : DRG de base B36, B36C -> « TC de SI > 184 points »
 B36A -> « TC de SI > 828 points »
 B20B -> « TC de SI/TC en U-IMC > 119 points »
 B64A -> « TC de SI/TC en U-IMC > 59 points »
- MDC 02 : C86A -> « TC de SI > 59 points »
- MDC 03 : D24A -> « TC de SI > 119 points »
- MDC 04 : E05A, E06A -> « TC de SI > 119 points »
- MDC 05 : F24A -> « TC de SI > 119 points »
 F24B, F59B -> « TC de SI/TC en U-IMC > 119 points »
 F12B, F31C, F98D -> « TC de SI/TC en U-IMC > 119/184 points »
 F98C -> « TC de SI/TC en U-IMC > 184/360 points »
- MDC 06 : G35A -> « TC de SI > 360 points »
 G21A -> « TC de SI/TC en U-IMC > 119/184 points »
- MDC 08 : I06B, I08A, I10A, I23A et DRG de base I87 -> « TC de SI > 119 points »
 I05B, I32B -> « TC de SI/TC en U-IMC > 119 points »
 I29A, I32A -> « TC de SI/TC en U-IMC > 119/184 points »
 I03A, I27A, I15A -> « TC de SI > 184 points »
 I05A -> « TC de SI/TC en U-IMC > 184 points »
 I28A -> « TC de SI/TC en U-IMC > 184/360 points »
 I66A -> « TC en U-IMC > 119 points »
 I95A -> « TC en U-IMC > 360 points »
- MDC 11 : L20A -> « TC de SI > 119 points »
 L20B -> « TC en U-IMC > 119 points »
- MDC 17 : R61C -> « TC de SI/TC en U-IMC > 119 points »

MDC 19 : U64A -> « TC de SI/TC en U-IMC > 59 points »
U60A -> « TC en U-IMC > 59 points »
MDC 21B : W61B -> « TC de SI/TC en U-IMC > 119/184 points »
MDC 22 : Y63A -> « TC de SI > 59 points »

Évaluation :

SwissDRG SA estime que les cas dans le domaine des soins intensifs (USI et U-IMC) sont représentés de façon adaptée aux coûts avec la structure tarifaire SwissDRG version 16.0.

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 :

Jusqu'à présent, les cas avec don de foie ou de rein par une personne vivante sont représentés dans le DRG Z02Z. Étant donné que les cas avec don de foie par une personne vivante entraînent une consommation de ressources nettement plus importante, un split du DRG Z02Z a été établie sur la base du code CHOP Z52.6 « Donneur de foie ». Compte tenu du très faible nombre total de cas, un calcul fondé sur plusieurs années de données est toutefois nécessaire.

Évaluation :

Les transplantations d'organes solides ainsi que de cellules souches hématopoïétiques sont représentées de façon adéquate avec la version SwissDRG 16.0.

5. Paraplégie

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

Données :
La SwissDRG SA a de nouveau reçu des données concernant des cas avec traitement complexe du patient paraplégique des domaines d'application des soins somatiques aigus et de la réadaptation, ainsi que des cas de traitement somatique aigu en lien avec une paraplégie.

Représentation actuelle :

Dans la version actuelle, un nouvel examen de l'attribution des cas de traitement paraplégiologique a été effectué. Au sein du DRG de base A46 « Traitement complexe du patient paraplégique », ce sont surtout les cas de figure avec une longue durée de séjour qui ont été examinés. Les cas liés à un traumatisme multiple, à des interventions multiples et à des diagnostics complexes ont été mieux représentés.

Évaluation :
Les cas dans le domaine de la paraplégie sont représentés de façon appropriée avec la structure tarifaire SwissDRG version 16.0.

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 :

Dans le cadre du développement de la version 16.0, la représentation des cas de réadaptation précoce a été vérifiée pour l'ensemble des MDC.

Dans les fonctions globales « *Réadaptation précoce, à partir de 7 jours de traitement* » et « *Réadaptation précoce, à partir de 14 jours de traitement* », sont représentés les codes CHOP 93.8C.1- « *Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce, selon le nombre de jours de traitement* », ainsi que le code CHOP 93.86 « *Réadaptation précoce interdisciplinaire selon le nombre de jours de traitement* ». Il est apparu que les ressources nécessaires à la réadaptation précoce multidisciplinaire ne diffèrent que très peu de celles requises pour la réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce, c'est pourquoi une représentation des deux types de réadaptation précoce dans la pré-MDC a été examinée et, finalement, la « *Réadaptation précoce multidisciplinaire* » a été mise au même niveau, dans le DRG de base A07, de la « *Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce* » dans les conditions de split déjà existantes.

Jusqu'à présent, les cas avec une « *Réadaptation précoce* » et une attribution à la MDC 01 dans le DRG de base A90 étaient exclus et regroupés dans la MDC 01 dans le DRG de base B90. Cette exclusion a été supprimée, de sorte que tous les cas avec une « *Réadaptation précoce, à partir de 7 jours de traitement* » sont désormais représentés sans autre condition dans le DRG A90C. Les cas avec une « *Réadaptation précoce, à partir de 14 jours de traitement* » sont regroupés sans autre condition dans le DRG A90B.

De plus, les revalorisations suivantes ont pu être effectuées :

- « *Réadaptation précoce, à partir de 7 jours de traitement* »
 - DRG de base A11 : avec « *TC de SI >392/552 points* » ou « *Procédures opératoires particulières en plusieurs temps* » ou « *Traumatisme multiple avec procédures opératoires particulières* »
 - DRG A11B : avec « *TC de SI > 980/1380 points* »
 - DRG A90A : avec « *TC en U-IMC chez l'adulte > 1104 points* »
 - DRG A90B : avec « *Procédures opératoires particulières* »
- « *Réadaptation précoce, à partir de 14 jours de traitement* »
 - DRG A11B : avec « *Procédure opératoire* »

Évaluation :

SwissDRG SA estime que les cas avec une réadaptation précoce sont représentés de façon appropriée avec la structure tarifaire SwissDRG version 16.0.