

ST Reha projet partiel 1, phase pilote 2014

Format et contenu du relevé des données

Contacts:

Simon Wieser,
Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, SML, ZHAW
Tél. 058 934 68 74
wiso@zhaw.ch

Renato Mattli,
Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, SML, ZHAW
Tel. 058 934 78 92
matl@zhaw.ch

Version 0.9: 19.12.2013 / Trad. 19.12..2013

Les modifications par rapport à la version 0.8 précédente sont marqués en **jaune**.

Sommaire

1	Introduction	3
2	Vue d'ensemble des modifications par rapport à la période précédente (V 0.7) ...	5
3	Directives du relevé	6
3.1	Délimitation des cas livrés	6
3.2	Indications supplémentaires des semaines patients.....	6
3.3	Distinction cas stationnaire / ambulatoire	7
3.4	Processus de relevé.....	9
4	Structure et format des données	10
4.1	Principes généraux.....	10
4.1.1	Format des fichiers de données.....	10
4.1.2	Format des dates	10
4.1.3	Format des indications sur les prestations hebdomadaires en minute..	10
4.1.4	Format des données de coûts.....	10
4.1.5	Variable de liaison (numéro d'identification univoque du cas)	10
4.2	Données médico-administratives (ligne MB)	11
4.3	Assessments Reha hebdomadaires (ligne RE)	11
4.3.1	Moment du relevé des données hebdomadaires	11
4.3.2	Semaine patient	11
4.3.3	Format de livraison des données Reha hebdomadaires.....	12
4.4	Coûts par cas – en cas de relevé des coûts uniquement (ligne CC)	13
4.4.1	Coût non-imputables	13
4.4.2	Médicaments, implants et matériel médical	14
4.4.3	Coûts d'utilisation des immobilisations (CUI)	14
4.4.4	Formation universitaire et recherche (FU&R)	14
4.4.5	Livraison des cas privés et semi-privés	15

Pour la livraison des cas privés et semi-privés, il convient de procéder comme suit:.....	15
4.4.6 Honoraires des médecins	15
4.4.7 Format de livraison des coûts par cas	15
4.5 <i>Relevé de données supplémentaire</i>	16
5 Date et volume de la livraison des données.....	17
6. Protection des données	17
7. Transmission des données à la ZHAW	17
8. Contacts	17
9. Annexe: Format de livraison des données	18
9.1 Format de la statistique médicale OFS (Ligne MB)	18
9.2 Format des assessments PCS hebdomadaires (ligne RE).....	19
9.3 Format du fichier des coûts par cas (seulement en cas de relevé des coûts)	
23	
9.4 Annonce de livraison des données.....	24
10. Extrait du Manuel de codage OFS.....	25
11. Références	26

1 Introduction

Sur mandat de MTH Reha CTM (un groupe de travail du SCTM LAA et de H+), la ZHAW a développé un système de classification des patients (PCS) pour des forfaits journaliers liés aux prestations dans le secteur de la réadaptation. Sur la base d'un relevé portant sur 1670 semaines patient choisies de manière aléatoire dans 7 cliniques, 3 PCS séparés ont été développés pour les domaines suivants de la réadaptation: *neuroréadaptation, réadaptation musculosquelettique et réadaptation précoce en neuroréadaptation*.¹

Le conseil d'administration de SwissDRG SA, qui est chargé par les partenaires de la santé (santésuisse, CDS, H+, CTM et FMH) de l'introduction d'un système national unifié de remboursement des prestations stationnaires, a décidé à l'unanimité lors de sa séance du 9 novembre 2010 de poursuivre le développement du modèle de tarification MTH Reha CTM comme modèle unique pour le secteur de la réadaptation. En conséquence, SwissDRG SA a donné mandat à H+ et à la CTM de développer la structure tarifaire ST Reha. Le contrat a été signé et la nouvelle organisation de projet a débuté son activité opérationnelle en janvier 2012. La *phase pilote* prévue par MTH Reha CTM en 2011 déjà et destinée à l'introduction test du relevé de données pour l'élaboration, le calibrage et l'évolution du PCS dans une série de cliniques de réadaptation est partie intégrante du mandat. Elle fait l'objet du projet partiel 1 dans le cadre de l'organisation ST Reha.²

L'objectif de ce document est de décrire le contenu et la forme du relevé des données durant la phase pilote. Il se base sur les directives actuelles de SwissDRG SA pour le relevé des données dans les hôpitaux de soins aigus (SwissDRG SA 2013).

Les objectifs de la *phase pilote* en 2014 sont:

1. Application du PCS avec relevé complet des caractéristiques des patients (EBI/MIF ou HAQ, polymorbidité, douleur, entrée et sortie) afin d'intégrer le PCS dans les processus de travail quotidiens des cliniques. Ce relevé complet porte sur tous les patients dans tous les secteurs de la réadaptation. Font exception, les patients qui sont dans une filière de traitement cardiovasculaire et pulmonaire, pour lesquels une classification selon la gravité est élaborée séparément et en parallèle dans le cadre du projet partiel 2 de ST Reha. Cette classification recourra éventuellement à des instruments de mesure différents adaptés à la filière de traitement. Les données relatives à ces domaines seront saisies dans le relevé 2015 du projet partiel 1.

¹ Pour davantage de détails sur le développement du PCS pour la réadaptation, voir le rapport final de la ZHAW (J. Kool, S. Wieser et al. 2009): Schlussbericht - Entwicklung eines Patientenklassifikationssystem für die Rehabilitation in der Schweiz. Winterthur, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

² Voir

http://www.swissdrg.org/fr/07_casemix_office/Rehabilitation.asp?navid=55&fileSsi=/de/07_casemix_office/Rehabilitation.asp

2. Collecte systématique des données de coûts et de prestations dans une partie des cliniques de réadaptation (cliniques de référence) afin de valider et de développer plus avant le PCS. Les cliniques de référence assument un rôle qui correspond à celui des hôpitaux de réseau dans le système SwissDRG.
3. Participation de nouvelles cliniques, afin d'élargir la base de données du PCS dans la perspective de son introduction à l'échelle nationale.
4. Contrôle de la représentativité des cliniques de référence par rapport aux cliniques de réadaptation suisses en se fondant sur les données de la Statistique médicale des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique (OFS).

Les données suivantes doivent être collectées dans les cliniques durant la phase pilote:

1. Le Minimal Dataset de la Statistique médicale de l'OFS (1 ligne de données par cas). Certaines de ces données servent d'input pour la classification du PCS Reha. Mais la plupart sont nécessaires pour la validation et la poursuite du développement du PCS.
2. Les assessments *hebdomadaires* qui sont nécessaires au calcul hebdomadaire de la tranche du PCS:
 - Saisie de la polymorbidité pour tous les patients au moyen du **Modified Cumulative Illnes Scale (CIRS)**.
 - Pour la filière de traitement neurologique, saisie en outre de l'autonomie du patient dans les activités quotidiennes (MIF *ou* EBI).
 - Pour tous les autres patients, l'autonomie dans les activités quotidiennes est en outre relevée au moyen de l'HAQ. C'est le cas également pour le niveau de douleur.
3. Pour le calibrage et la poursuite du développement du PCS, les données de prestations et de coûts hebdomadaires doivent être relevées pour une partie des patients. Ces données de prestations et de coûts sont inscrites dans la ligne de l'assessment PCS (donc pas de ligne de données supplémentaire).
4. Désormais, l'ensemble des coûts par cas sont relevés dans les cliniques qui livrent des données de coûts (une ligne de données par cas).
5. En 2014, un relevé de données supplémentaire des prestations qui ne concernent pas directement la réadaptation sera introduit. Il servira de référence à la formulation de propositions d'indemnisation séparée de ces prestations au sein des catégories de gravité.

Indication importante: le relevé des données de coûts et des données supplémentaires est bienvenu mais n'est pas indispensable pour commencer à participer à la phase pilote. Au cas où aucune donnée de coûts ou donnée supplémentaire ne sont collectées, la clinique doit livrer seulement les données de la Statistique médicale et les données de la classification PCS hebdomadaire – c'est-à-dire seulement les données relevant des points 1 et 2. Le but est au demeurant que les cliniques de référence s'entendent avec la ZHAW sur la date du relevé du set de données complet, y compris des données supplémentaires.

2 Vue d'ensemble des modifications par rapport à la période précédente (V 0.7)

Les plus importantes modifications apportées aux directives pour le relevé sont les suivantes:

- Tous les domaines de traitement, au sens de filières de traitement, peuvent désormais être relevés. Les domaines de la réadaptation cardiovasculaire et pulmonaire font provisoirement exception. Pour ces deux domaines, une classification selon le degré de gravité ajustée à la filière de traitement est développée simultanément dans le cadre de ST Reha, Projet partiel 2 (voir chapitre 3, point 1).
- Indication nouvelle de deux catégories spécifiques de patients (gériatrique, pédiatrique) et cela indépendamment du domaine et de la filière de réadaptation (voir chapitre 3, point 2).
- Indication nouvelle des cas selon les types de réadaptation définis dans le document DefReha[®] Version 1.0³ (voir chapitre 3, point 2).
- Indication nouvelle des cas en réadaptation intensive (voir chapitre 3.2).
- Le processus du relevé de l'HAQ est désormais défini (voir chapitre 3.4).
- Durant l'année 2014, un relevé de données supplémentaire permettra de saisir les prestations qui ne concernent pas directement la réadaptation (voir chapitre 4, point 5). La réalisation de ce relevé supplémentaire aura lieu individuellement dans chaque clinique, aussitôt que possible.
- Désormais avec des directives concernant la date et le volume de la livraison des données des patients à la ZHAW (voir chapitre 5).

Les changements décrits ci-dessus n'impliquent que des modifications minimales au format des données.

³ Publié en trois langues sur le site internet de H+:

allemanique: <http://www.hplus.ch/de/publikationen/fachpublikationen/>

français: http://www.hplus.ch/fr/publications/publications_techniques/

italien: http://www.hplus.ch/it/pubblicazioni/pubblicazioni_specializzate/

3 Directives du relevé

3.1 Délimitation des cas livrés

Les *cliniques de réadaptation* livrent tous les cas stationnaires, à l'exception de ceux classés dans les filières de traitement cardiovasculaire et pulmonaire (voir les détails ci-dessous concernant la définition des filières de traitement).

Les services de réadaptation rattachés à des *hôpitaux de soins aigus* livrent tous les cas dont le centre de charges principal est attribué à la réadaptation selon la variable 1.4.V01.

Le classement dans les quatre filières de traitement entrant en considération pour ST Reha se fait en fonction du domaine dans lequel se trouve la cause de la limitation fonctionnelle:

Filière de traitement	Domaine dans lequel se trouve la cause de la limitation fonctionnelle
Neurologique	Contrôle du mouvement et mouvement sélectif
Cardiovasculaire	Fonction cardiaque ou vasculaire
Pulmonaire	Fonction pulmonaire, échange gazeux O ₂ /CO ₂
Autres	Autres causes

Les filières de traitement cardiovasculaire et pulmonaire ne font pas partie de ce relevé des données.

La filière de traitement définit les assessments à relever:

Filière de traitement	Assessments à relever
Neurologique	CIRS + MIF ou EBI
Autres	CIRS + HAQ + douleur

3.2 Indications supplémentaires des semaines patients

Patients gériatriques et pédiatriques

Indépendamment de la filière de traitement, les patients peuvent être indiqués comme patients gériatriques ou pédiatriques, s'ils ont été traités par un gériatre ou par un pédiatre durant la semaine de relevé.

Types de réadaptation

De plus, le type de réadaptation selon les définitions du document DefReha[®] Version 1.0 (H+ 2013) fait l'objet d'une indication supplémentaire:

1. Gériatrique

2. Interne
3. Cardiovasculaire
4. Musculosquelettique
5. Neurologique
6. Oncologique
7. Pédiatrique
8. En cas de paraplégie
9. Psychosomatique
10. Pulmonaire

Réadaptation intensive

Si, durant la semaine de relevé, les patients se trouvent en réadaptation intensive – selon la définition du document DefReha[®] Version 1.0 (H+ 2013), cette indication supplémentaire doit figurer également. Cette option n'est possible que pour les patients en réadaptation interne, cardiaque, musculosquelettique, neurologique, oncologique et pulmonaire.

3.3 Distinction cas stationnaire / ambulatoire

La distinction entre les traitements hospitaliers et ambulatoires se base sur «l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie» (OCP) Conseil fédéral (2002).

Art. 3 Traitement hospitalier

Sont réputés traitements hospitaliers pour des examens, des traitements et des soins à l'hôpital ou dans une maison de naissance au sens de l'art. 49, al. 1, de la LAMal, les séjours:

- a. d'au moins 24 heures;
- b. de moins de 24 heures au cours desquels un lit est occupé durant une nuit;
- c. à l'hôpital, en cas de transfert dans un autre hôpital;
- d. dans une maison de naissance en cas de transfert dans un hôpital;
- e. en cas de décès.

Art. 5 Traitement ambulatoire

Sont réputés traitements ambulatoires au sens de l'art. 49, al. 6, de la loi les traitements qui ne sont pas réputés hospitaliers. Les séjours répétés dans des cliniques de jour ou de nuit sont également réputés traitement ambulatoire.

Afin d'assurer une mise en œuvre uniforme de cette définition, les partenaires du domaine de la santé ont convenu de l'interprétation suivante:

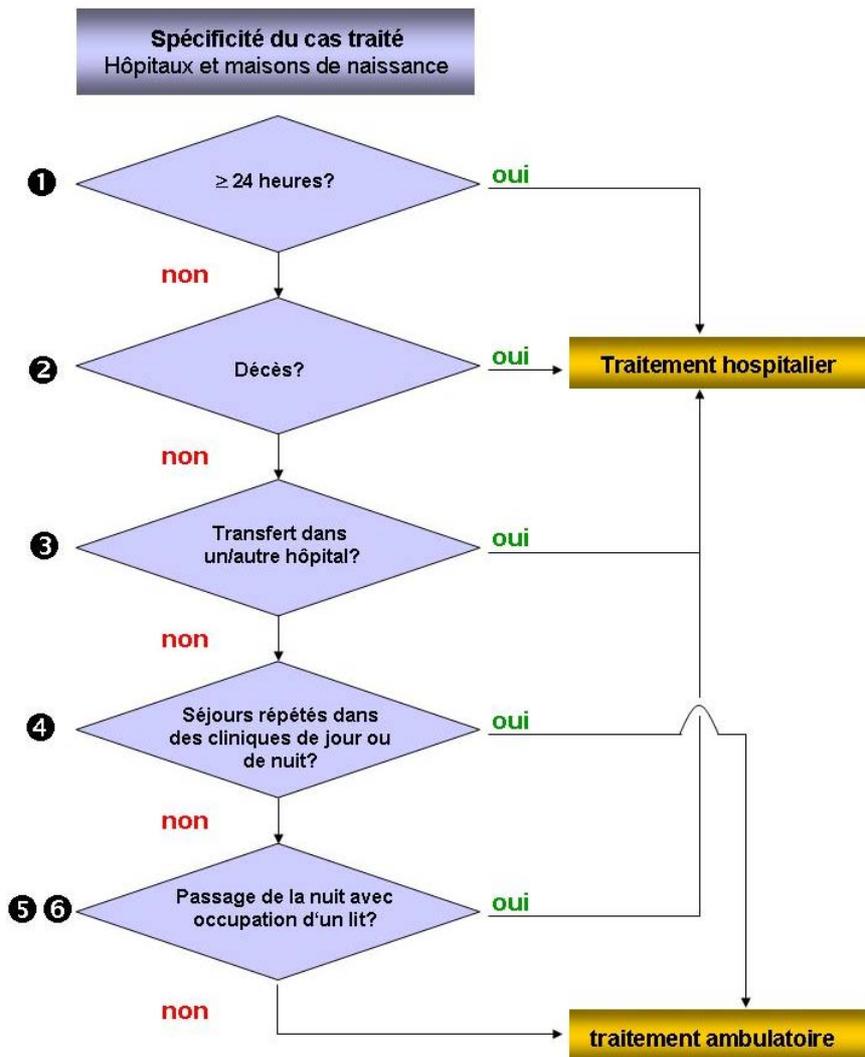
Explications des critères de délimitation

Le critère ❶ „ ≥ 24 heures“ signifie que le patient reste au minimum 24 heures dans l'hôpital ou dans la maison de naissance.

Le critère ❷ „décès“ clarifie la question, à savoir si le patient est décédé.

Le critère ❸ „transfert dans un/autre hôpital“ clarifie la question, à savoir si le patient a été transféré dans un autre hôpital ou d'une maison de naissance dans un hôpital.

Figure 1: processus de décision stationnaire ou ambulatoire



© H+ Les Hôpitaux de Suisse

Le critère ❹ „Séjours répétés dans des cliniques de jour ou de nuit“ est une décision médicale et fait partie intégrante du plan thérapeutique d'un patient. Les séjours répétés dans des cliniques de jour ou de nuit dans le domaine de la psychiatrie ainsi que les séjours répétés dans le cadre d'autres domaines de prestations médicales et thérapeutiques comme par exemple chimiothérapies ou radiothérapies, dialyses, traitements de la douleur à l'hôpital ou physiothérapies, sont considérés traitements ambulatoires.

Le critère ❺ de „nuit“ est mesuré et saisi à l'aide de la règle du passage de minuit. En d'autres termes,

le critère est rempli lorsqu'un patient est dans l'hôpital ou dans la maison de naissance à minuit (00:00).

Le critère ⑤ „utilisation d'un lit“: un patient occupe un lit lorsqu'il s'agit d'un lit d'unité de soins. Le lit réservé aux femmes ayant accouché est assimilé au lit d'unité de soins. Le traitement de patients qui nécessite uniquement le service d'urgence ou la chambre de naissance (appelée à l'hôpital également salle d'accouchement), aussi bien de jour que de nuit, est considéré comme ambulatoire.

Les critères ⑤ de „nuit“ et ⑥ d'„utilisation d'un lit“ sont inséparables. En d'autres termes, pour qu'un traitement de moins de 24 heures soit saisi et/ou facturé en tant que traitement hospitalier, il doit satisfaire tant au critère de „nuit“ qu'au critère d'„utilisation d'un lit“.

3.4 Processus de relevé

En principe, il convient d'appliquer les processus de relevés des cliniques définis dans le Manuel des procédures de l'ANQ. Mais, pour le relevé du HAQ, les directives de l'ANQ ne suffisent pas à répondre aux exigences de l'élaboration de la structure tarifaire. Comme pour le relevé 2013, le complément aux directives de l'ANQ pour le relevé du HAQ selon le courrier du 23.7.2013 de la direction de projet «ST Reha relevé de données de la filière de traitement de la réadaptation musculosquelettique» est applicable pour 2014:

Relevé à l'admission

Le relevé à l'admission du HAQ se déroule dans **une première étape** selon les directives de l'ANQ: Chapitre 6.2 «Directives ANQ pour la réalisation pratique du HAQ» du Manuel des procédures. Cette mesure dont le relevé est réalisé par le patient lui-même ne peut pas l'être par tous les patients, car certains ne peuvent pas lire le questionnaire ou le comprendre.

Une saisie complète de tous les cas est nécessaire pour le relevé de données ST Reha, sinon les patients ne peuvent pas être attribués à une catégorie tarifaire. C'est pourquoi il faut compléter le relevé HAQ à l'admission au sein de la clinique/ du service dans **une seconde étape**: des professionnels de la santé examinent et complètent les données du formulaire de déclaration du HAQ, rempli auparavant de manière aussi autonome que possible par le patient. Les professionnels de la santé n'assument ainsi pas seulement la responsabilité du report fidèle des données des patients, mais se soucient également d'examiner si elles sont plausibles.

Relevés hebdomadaires supplémentaires

Pour les relevés hebdomadaires supplémentaires dans le cadre de ST Reha, les professionnels de la santé identifient les changements dans le domaine ADL, avant tout dans leur travail quotidien auprès du patient et les saisissent systématiquement dans le secteur HAQ de la saisie des données (SIC). L'entreprise est libre de faire remplir les relevés hebdomadaires intermédiaires dans un premier temps d'abord par les patients au moyen d'un questionnaire. Dans ce cas, la seconde étape est indispensable. Dans l'organisation de projet, les entreprises doivent prévoir des mécanismes de contrôle qui garantissent que le relevé des données est effectué en temps voulu et complètement et que les données sont intégrées de manière fiable dans le système de saisie (SIC).

Les valeurs du HAQ du relevé de sortie ne font pas partie du set de données de ST Reha.

4 Structure et format des données

Les cliniques de réadaptation saisissent 3 types de données, qui sont livrées à la ZHAW sous forme de fichiers séparés:

1. Les **données médico-administratives** des patients, qui sont déjà relevées obligatoirement par les cliniques pour la Statistique médicale de l'OFS.
2. Les **assessments hebdomadaires** des patients pour le classement dans le PCS.
3. Les **coûts par cas** des patients (facultatif).
4. Le **relevé de données supplémentaire** (facultatif, recommandé).

Ce paragraphe décrit les principes généraux du relevé des données (paragraphe 3.1) et les détails techniques des 4 fichiers de données (paragraphe 4.2 à 4.4).

4.1 Principes généraux

4.1.1 Format des fichiers de données

Les données sont collectées au niveau du cas (unité finale d'imputation : le cas administratif). Les fichiers de données (médico-administratif et économique) doivent être livrés au format texte (ASCII). Les variables sont séparées par des Pipes (ASCII-Code 124: "|"). La dernière variable de chaque ligne doit également être close par un Pipe. Le CRLF (codes ASCII 13 et 10) est utilisé comme séparateur de ligne. Le relevé de données supplémentaire se fait au moyen d'un fichier Excel séparé.

4.1.2 Format des dates

Les dates sont dans le format AAAAMMJJHH

4.1.3 Format des indications sur les prestations hebdomadaires en minute

Les durées sont inscrites en minutes (pas de chiffre après la virgule).

4.1.4 Format des données de coûts

Les variables de coûts sont inscrites en francs ronds (sans chiffres après la virgule).

4.1.5 Variable de liaison (numéro d'identification univoque du cas)

Les hôpitaux assurent une liaison entre le fichier des données médico-administratives (set de données OFS), les données des assessments hebdomadaires et les coûts par cas et du relevé de données supplémentaire grâce à un numéro d'identification univoque du cas. A cet effet, on utilise le **numéro de cas interne à l'hôpital**.

Le numéro d'identification univoque doit apparaître dans toutes les lignes de données correspondant à un cas:

- la ligne OFS MB (champ 51)
- la ligne hebdomadaire RE (champ 4)
- la ligne de coûts par cas (champ 3)
- le relevé de données supplémentaire (voir le fichier Excel)

4.2 Données médico-administratives (ligne MB)

Les données médico-administratives sont les données qui, aujourd'hui déjà, sont collectées obligatoirement par les hôpitaux pour la Statistique médicale de l'OFS. Les spécifications détaillées des variables individuelles peuvent être consultées dans les spécifications des variables de la Statistique médicale de l'OFS (OFS 2011).

Seules les données du Minimal Dataset de l'OFS (ligne MD) sont livrées. Il existe pour chaque cas une ligne MB comportant **51 colonnes**:

- La ligne comprend les données administratives et médicales (9 premiers diagnostics et 9 premiers traitements).
- Comprend les variables 0.1.V01 à 1.7.V11 de la Statistique médicale (OFS, variables de la Statistique médicale, spécifications valables dès 2009).
- Le **51^e champ** comprend le numéro d'identification univoque du cas. Ce numéro est indispensable afin de pouvoir relier ensemble les différentes lignes de données d'un même cas.

Une description détaillée du contenu de ces variables se trouve à l'Annexe 7.1

4.3 Assessments Reha hebdomadaires (ligne RE)

4.3.1 Moment du relevé des données hebdomadaires

Le relevé des assessments hebdomadaires, qui sont nécessaires au classement dans le PCS, a lieu chaque lundi (± 1 jour). En cas d'entrée dans le courant de la semaine, la première mesure est effectuée en principe dans un délai aussi proche que possible de l'entrée en clinique. La première mesure doit intervenir dans les trois jours ouvrables après l'entrée en clinique (jour d'entrée inclus).

4.3.2 Semaine patient

Une semaine patient dure en principe du lundi 00:00 h. au dimanche 24:00 h.

Première semaine: La première semaine dure du moment de l'entrée jusqu'au dimanche 24:00 h. En cas d'entrée dès le jeudi, les assessments ST Reha de la première semaine peuvent être repris pour la ligne RE de la deuxième semaine. En cas de sortie durant la première semaine

(jusqu'au dimanche 24:00), la première semaine dure depuis le moment de l'entrée jusqu'au moment de la sortie.

Jour d'entrée	Durée de la première semaine	Contenu de la ligne RE de la 1 ^{ère} semaine	Contenu de la ligne RE de la 2 ^e semaine
Lundi, Mardi, Mercredi,	Jour d'entrée jusqu'au dimanche 24:00	Mesure de la 1 ^{ère} semaine	Mesure de la 2 ^e semaine
Jeudi, Vendredi, Samedi, Dimanche	Jour d'entrée jusqu'au dimanche suivant 24:00	Mesure de la 1 ^{ère} semaine	Mesure de la 1 ^{ère} semaine

Dernière semaine: La dernière semaine dure du lundi 00:00 jusqu'au jour de la sortie. Si le patient sort un lundi, mardi ou mercredi, les assessments ST Reha de la semaine précédente peuvent être repris. Si le patient sort à partir du jeudi, les assessments ST Reha doivent être effectués le lundi de la semaine.

Jour d'entrée	Durée de la dernière semaine	Contenu de la ligne RE de la dernière semaine
Lundi, Mardi, Mercredi	Avant-dernier lundi de 00:00 au jour de sortie	Mesure de l'avant-dernière semaine
Jeudi, Vendredi, Samedi, Dimanche	De lundi 00:00 au jour de sortie	Mesure de la dernière semaine

4.3.3 Format de livraison des données Reha hebdomadaires

Le set de données comprend pour chaque semaine de séjour du patient une ligne RE avec à **chaque fois 114 champs (colonnes):**

- Le champ 1 définit la ligne comme ligne RE
- Le champ 2 comprend le numéro d'identification de l'hôpital (REE)
- Le champ 3 indique si les données de coûts et de prestations ont été relevées durant la semaine de relevé
- Le **champ 4** comprend le numéro d'identification interne à l'hôpital pour une identification univoque du cas
- Le champ 5 comprend des informations sur la filière de traitement
- Le champ 6 indique s'il s'agit d'un patient gériatrique
- Le champ 7 indique s'il s'agit d'un patient pédiatrique
- Le champ 8 renseigne le type de réadaptation
- Le champ 9 indique s'il s'agit d'un patient nécessitant des soins continus
- Le champ 10 comprend la date du début de la semaine de relevé
- Les champs 11-12 indiquent si le patient est entré ou sorti durant la semaine de relevé
- Les champs 13-31 sont réservés aux items MIF (seulement pour la filière de traitement neuro – selon l'hôpital EBI au lieu de MIF)

- Les champs 32-48 sont réservés aux items EBI (seulement pour la filière de traitement neuro – selon l'hôpital MIF au lieu d'EBI)
- Les champs 49-85 sont réservés aux items HAQ (seulement pour la filière de traitement «Autres» ~~muscle~~)
- Les champs 86-100 sont réservés aux items CIRS
- Les champs 101-102 sont réservés à l'échelle de la douleur (seulement pour la filière de traitement «Autres» ~~muscle~~)
- Les champs 103-112 comprennent les prestations hebdomadaires par groupes de professions
- Les champs 113-118 informent sur les principales dépenses dans la semaine par groupes de coûts (par ex. médicaments, analyses, etc.). Seuls sont inscrits ici les coûts dépassant CHF 300 par groupe de coûts et par semaine

Une description détaillée du contenu de ces variables se trouve à l'Annexe 9.2

4.4 Coûts par cas – en cas de relevé des coûts uniquement (ligne CC)

Ces instructions correspondent à celles de SwissDRG SA pour le relevé des données 2013 dans les hôpitaux de soins aigus (SwissDRG SA 2011). Comme elles ont été conçues pour les hôpitaux de soins somatiques aigus, elles comprennent aussi quelques positions de coûts qui ne sont pas pertinentes pour les cliniques de réadaptation et qui ne doivent donc pas être prises en compte (par ex. implants).

Pour la facturation des cas, SwissDRG SA recommande la méthode de comptabilité analytique REKOLE®. Concernant la délimitation des coûts, seuls les coûts des prestations relevant du catalogue de l'assurance obligatoire des soins (valable aussi pour l'assurance-accident, pour l'assurance militaire et pour l'assurance invalidité) doivent être livrés (coûts imputables).

4.4.1 Coût non-imputables

Sont définis comme coûts non-imputables les coûts qui ne correspondent pas à une prestation du catalogue de l'assurance obligatoire de soins. Ainsi il convient d'exclure des coûts des cas les coûts qui sont à la charge du patient⁴, les coûts qui ne concernent pas le patient⁵, les transports primaires ou d'autres prestations non remboursées.

En outre, les coûts des prestations d'intérêt général (cf. art. 49 al. 3 LAMal) doivent être dissociés des coûts des cas. Cela concerne notamment les coûts de la formation universitaire et de la recherche.

⁴ Par ex. télévision, eau minérale, etc.

⁵ Par ex. cafeteria ou autres prestations en faveur du personnel ou de tiers

4.4.2 Médicaments, implants et matériel médical

Les médicaments et les implants doivent être tous facturés comme coûts individuels (recommandation), ou au moins ceux dont les coûts dépassent le traitement global de 300 francs.

La différenciation entre

- 1) médicaments et
- 2) produits sanguins

dans le compte H+ 400 «Médicaments et produits sanguins» est recommandée. Au cas où la différenciation n'est pas possible, les coûts globaux pour les médicaments et les produits sanguins doivent être inclus dans la composante de coûts v10. Nous recommandons de le signaler le cas échéant dans le questionnaire à l'emplacement correspondant.

La différenciation entre

- 1) implants et
- 2) matériel médical

dans le compte H+ 401 «Implants et matériel médical» est recommandée. Au cas où la différenciation n'est pas possible, les coûts globaux pour les implants et le matériel médical doivent être inclus dans la composante de coûts v12. Nous recommandons de le signaler le cas échéant dans le questionnaire à l'emplacement correspondant.

4.4.3 Coûts d'utilisation des immobilisations (CUI)

Le calcul des coûts relatifs doit refléter la consommation effective des ressources due à l'utilisation des immobilisations. Pour le relevé SwissDRG, la facturation des CUI doit donc être basée sur une comptabilité analytique. L'objectif est de collecter des données objectives au niveau du patient sur l'utilisation des installations qui est nécessaire pour prodiguer le traitement. SwissDRG SA recommande la méthode décrite dans REKOLE®.

Les coûts d'utilisation des installations correspondent à l'ensemble des coûts liés à l'utilisation des installations (amortissements calculés, charge d'intérêts calculée et leasing financier). Ces coûts correspondent aux comptes 441, 442, 444, 446 et 448 dans le plan comptable de H+.

Dans le format SwissDRG, ces coûts doivent être identifiés clairement au niveau du cas (voir Annexe 7.3).

4.4.4 Formation universitaire et recherche (FU&R)

Selon les bases légales (art. 49 LAMal et art. 7 OCP), les coûts de la formation universitaire et de la recherche sont définis comme des coûts non imputables, qui ne doivent pas être financés par les forfaits par cas SwissDRG. Par conséquent, ces coûts doivent être séparés des coûts par cas et inscrits, si possible, dans la colonne A2. Au cas où les coûts FU&R ne peuvent pas être séparés, l'hôpital ne doit pas effectuer d'ajustement et doit l'indiquer dans le questionnaire.

4.4.5 Livraison des cas privés et semi-privés⁶

Pour la livraison des cas privés et semi-privés, il convient de procéder comme suit:

- la part des coûts qui est prise en charge par l'assurance complémentaire est soustraite (part des honoraires qui est prise en charge par l'assurance complémentaire, éventuellement les coûts supplémentaires d'hôtellerie ou de soins induits par les classes de lits privés ou semi-privés);

ou

- les honoraires sont livrés in extenso selon le type de médecin traitant (c'est-à-dire selon le format indiqué à l'Annexe 7.3).

4.4.6 Honoraires des médecins

D'après REKOLE[®], les honoraires sont décomptés selon le type de médecin traitant. L'objectif du nouveau format est de mieux identifier les coûts supplémentaires des cas privés et semi-privés (part des honoraires ne relevant pas de l'AOS).

- Honoraires des médecins hospitaliers (compte H+ 380) → composante v14;
- Honoraires des médecins agréés reconnus par l'assurance sociale (compte H+ 381) → composante v15;
- Honoraires des médecins non agréés reconnus par l'assurance sociale (part du compte H+ 405, qui contient les honoraires) → composante v16;

4.4.7 Format de livraison des coûts par cas

Les données de coûts comportent 28 variables:

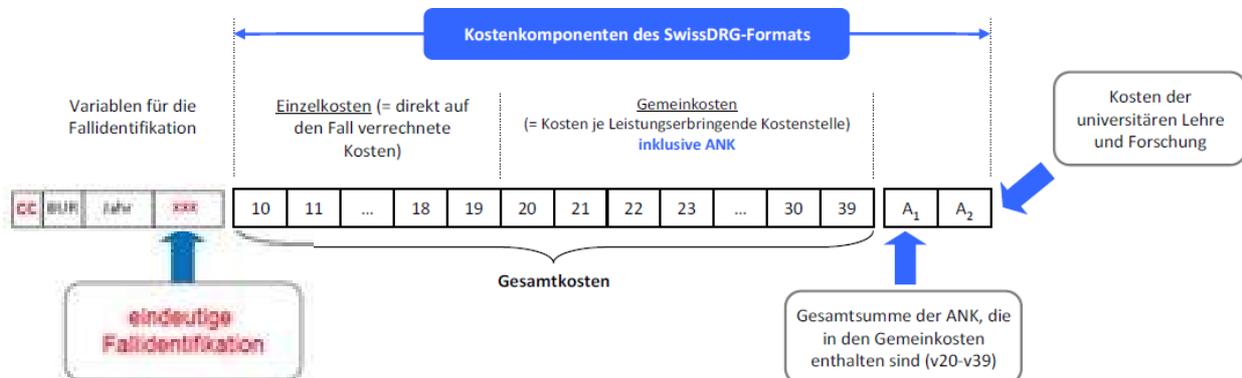
- 1 variable de préfixe d'enregistrement (CC)
- 3 variables d'identification du cas: numéro d'identification de l'hôpital, année du relevé et numéro d'identification univoque du cas (= numéro d'identification interne à l'hôpital).
- 22 variables comprenant les coûts imputables:
 - > 9 composantes pour les coûts isolés (v10-v19);
 - > 13 composantes pour les coûts des centres de charges fournisseurs de prestations selon REKOLE[®] (v20-v39).
- 1 variable (A1) comprenant l'ensemble des coûts d'utilisation des immobilisations qui sont compris dans les coûts totaux (composantes v10-v39).

⁶ Sur ce point, une divergence marquée subsiste par rapport aux directives de SwissDRG SA (Swiss-DRG SA 2011).

- 1 variable (A2) comprenant les coûts de l'enseignement universitaire et de la recherche.

Une description détaillée du contenu de ces variables est disponible à l'Annexe 7.3.

Figure 2: Coûts par cas selon les directives de SwissDRG SA



SwissDRG SA[®] (modifié)

4.5 Relevé de données supplémentaire

Durant l'année 2014, un relevé de données supplémentaire sera introduit. L'objectif de ce relevé consiste à enregistrer séparément les prestations qui ne relèvent pas de la réadaptation afin que des propositions reposant sur des données puissent être faites pour la prise en compte de ces prestations au sein des catégories de gravité ou en tant qu'indemnisation séparée.

Les prestations concernées ont été définies par le comité de pilotage et peuvent être réparties dans les trois groupes suivants:

1. Processus thérapeutiques et diagnostics de médecine aiguë conséquents, ainsi que produits et substances actives, qui ne sont pas liés au traitement principal, qui ne sont pas utilisés pour atteindre les objectifs de la réadaptation, resp. de l'amélioration fonctionnelle. Souvent pour la poursuite d'un traitement commencé avant le séjour en réadaptation ou pour l'adaptation de thérapies médicales en cours ou de contrôles externes prescrits préexistants.
2. Processus thérapeutiques et diagnostics conséquents en réadaptation, mais qui ne concernent pas le principal domaine de réadaptation choisi.
3. Matériel et produits qui sont remis ou adaptés durant la réadaptation – mais qui seront utilisés par le patient lui-même après sa sortie (LiMA, exoprothèses, orthèses)

Le relevé de données supplémentaire est élaboré en collaboration avec SwissDRG SA. Dans le domaine de la somatique aiguë, cette dernière réalise en effet un relevé supplémentaire poursuivant le même but que celui de ST Reha.

5 Date et volume de la livraison des données

Après l'introduction définitive de ST Reha, une livraison de données annuelle unique est prévue. Durant la phase pilote néanmoins, deux livraisons annuelles sont planifiées, afin que la ZHAW puisse déjà travailler au développement du PCS pendant l'année en cours.

Pour les données 2014, les livraisons suivantes sont prévues:

Données de tous les patients relevées durant la période	Type des données des patients à livrer	Date de la livraison
du 1.1.2014 au 30.6.2014 (1er semestre)	Lignes RE Lignes MB	Jusqu'au 1.10.2014
du 1.1.2014 au 31.12.2014 (toute l'année)	Lignes RE Lignes MB Lignes CC	Jusqu'au 1.5.2015

6. Protection des données

Le relevé des données est soumis au concept de protection des données de SwissDRG SA.

7. Transmission des données à la ZHAW

Le nom des données transmises est fixé comme suit:

[Nom de l'hôpital (un mot)]_[abréviation du set de données (MB/RE/CC)]_[date de la livraison (format AAAAMMJJ)]

Exemple: Valens_RE_20120822.txt

8. Contacts

Pour des informations supplémentaires, nous vous prions de vous adresser à:

M. Simon Wieser (tél. 058 934 68 74, e-mail: wiso@zhaw.ch) ou

M. Renato Mattli (tél. 058 934 78 92, e-mail: matl@zhaw.ch).

9. Annexe: Format de livraison des données

9.1 Format de la statistique médicale OFS (Ligne MB)

MB Ligne (minimal Dataset)					
No	Variable	Description	Format	Exemple	Remarques
1	0.1.V01	Préfixe d'enregistrement	AN (2)	MB	
2	0.1.V02	Numéro de l'établissement (satellite santé du REE)	AN (8)	60611111	
3	0.1.V03	Site	AN (5)	8511A	
4	0.1.V04	Canton	AN (2)	SZ	Abréviation OFS du canton
5	0.2.V01	Code de liaison anonyme	AN (16)	A	
6	0.2.V02	Définition du cas	AN (1)	0	A, B. ou C
7	0.3.V01	Questionnaire nouveau-nés	N (1)	0	Devrait être 0 en Reha
8	0.3.V02	Questionnaire psychiatrique	N (1)	0	Devrait être 0 en Reha
9	0.3.V03	Questionnaire par groupe de patients	N (1)	0	Devrait être 0 en Reha
10	0.3.V04	Questionnaire cantonal	N (1)	1	
11	1.1.V01	Sexe	N (1)	.	
12	1.1.V02	Date de naissance (AAAAMMJJ)	N (8)	.	
13	1.1.V03	Age à l'admission	N (3)		
14	1.1.V04	Domicile (région)	AN (4)	.	
15	1.1.V05	Nationalité	AN (3)	.	
16	1.2.V01	Date et heure d'admission (AAAAMMJJhh)	N (10)	2010113009	
17	1.2.V02	Séjour avant l'admission	N (1)		
18	1.2.V03	Mode d'admission	N (1)		
19	1.2.V04	Décision d'envoi	N (1)		
20	1.3.V01	Préfixe de prise en charge	N (1)		
21	1.3.V02	Classe	N (1)		
22	1.3.V03	Séjour en soins intensifs (heures révolues)	N (4)	.	
23	1.3.V04	Congés administratifs, vacances (heures révolues)	N (4)		
24	1.4.V01	Centre de prise en charge des coûts	AN (4)		Pour la réadaptation en cliniques de réadaptation
25	1.4.V02	Prise en charge des soins de base	N (1)		
26	1.5.V01	Date et heure de sortie (AAAAMMJJhh)	N (10)		
27	1.5.V02	Décision de sortie	N (1)		
28	1.5.V03	Séjour après la sortie	N (1)		
29	1.5.V04	Prise en charge après la sortie	N (1)		
30	1.6.V01	Diagnostic principal	AN (5)		
31	1.6.V02	Complément au diagnostic principal	AN (5)		
32	1.6.V03	1 ^{er} diagnostic supplémentaire	AN (5)		
...	1.6.V0...	...	AN (5)		
39	1.6.V10	8 ^e diagnostic supplémentaire	AN (5)		
40	1.7.V01	Traitement principal	AN (5)		
41	1.7.V02	Début du traitement principal (AAAAMMJJhh)	N (10)		
42	1.7.V03	1 ^{er} traitement supplémentaire	AN (5)		
...	1.7.V...	...	AN (5)		
50	1.7.V11	9 ^e traitement supplémentaire	AN (5)		
51	FID	Numéro d'identification du cas	AN(16)	1122334455	Numéro du cas interne à la clinique

9.2 Format des assessments PCS hebdomadaires (ligne RE)

No	Variable	Description	Format	Exemple	Echelle	Remarques
1	7.01.V01	Préfixe d'enregistrement	N (2)	RE		
2	7.01.V02	Numéro de l'établissement (satellite santé du REE)	AN(8)			
3	7.01.V03	Relevé des données de prestations et de coûts pour la semaine de référence	N (1)	0		0 = non; 1 = oui
4	FID	Numéro d'identification du cas	AN(16)	1122334455		Numéro du cas interne à la clinique
5	7.02.V02	Filière de réadaptation	N (1)	1		1 = neurologique; 2 = cardiologique; 3 = pulmonaire; 4 = autre
6	7.02.V03	Patient gériatrique	N (1)	1	0 1	0 = non; 1 = oui (au cas où un spécialiste en gériatrie participe à la prestation)
7	7.02.V04	Patient pédiatrique	N (1)	0	0 1	0 = non; 1 = oui (au cas où un pédiatre participe à la prestation)
8	7.02.V05	Type de réadaptation	N (2)	4	1 – 10	1 = gériatrique 2 = interne 3 = cardiovasculaire 4 = musculosquelettique 5 = neurologique 6 = oncologique 7 = pédiatrique 8 = en cas de paraplégie 9 = psychosomatique 10 = pulmonaire
9	7.02.V06	Réadaptation intensive	N (1)	2	0 1	0 = non; 1 = oui (possible uniquement pour les réadaptations interne, cardiaque, musculosquelettique, neurologique, oncologique et pulmonaire)
10	7.02.V06	Date du début de la semaine de relevé (AAAAMMJJ)	N (8)	20100601		Doit être un lundi, sauf en cas d'admission durant la semaine de relevé
11	7.02.V07	Date d'admission si elle a lieu durant la semaine de relevé (AAAAMMJJ)	N (8)	20100601		
12	7.02.V08	Date de sortie si elle a lieu durant la semaine de relevé (AAAAMMJJ)	N (8)	20100601		
MIF						
13	7.03.V01	Date du relevé de la MIF (AAAAMMJJ)	N (8)	20110601		Pour la neuro: soit MIF soit EBI
14	7.03.V02	Manger / Boire	N (1)		1 à 7	
15	7.03.V03	Soins corporels	N (1)		1 à 7	
16	7.03.V04	Bain / Douche / Toilette	N (1)		1 à 7	
17	7.03.V05	Habillement en haut	N (1)		1 à 7	
18	7.03.V06	Habillement en bas	N (1)		1 à 7	
19	7.03.V07	Utilisation des toilettes	N (1)		1 à 7	
20	7.03.V08	Contrôle de la vessie	N (1)		1 à 7	
21	7.03.V09	Contrôle des intestins	N (1)		1 à 7	

22	7.03.V10	Transfert lit / chaise / chaise roulante	N (1)		1 à 7	
23	7.03.V11	Transfert aux toilettes	N (1)		1 à 7	
24	7.03.V12	Transfert douche / baignoire	N (1)		1 à 7	
25	7.03.V13	Marche / chaise roulante	N (1)		1 à 7	
26	7.03.V14	Montée des escaliers	N (1)		1 à 7	
27	7.03.V15	Compréhension	N (1)		1 à 7	
28	7.03.V16	Expression	N (1)		1 à 7	
29	7.03.V17	Comportement social	N (1)		1 à 7	
30	7.03.V18	Résolution de problème	N (1)		1 à 7	
31	7.03.V19	Mémoire	N (1)		1 à 7	
EBI						
32	7.04.V01	Date du relevé de l'EBI (AAAAMMJJ)	N (8)	20100601		Pour la filière de réadaptation neurologique: MIF ou EBI
33	7.04.V02	Manger / Boire	N (1)		0 2 3 4	
34	7.04.V03	Soins personnels	N (1)		0 1 2 3 4	
35	7.04.V04	Habillage/déshabillage	N (1)		0 1 2 4	
36	7.04.V05	Bain / douche/ toilette corporelle	N (1)		0 1 2 3 4	
37	7.04.V06	Passage de la chaise roulante au lit	N (1)		0 1 2 4	
38	7.04.V07	Déplacement sur sol plat	N (1)		0 1 2 3 4	
39	7.04.V08	Monter/descendre des escaliers	N (1)		0 1 2 4	
40	7.04.V09	Utilisation des toilettes	N (1)		0 1 2 4	
41	7.04.V10	Contrôle anal	N (1)		0 2 3 4	
42	7.04.V11	Contrôle des intestins	N (1)		0 1 3 4	
43	7.04.V12	Compréhension	N (1)		1 3 4	
44	7.04.V13	Intelligibilité	N (1)		0 1 3 4	
45	7.04.V14	Interaction sociale	N (1)		0 2 4	
46	7.04.V15	Résolution de problème	N (1)		0 2 4	
47	7.04.V16	Mémoire, capacité d'apprentissage, orientation.	N (1)		0 1 2 3 4	
48	7.04.V17	Vue / Neglect	N (1)		0 1 3 4	
HAQ						
49	7.05.V01	Date du relevé du HAQ (AAAAMMJJ)	N (8)	20100601		HAQ pour la filière de soins musculo-squelettique uniquement
50	7.05.V11	S'habiller (haq1)	N (1)		0 à 3	
51	7.05.V12	Se laver les cheveux (haq1)	N (1)		0 à 3	
52	7.05.V21	Se lever d'une chaise (haq2)	N (1)		0 à 3	
53	7.05.V22	Se mettre au lit, se lever du lit (haq2)	N (1)		0 à 3	
54	7.05.V31	Couper la viande avec un couteau (haq3)	N (1)		0 à 3	
55	7.05.V32	Porter un verre aux lèvres (haq3)	N (1)		0 à 3	
56	7.05.V33	Ouvrir une brique de boisson (haq3)	N (1)		0 à 3	
57	7.05.V41	Marcher en terrain plat (haq4)	N (1)		0 à 3	
58	7.05.V42	Monter des marches (haq4)	N (1)		0 à 3	
59	7.05.V13	Aide à l'habillement / aux soins corporels (haq1)	N (1)		0 1	
60	7.05.V23	Aide pour se lever (haq2)	N (1)		0 1	
61	7.05.V34	Aide pour manger (haq3)	N (1)		0 1	

62	7.05.V43	Aide pour marcher (haq4)	N (1)		0 1	
63	7.05.V14	Aide pour s'habiller / soins corporels (haq5)	N (1)		0 1	
64	7.05.V24	Aide pour se lever (haq2)	N (1)		0 1	
65	7.05.V35	Aide pour manger (haq3)	N (1)		0 1	
66	7.05.V44	Aide pour marcher (haq4)	N (1)		0 1	
67	7.05.V51	Se laver / sécher (haq5)	N (1)			
68	7.05.V52	Prendre un bain (haq5)	N (1)		0 à 3	
69	7.05.V53	Aller au toilettes (haq5)	N (1)		0 à 3	
70	7.05.V61	Soulever deux kilos au-dessus de la tête (haq6)	N (1)		0 à 3	
71	7.05.V62	Se baisser pour ramasser un vêtement (haq6)	N (1)		0 à 3	
72	7.05.V71	Ouvrir une porte de voiture (haq7)	N (1)		0 à 3	
73	7.05.V72	Dévisser le couvercle d'un pot (déjà ouvert une fois) (haq7)	N (1)		0 à 3	
74	7.05.V73	Ouvrir et fermer un robinet (haq7)	N (1)		0 à 3	
75	7.05.V81	Faire ses courses (haq8)	N (1)		0 à 3	
76	7.05.V82	Monter et descendre de voiture (haq8)	N (1)		0 à 3	
77	7.05.V83	Travaux ménagers ou jardinage (haq8)	N (1)		0 à 3	
78	7.05.54	Aide pour les soins corporels (haq5)	N (1)		0 1	
79	7.05.V63	Aide pour lever (haq6)	N (1)		0 1	
80	7.05.V74	Aide pour attraper et ouvrir (haq7)	N (1)		0 1	
81	7.05.V84	Aide pour d'autres activités (haq8)	N (1)		0 1	
82	7.05.V55	Aide pour les soins corporels (haq5)	N (1)		0 1	
83	7.05.V64	Aide pour lever (haq6)	N (1)		0 1	
84	7.05.V75	Aide pour attraper et ouvrir (haq7)	N (1)		0 1	
85	7.05.V85	Aide pour les courses et les travaux ménagers (haq8)	N (1)		0 1	
CIRS						
86	7.06.V01	Date du relevé du CIRS (AAAAMJJ)	N (8)		0 1	
87	7.06.V02	Cardiaque (cœur uniquement)	N (1)		0 à 4	
88	7.06.V03	Hypertension artérielle (sans complications - les lésions organiques sont cotées séparément)	N (1)		0 à 4	
89	7.06.V04	Vasculo-hématopoïétique	N (1)		0 à 4	
90	7.06.V05	Poumons et voies respiratoires	N (1)		0 à 4	
91	7.06.V06	ORL et yeux	N (1)		0 à 4	
92	7.06.V07	Tractus gastro-intestinal supérieur	N (1)		0 à 4	
93	7.06.V08	Tractus gastro-intestinal inférieur	N (1)		0 à 4	
94	7.06.V09	Foie, bile et pancréas	N (1)		0 à 4	
95	7.06.V10	Reins	N (1)		0 à 4	
96	7.06.V11	Voies urogénitales	N (1)		0 à 4	
97	7.06.V12	Appareil locomoteur et peau	N (1)		0 à 4	

98	7.06.V13	Système nerveux	N (1)		0 à 4	
99	7.06.V14	Système endocrinien, métabolisme	N (1)		0 à 4	
100	7.06.V15	Troubles psychiques	N (1)		0 à 4	
Douleur						
101	7.07.V01	Date du relevé des douleurs (JJJMMTT)	N (8)			pour la filière de soins musculo-squelettique uniquement
102	7.07.V02	Echelle de la douleur	N (2)		00 à 10	
Soins						
103	7.10.V01	Soins (minutes durant la semaine de relevé)	N (5)			Arrondi en minutes entières
104	7.10.V02	Médecins (minutes durant la semaine de relevé)	N (5)			Arrondi en minutes entières
105	7.10.V03	Physiothérapie (minutes durant la semaine de relevé)	N (5)			Arrondi en minutes entières
106	7.10.V04	Ergothérapie (minutes durant la semaine de relevé)	N (5)			Arrondi en minutes entières
107	7.10.V05	Neuropsychologie (minutes durant la semaine de relevé)	N (5)			Arrondi en minutes entières
108	7.10.V06	Psychologie clinique (minutes durant la semaine de relevé)	N (5)			Arrondi en minutes entières
109	7.10.V07	Logopédie (minutes durant la semaine de relevé)	N (5)			Arrondi en minutes entières
110	7.10.V08	Médecine traditionnelle chinoise (minutes durant la semaine de relevé)	N (5)			Arrondi en minutes entières
111	7.10.V09	Service social (minutes durant la semaine de relevé)	N (5)			Arrondi en minutes entières
112	7.10.V10	Autres thérapies (minutes durant la semaine de relevé)	N (5)			Arrondi en minutes entières
113	7.10.V11	CHF médicaments, durant la semaine de relevé	N (6)			Seulement si plus de CHF 300 par semaine
114	7.10.V12	CHF examens, durant la semaine de relevé	N (6)			Seulement si plus de CHF 300 par semaine
115	7.10.V13	CHF laboratoire, durant la semaine de relevé	N (6)			Seulement si plus de CHF 300 par semaine
116	7.10.V14	CHF matériel, durant la semaine de relevé	N (6)			Seulement si plus de CHF 300 par semaine
117	7.10.V15	CHF coûts de transports durant, la semaine de relevé	N (6)			Seulement si plus de CHF 300 par semaine
118	7.10.V16	CHF autres coûts, durant la semaine de relevé	N (6)			Seulement si plus de CHF 300 par semaine

9.3 Format du fichier des coûts par cas (seulement en cas de relevé des coûts)

No	Variable	Description	Format	Exemple	Facturation
1	CC	Préfixe d'enregistrement	AN(2)	CC	
2	REE	Numéro d'identification de l'hôpital (REE)	AN(8)		
3	year	Année du relevé	N(4)		
4	FID	Numéro d'identification du cas FID	AN(16)	1122334455	
Coûts directs					Plan comptable H+
5	v10	Médicaments	N (10)	12000	400
6	v11	Sang et produits sanguins			400
7	v12	Implants	N (10)		401
8	v13	Matériel médical	N (10)		401
9	v14	Honoraires de médecins, médecins d'hôpitaux	N (10)		380
10	v15	Honoraires de médecins, médecins agréés (assujettis aux charges sociales)	N (10)		381
11	v16	Honoraires de médecins, médecins agréés (non assujettis aux charges sociales)	N (10)		405*
12	v17	Ressources pour certificats et expertises	N (10)		386
13	v19	Autres coûts directs	N (10)		403+404+405**+ 480+485+486
Coûts indirects					Centres de charges obligatoires REKOLE
14	v20	Salles d'opération	N (10)		(20)
15	v21	Unités de soins intensifs (SI) et soins continus (intermediate care IC)	N (10)		(24)
16	v22	Urgences	N (10)		(25)
17	v23	Imagerie médicale et médecine nucléaire	N (10)		(26) + (28)
18	v24	Laboratoire (dons de sang inclus)	N (10)		(29)
19	v25	Dialyses	N (10)		(30)
20	v26	Corps médical	N (10)		(31)
21	v27	Thérapies non médicales et conseil (physiothérapie, ergothérapie, logopédie, conseil en diététique, thérapie d'activation)	N (10)		(32)+(33)+ (34)+(35)
22	v28	Diagnostic médical et thérapeutique	N (10)		(36)
23	v29	Service de soins	N (10)		(39)
24	v30	Hôtellerie	N (10)		(41)+(42)+(43)
25	v31	Salle d'accouchement	N (10)		(27)
26	V32	Anesthésie			(23)
27	v39	Autres fournisseurs de prestations (administration des patients; centrale d'intervention et d'urgences; service de sauvetage et d'ambulance)	N (10)		(44)+(45)+(10)+(77)***

Variables supplémentaires (dont)				
28	A1	Ensemble des charges d'utilisation des immobilisations du cas (= somme des charges d'utilisation des immobilisations du cas comprises dans les composantes v20 à v39)	N (10)	441+442+444+ +448
29	A2	Coûts de la formation universitaire et de la recherche	N (10)	-
* Seulement la partie Honoraires du compte 405 (cf. REKOLE, Plan comptable H+ 2008)				
** Sans les honoraires (cf. REKOLE, Plan comptable H+ 2008)				
*** Sans les coûts des transports primaires				

9.4 Annonce de livraison des données

Numéro de l'établissement (satellite santé du REE)	
Nom de l'établissement	
Date du début de la période de relevé	
Date de la fin de la période de relevé	

Nom des fichiers transmis	Préfixe d'enregistrement	Lignes entières dans le fichier	Date de création
Minimal Dataset MedStat	MB		
Assessments PCS hebdomadaires	RE		
Coûts par cas	CC		
Données supplémentaires	Excel sép.		

10. Extrait du Manuel de codage OFS

Manuel de codage. Le manuel officiel des règles de codage en Suisse (Version 2014, Office fédéral de la statistique 2013)

D15c Transferts

Transfert pour suite de soins

Lorsqu'un patient est transféré dans un autre hôpital pour suite de soins (qu'il s'agisse de **soins somatiques aigus** ou de **réadaptation/convalescence**), chaque hôpital doit coder un cas séparé. La maladie/blessure initiale est codée comme diagnostic principal. Le fait qu'il ne s'agit pas d'une prise en charge primaire du patient est indiqué par un code Z comme premier diagnostic supplémentaire.

En présence de plusieurs diagnostics, le diagnostic principal est choisi selon de la définition du diagnostic principal (règle C52).

Remarque : les codes de cause externe ne se codent qu'une seule fois lors du premier séjour stationnaire (dans le premier hôpital).

Exemple 1

Transfert dans l'hôpital B après ostéosynthèse d'une fracture dans l'hôpital A.

L'hôpital B code :

DP Code S
DS Z47.8 Autres soins de contrôle orthopédiques précisés

Exemple 2

Transfert dans l'hôpital B après le traitement primaire d'une maladie coronarienne par pontage AC dans l'hôpital A.

L'hôpital B code :

DP I25.- Cardiopathie ischémique chronique
DS Z48.8 Autres soins de contrôle chirurgicaux précisés
DS Z95.1 Présence d'un pontage aorto-coronaire

Exemple 3

Transfert à la clinique de réadaptation après implantation d'une prothèse en raison d'une arthrose de hanche droite dans l'hôpital régional.

La clinique de réadaptation code :

DP M16.1 Autres coxarthroses primaires
L 1
DS Z50.-1 Soins impliquant une rééducation
DS Z96.6 Présence d'implants d'articulations orthopédiques
L 1

Exemple 4

Transfert en réadaptation après révision d'une prothèse de hanche droite descellée dans l'hôpital régional.

La clinique de réadaptation code :

DP T84.0 Complication mécanique d'une prothèse articulaire interne
L 1
DS Z50.-1 Soins impliquant une rééducation

11. Références

Office fédéral de la statistique OFS (2011). Variables de la statistique médicale valables à partir du 1.1.2012. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique.

Office fédéral de la statistique OFS (2012). Manuel de codage - Le manuel officiel des règles de codage en Suisse - Version 2014. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique.

H+ (2013) DefReha[®] Version1.0 - Réadaptation stationnaire: domaines spécialisés et définitions des critères d'inclusion et d'exclusion pour les différents types de réadaptation.

J. Kool, S. Wieser, et al. (2009) Schlussbericht - Entwicklung eines Patientenklassifikationssystems für die Rehabilitation in der Schweiz. Winterthur, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

Conseil fédéral (2002). Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie.

SwissDRG SA (2011) Documentation du relevé SwissDRG 2011. Berne, SwissDRG SA.

SwissDRG SA (2013). Documentation du relevé SwissDRG 2012 – Version actualisée.