

Relevé des données TARPSY 2015

Contenu et format du relevé des données

Livraison au printemps 2016

Psychiatrie pour adultes

Pédopsychiatrie

Adresses de contact: Institut d'économie de la santé de Winterthour, ZHAW:

Simon Wieser, tél. 058 934 68 74, wiso@zhaw.ch

Marco Riguzzi, tél. 058 934 45 99, rigu@zhaw.ch

Patrick Keller, tél. 058 934 66 60, keep@zhaw.ch

Version 0.9: 11.11.2016

Les modifications importantes par rapport à la version 0.5 (25.03.2015) sont **marquées en vert.**

Les modifications importantes du contenu par rapport à la version précédente sont **marquées en jaune.**

Table des matières

1	Introduction.....	3
2	Directives sur le relevé et les livraisons des données	4
2.1	Psychiatrie des adultes et pédopsychiatrie.....	4
2.2	Délimitation des cas à livrer	5
2.3	Dates de livraison	6
2.4	Informations supplémentaires de l'hôpital.....	7
2.5	Identification des patients et des cas.....	7
2.6	Distinction hospitalier / ambulatoire	8
2.7	Congés	10
2.8	Format des données.....	10
2.9	Points importants contribuant à l'amélioration de l'évaluation.....	10
3	Fichiers de données.....	12
3.1	Données médico-administratives.....	12
3.1.1	Données minimales OFS (MB).....	12
3.1.2	Données complémentaires Psychiatrie OFS (MP).....	13
3.2	Relevé HoNOS toutes les 2 semaines (PH, adultes uniquement).....	13
3.3	Relevé HoNOSCA toutes les 2 semaines (PC, enfants et adolescents uniquement).....	14
3.4	Diagnostic multiaxial (PX, enfants et adolescents uniquement).....	15
3.5	Minutes de prestations journalière (PL).....	15
3.6	Périodes de congé (PT).....	16
3.7	Coûts par cas (CC).....	16
3.8	Annonce pour le transfert de données	17
4	Questionnaires complémentaires pour toute l'année du relevé.....	18
4.1	Employés et volume salarial brut par catégorie professionnelle.....	18
4.2	Questionnaire SwissDRG.....	19
5	Protection des données.....	19
6	Transmission des données à la ZHAW.....	19
7	Contacts.....	19

8	Annexe I: Délimitations et méthode de calcul des coûts par cas.....	20
8.1	Coûts non imputables	20
8.2	Médicaments, implants et matériel médical	20
8.3	Coûts d'utilisation des immobilisations (CUI)	21
8.4	Doctrine universitaire et recherche	21
8.5	Cas privés et semi-privés.....	21
8.6	Honoraires des médecins.....	21
9	Annexe II: Format de livraison de données	22
9.1	Format des données minimales OFS (MB)	22
9.2	Format de données complémentaires Psychiatrie OFS (MP).....	24
9.3	Format du relevé HoNOS (PH, comme pour l'ANQ).....	25
9.4	Format du relevé HoNOSCA (PC, comme pour l'ANQ).....	26
9.5	Diagnostic multiaxial (PX).....	27
9.6	Format des minutes de prestations journalière (PL).....	28
9.7	Format du relevé des périodes de congé (PT).....	28
9.8	Format des coûts par cas (CC).....	29
9.9	Annonce du transfert de données	30
9.10	Calcul du coût par minute de prestation; formulaire de saisie.....	31
9.11	Exemple de fichier TARPSY (6 fichiers de données et 3 exemples de cas)	33
10	Sources bibliographiques.....	34

1 Introduction

La nouvelle réglementation du financement hospitalier adoptée en 2007 prévoit, pour l'ensemble des traitements hospitaliers de Suisse, l'introduction de forfaits liés aux prestations (en général des forfaits par cas), qui reposent sur des structures homogènes au plan national. Tandis que la société SwissDRG SA a développé un système tarifaire de forfaits par cas pour les hôpitaux de soins aigus au cours de ces dernières années, applicable depuis 2012 pour l'établissement des décomptes, aucun système de ce type n'existe pour les soins psychiatriques hospitaliers.

Conformément à l'art. 49, al. 1 et 2 de la LAMal, SwissDRG SA est chargée d'élaborer, pour la rémunération des prestations stationnaires de psychiatrie, un système tarifaire national uniforme lié aux prestations. L'Institut d'économie de la santé de Winterthur (WIG) de la Haute école zurichoise pour les sciences appliquées (ZHAW) apporte son soutien au projet TARPSY au niveau de la collecte et de l'analyse des données.

Le système tarifaire doit être simple et homogène au plan national; il doit résister aux manipulations et être susceptible de pouvoir évoluer. Les principales caractéristiques de classement sont le diagnostic principal et l'intensité du cas.

Ce document décrit le contenu et le format des données nécessaires au développement de la structure tarifaire TARPSY. Du point de vue de la structure, le document est basé sur les directives de SwissDRG SA relatives au relevé des données dans les hôpitaux pour soins aigus (SwissDRG SA 2014). Dans ce document les prescriptions pour la psychiatrie des adultes et pour la pédopsychiatrie ont été réunies.

Les données suivantes sont relevées dans les hôpitaux:

1. Les données issues de la livraison obligatoire de la *Statistique médicale de l'OFS (données minimales et données complémentaires psychiatrie)*. Outre le diagnostic principal, les diagnostics secondaires et l'âge, d'autres informations pourraient servir d'input pour la classification TARPSY. Les diagnostics secondaires psychiatriques et non psychiatriques doivent également être collectés de manière détaillée, conformément au manuel de codage de l'OFS (données minimales et données complémentaires psychiatrie forment chacune une ligne de données par cas).
2. La mesure de l'intensité du cas est effectuée au moyen du relevé HoNOS/HoNOSCA toutes les deux semaines. Elle est aussi toujours effectuée durant la semaine d'admission et durant la semaine de sortie (une ligne de données par questionnaire).
3. Le schéma de classification multiaxial est relevé uniquement dans la pédopsychiatrie. Le diagnostic de sortie est déterminant (une ligne de données par cas).
4. Les minutes de prestations prodiguées quotidiennement à chaque patient individuel (par le biais de cinq catégories professionnelles pour la psychiatrie des adultes, et de sept catégories professionnels pour la pédopsychiatrie; une ligne de données par jour d'hospitalisation)
5. Le codage des périodes de congé du patient (une ligne de données par congé).
6. Les coûts par cas selon SwissDRG SA (une ligne de données par cas)

2 Directives sur le relevé et les livraisons des données

2.1 Psychiatrie des adultes et pédopsychiatrie

Les hôpitaux qui saisissent des données aussi bien pour la psychiatrie des adultes que pour la pédopsychiatrie effectuent désormais une livraison combinée de ces données. Cette procédure facilite le transfert des données et le processus de livraison pour les hôpitaux. Il en résulte que les bases de données qui comprennent les mêmes variables pour les deux domaines sont valables pour les cas des deux domaines. Les **données minimales (MB)** de Statistique médicale comprennent désormais **une variable supplémentaire (ligne 53)**, identifiant si un cas relève de la psychiatrie des adultes ou de la pédopsychiatrie.

La figure 1 présente un aperçu des données à livrer en distinguant si un hôpital saisit uniquement la psychiatrie des adultes ou uniquement la pédopsychiatrie, ou alors les deux.

Le relevé du BSCL (adultes) et celui du HoNOSCA-SR (enfants et adolescents) sont abandonnés.

Figure 1: Bases de données à livrer

	Hôpital pour adultes	Hôpital pour enfants et adolescents	Hôpital combiné
MB: Set minimal de données OFS	×	×	×
MP: Données suppl. psychiatrie OFS	×	×	×
PH: HoNOS toutes les 2 semaines	×		×
PC: HoNOSCA toutes les 2 semaines		×	×
PX: Diagnostic multiaxial		×	×
PL: Minutes de prest. quotidiennes	×	×	×
PT: Périodes de congé	×	×	×
CC: Fichier de coûts du cas	×	×	×
	6 sets de données	7 sets de données	8 sets de données

2.2 Délimitation des cas à livrer

Les hôpitaux fournissent des données pour l'ensemble des cas hospitaliers traités à l'hôpital dans l'année du relevé.

Le Tableau 1 montre en détail les données devant être fournies:

Tableau 1: **Etendue des bases de données à livrer**

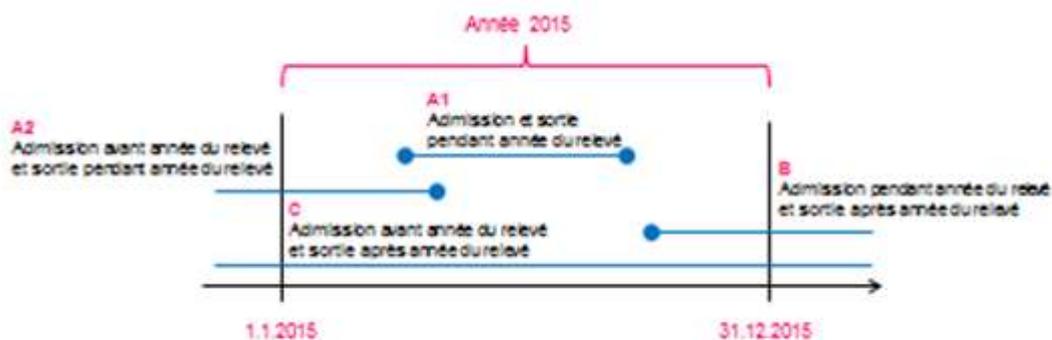
Fichier	Sigle	Données à fournir pour la livraison annuelle 2013 et 2014
Données minimales OFS	MB	tous les cas (A1, A2, B, C)
Données complémentaires psychiatrie OFS	MP	tous les cas (A1, A2, B, C)
HoNOS toutes les 2 semaines	PH	Observations: tous les questionnaires HoNOS saisis durant l'année du relevé
HoNOSCA toutes les 2 semaines	PC	Observations: tous les questionnaires HoNOSCA saisis durant l'année du relevé
Diagnostic multiaxial	PX	Cas: tous les cas (A1, A2, B, C)
Minutes de prestations journalières	PL	Observations: toutes les minutes par jour-patient de l'année du relevé
Périodes de congé	PT	Observations: toutes les périodes de congé de l'année du relevé
Fichier des coûts par cas	CC	Cas: tous les cas avec admission et sortie au cours de l'année du relevé (A1, A2)

Observez les différences entre les bases de données avec des informations concernant les cas particuliers (MB, MP, PX, CC), celles se référant à une observation journalière, à un questionnaire HoNOS(CA) ou à une période de congé (PH, PC, PL, PT).

Bases de données avec des information concernant les cas :

- Dans les fichiers de données MB et MP, il faut livrer exactement les mêmes fichiers de données que pour l'OFS, donc les cas A, B et C selon la statistique médicale (voir la figure 1 pour la catégorisation des cas). La seule différence par rapport à la livraison à l'OFS réside dans le fait que les données MB et MP de la livraison TARPSY doivent également contenir l'identification des cas.
- Les mêmes directives que pour les données MB et MP (Cas A1, A2, B, C) sont valables pour la base de données PX de la pédopsychiatrie.
- Le fichier des coûts par cas CC doit être fourni que pour les patients avec sortie au cours de l'année saisie (cas A1 et A2 selon la figure 2) alors que leur admission a pu avoir lieu dans l'année en cours ou l'année précédente.
- Les bases de données MB, MP, PX et CC sont livrés sans regroupement des cas.

Figure 2: Représentation des types de cas possibles en fonction du moment d'admission et de sortie



Bases de données avec observations journalières, questionnaires ou périodes de congé : Pour les enregistrements PH, PC, PL et PT, toutes les données saisies **durant l'année du relevé** doivent être livrées. Toutes les minutes de prestations, les questionnaires HoNOS(CA) et les périodes de congé enregistrés entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre doivent donc être livrés, indépendamment de la date d'admission/sortie du patient concerné. Par contre, les données enregistrés l'année qui précède l'année de relevé ne doivent **pas** être livrés.

Il est primordial que le numéro d'identification du patient/cas soit toujours le même dans les différents enregistrement. Cela doit aussi être le cas pour les enregistrements concernant différentes années de relevé. Plus précisément, un patient qui se trouve à l'hôpital lors du changement d'année doit avoir le même numéro d'identification dans les enregistrement concernant l'année 2014 comme dans ceux concernant l'année 2013.

2.3 Dates de livraison

Le Tableau 2 indique les dates de livraison des données. La date de livraison du fichier des coûts par cas est fixée au **30 avril**, soit plus tard que pour les autres fichiers de données car, dans de nombreux hôpitaux, le bouclage comptable de l'année précédente n'a lieu qu'en avril.

Tableau 2: Dates de livraison et contenu des données livrées

Date de livraison	Fichier de données	Période de saisie des données (voir Tableau 1)
30.03.2016	MB, MP, PH, PC, PX, PL, PT	toute l'année 2015
30.04.2016	CC	toute l'année 2015
30.04.2016	Informations supplémentaires sur l'hôpital	toute l'année 2015
30.05.2016	Corrections	toute l'année 2015

Si les données livrées sont erronées, les hôpitaux disposent d'un mois pour les corriger (jusqu'au 30 mai).

Les données fournies après la date de livraison et après l'expiration du délai de correction ne sont pas prises en compte dans les analyses.

2.4 Informations supplémentaires de l'hôpital

Le relevé annuel des données prévoit toute une série de questions supplémentaires, qui ne concernent pas les différents patients, mais l'ensemble de l'hôpital:

- La saisie du nombre d'employés équivalent à l'emploi à plein temps et du volume salarial brut par groupes professionnels pour le calcul des coûts par minute des minutes de prestations.
- Questionnaire SwissDRG pour les hôpitaux sur les informations de contact et le type de saisie des coûts.

Ces informations supplémentaires doivent systématiquement être transmises à la ZHAW pour le 30 avril.

2.5 Identification des patients et des cas

Les hôpitaux garantissent le lien entre les données médico-administratives OFS, l'évaluation de la gravité des cas à l'aide de HoNOS, les minutes de prestations, les périodes de congé et les coûts par cas au moyen d'une **identification claire du cas** (FID). A cet effet, le numéro de cas interne de l'hôpital est utilisé. Cette identification de cas doit apparaître dans toutes les lignes de données appartenant à un cas:

- Données minimales OFS (MB): champ 51
- Données complémentaires psychiatrie OFS (MP): champ 34
- Relevé HoNOS/HoNOSCA (PH/PC): champ 3
- Diagnostic multilatéral (PX): champ 3
- Minutes de prestations quotidiennes (PL): champ 3
- Périodes de congé (PT): champ 3
- Fichier des coûts par cas (CC): champ 4

De plus, le lien entre différents séjours d'un même patient dans le même hôpital doit être garanti. L'identification des patients a lieu par le biais d'une **identification de patient** interne de l'hôpital (PID) :

- Les données minimales OFS (MB) : champ 52.

Le classement d'un cas dans la psychiatrie des adultes ou dans la pédopsychiatrie intervient au moyen de la **variable d'identification** correspondante (EKJ) :

- Les données minimales OFS (MB) : champ 53.

2.6 Distinction hospitalier / ambulatoire

La distinction entre les traitements hospitaliers et ambulatoires se base sur l'ordonnance sur le calcul des coûts et la saisie des prestations par les hôpitaux 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'article 49, alinéa 1 de la loi, 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'article 49, alinéa 6, de la LAMal tous les traitements qui ne sont pas réputés hospitaliers. Les séjours répétés dans des hôpitaux de jour ou de nuit sont également réputés traitement ambulatoire.

Afin d'assurer une mise en œuvre uniforme de ces définitions, les partenaires du domaine de la santé ont convenu de l'interprétation suivante de celles-ci (voir figure 2):

Explications des critères de délimitation

Le critère ❶ «≥ 24 heures» signifie que le patient reste au moins 24 heures à l'hôpital ou à la maison de naissance.

Le critère ❷ «décès» répond à la question de savoir si le patient est décédé.

Le critère ❸ «transfert vers autre hôpital» répond à la question de savoir si le patient a été transféré dans un autre hôpital ou si le patient a été transféré dans un autre hôpital ou dans un hôpital depuis une maison de naissance.

Le critère ❹ «séjours à répétition dans des hôpitaux de jour ou de nuit» correspond à une décision médicale qui fait partie intégrante du plan thérapeutique du patient. Les séjours répétés en psychiatrie dans les hôpitaux de jour et de nuit, ainsi que les séjours répétés dans d'autres domaines de prestations médicales et thérapeutiques comme par exemple la chimio- ou la radiothérapie, les dialyses, les traitements de la douleur effectués à l'hôpital, ou la physiothérapie, sont considérés comme traitements ambulatoires.

Le critère ❺ «nuit» est saisi et mesuré selon la «règle de minuit». En d'autres termes, le critère est rempli si le patient est à l'hôpital ou à la maison de naissance à minuit (00:00).

Le critère ❻ «occupation d'un lit»: un patient occupe un lit dès qu'il s'agit d'un lit d'unité de soins. Les lits occupés suite à un accouchement sont considérés de façon identique. Les traitements de patients

qui nécessitent uniquement le service d'urgence ou la salle d'accouchement (aussi bien de jour que de nuit) sont considérés comme ambulatoires.

Les critères ⑤ «nuit» et ⑥ «occupation d'un lit» sont indissociables. En d'autres termes, un traitement de moins de 24 heures doit satisfaire les critères «nuit» et «occupation d'un lit» pour être saisi et imputé en tant que traitement hospitalier.

Figure 3: Diagramme du schéma décisionnel hospitalier ou ambulatoire

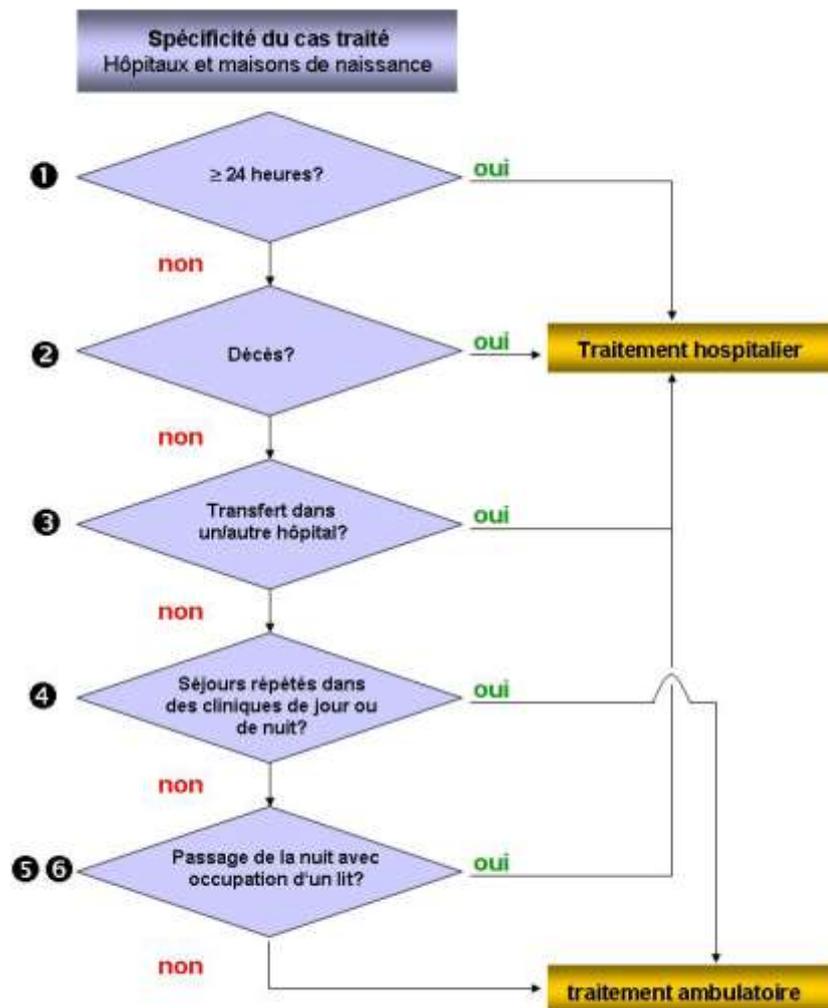


Figure: H+© 2008

2.7 Congés

Durant un traitement hospitalier, les absences brèves d'une durée maximale de 24 heures sont possibles si elles n'entraînent pas la cessation du traitement (c.-à-d. la sortie). Ces absences brèves englobent un congé bref de 24 heures au maximum ou un séjour de courte durée de moins de 24 heures dans un autre hôpital à des fins d'examen ou de traitement spécifique.

Les consultations ou traitements ambulatoires avec des épisodes de traitement d'une durée inférieure de 24 heures ne remplissant pas les critères susmentionnés pour des cas semi-stationnaires ne sont pas saisis dans le cadre de la statistique médicale.

Dans la méthode de calcul pour les congés administratifs, seules les absences d'une durée supérieure à 24 heures sont comptabilisées. Ceci est aussi valable en cas de congé multiple. Autrement dit, seules sont pris en compte les absences dépassant la durée d'une journée.

2.8 Format des données

Les relevés de données sont établis au niveau du cas. Les fichiers (données médico-administratives OFS, HoNOS, minutes de prestations journalières, périodes de congé et coûts par cas) doivent être livrés en **format texte (ASCII)**.

Les variables doivent être séparées par des **barres verticales (en anglais «pipes», code ASCII 124: « | »)**. La dernière variable d'une ligne doit également se terminer par une barre verticale. Le **CRLF (code ASCII 13 et 10)** est utilisé pour le retour à la ligne.

Les dates sont entrées sous format **AAAAMMJJ**.

2.9 Points importants contribuant à l'amélioration de l'évaluation

Des lacunes ont souvent été constatées dans les livraisons de données précédentes conduisant à leur exclusion de l'évaluation. Au total, seul un tiers des cas livrés ont pu être exploités pour l'évaluation principale, ce qui signifie que **deux tiers ont dû être écartés**. On relèvera à cet égard que tous les hôpitaux ne sont pas concernés dans une égale mesure et que beaucoup ont déjà bien fait des efforts pour améliorer la qualité des données.

Afin d'atteindre un taux d'exploitation des données le plus élevé possible, les aspects les plus importants à améliorer sont présentés ci-dessous:

- Dans près de 50% des cas livrés jusqu'à présent, le relevé **HoNOS** n'est pas saisi **complètement et toutes les deux semaines**. Il convient de souligner qu'un relevé **«ANQ conforme» n'est pas suffisant**. Les directives de l'ANQ tolèrent qu'une valeur manque dans trois dimensions au maximum pour chaque relevé. Tous les relevés HoNOS/HoNOSCA qui ne comportent pas **une valeur située entre 0 et 4 pour chacun des 12/13 items principaux** doivent être exclus des analyses menées dans le cadre du projet TARPSY.
- Dans près de 20% des cas livrés jusqu'à présent, les **minutes de prestations n'ont pas été relevées quotidiennement**, des «jours vides» ont été générés et les minutes correspondantes ont été reportées sur un jour ultérieur.

- Un cas (identifié par le FID) n'est pas **inscrit dans toutes les bases de données centrales** (MB, PH, PL, CC) dans env. 20% des FID livrés.

⇒ Le non-respect de l'un de ces trois principes entraîne déjà l'exclusion du cas de l'évaluation principale.

Parmi les autres difficultés rencontrées touchant les données, et qui sont des sources supplémentaires d'erreur pour l'évaluation, sont en particulier les suivantes:

- Le **nombre de variables** (colonnes) dans la base de données ne correspond pas à la consigne (variables en trop ou manquantes).
- Les **consignes relatives aux valeurs acceptées** ne sont pas respectées (ex. signes particuliers comme +, -, ` , %, etc., ou inscription de texte, p. ex. «non» à la place de 9).
- Le **format des données (ASCII) ou la balise** (barre verticale ou en anglais «pipes», code ASCII 124: « | ») diffère des prescriptions. L'utilisation des tabulations comme balises pose un problème particulier.

Alors que, dans les bases de données PH, PC, PX, PL, PT et CC, toutes les variables sont importantes pour l'évaluation, on peut, pour les bases de données MB et MP, distinguer entre les variables essentielles et celles utilisées pour les évaluations complémentaires. Les variables particulièrement importantes sont les suivantes:

- Base de données MB
 - Préfixe d'enregistrement (colonne 1)
 - Numéro de l'établissement (colonne 2)
 - Âge (colonne 13)
 - Date et heure d'admission (colonne 16)
 - Classe (colonne 21)
 - Congé administratif (colonne 23)
 - Date et heure de sortie (colonne 26)
 - Diagnostic principal (colonne 30)
 - Complément au diagnostic principal (colonne 31)
 - 1^{er} diagnostic secondaire (colonne 32)
 - 2^e diagnostic secondaire (colonne 33)
 - Numéro d'identification du cas (colonne 51)
 - Numéro d'identification du patient (colonne 52)
 - Décision d'envoi en psychiatrie des adultes / pédopsychiatrie (colonne 53)
- Base de données MP
 - Entrée volontaire (colonne 15)
 - Internement préventif (colonne 16)

3 Fichiers de données

3.1 Données médico-administratives

Les données médico-administratives sont des données qui sont déjà recueillies à titre obligatoire par les hôpitaux dans le cadre de la statistique médicale de l'OFS. Elles englobent les données minimales OFS (MB) et les données complémentaires Psychiatrie (MP). **L'envoi de ces données pour TARPSY se fait à l'aide de deux fichiers séparés et dans un seul pour l'OFS.**

Pour la spécification détaillée des différentes variables, il convient de se reporter à la **Variables de la statistique médicale – Spécifications valables à partir du 1.1.2012 (OFS 2011)**.

Pour le codage des diagnostics, il faut noter que, en plus du diagnostic principal selon le manuel de codage de l'OPS, les diagnostics secondaires possibles doivent également être codés. Nous vous prions de suivre cette instruction car il est possible que la prise en compte des diagnostics secondaires permette de mieux pronostiquer les coûts des patients.

Nous attirons votre attention sur le fait que, conformément à l'[actualisation des paramètres de collecte de mars 2013](#), il est obligatoire d'utiliser la version CIM-10-GM 2012 à partir du 1.1.2013 pour tous les hôpitaux (y compris les hôpitaux psychiatriques, les cliniques de réadaptation et les cliniques spécialisées).

3.1.1 Données minimales OFS (MB)

Pour chaque cas, le jeu de données comporte une ligne MB de **53 colonnes**:

- Champs 1 - 4: Identification de l'établissement
- Champs 5 - 6: Code de liaison et cas statistique
- Champs 7 - 10: Information sur les données complémentaires également fournies
- Champs 11 - 15: Indications sociodémographiques
- Champs 16 - 19: Caractéristiques d'admission
- Champs 20 - 23: Caractéristiques de séjour
- Champs 24 - 25: Informations comptables
- Champs 26 - 29: Caractéristiques de sortie
- Champs 30 - 39: Diagnostics (CIM-10-GM Version 2012)
- Champs 40 - 50: Traitements (CHOP)
- **Champ 51: Numéro d'identification du cas FID**
- **Champ 52: Numéro d'identification du patient PID**
- **Champ 53: Décision d'envoi en psychiatrie des adultes / pédopsychiatrie EKJ.**

Le numéro **FID** sert à relier entre eux les différents fichiers de données d'un cas. Le numéro **PID** sert à identifier les différents patients en cas de séjours répétés dans le même hôpital. **Le numéro EKJ sert à identifier si un cas relève de la psychiatrie des adultes ou de la pédopsychiatrie.**

Vous trouverez une description détaillée du contenu de ces variables dans l'annexe 9.1.

3.1.2 Données complémentaires Psychiatrie OFS (MP)

Pour chaque **cas**, le jeu de données comporte une ligne MP de **34 colonnes**.

- Champ 1: type de relevé.
- Champs 2 - 13: données sur la personne.
- Champs 14 - 16: données sur l'admission.
- Champs 17 - 30: données sur le traitement.
- Champs 31 - 33: données sur la sortie.
- **Champ 34: numéro d'identification du cas FID.**

Le numéro **FID** sert à relier entre eux les différents fichiers de données d'un cas.

Vous trouverez une description détaillée du contenu de ces variables dans l'annexe 9.2.

3.2 Relevé HoNOS toutes les 2 semaines (PH, adultes uniquement)

Les évaluations de la gravité du cas au moyen des relevés **HoNOS** sont déjà effectuées obligatoirement par les hôpitaux pour l'ANQ. Toutefois, contrairement à l'ANQ, la saisie HoNOS n'a pas lieu uniquement durant les semaines d'admission et de sortie mais en plus **une semaine sur deux**.

L'établissement des relevés HoNOS intervient selon le document de l'ANQ «Questionnaire „HoNOS“ y inclus glossaire et conventions de codage ANQ» (ANQ 2014).

Le relevé HoNOS porte systématiquement sur les sept jours écoulés (ANQ). Le premier relevé HoNOS doit être établi dans les 3 jours qui suivent l'admission. Le dernier relevé HoNOS doit être effectué au plus tôt 3 jours avant la sortie. Un relevé intermédiaire HoNOS suffit à partir d'un écart >2 semaines entre les dates d'admission et de sortie HoNOS saisies. Cela signifie que si les dates d'admission et de sortie HoNOS sont saisies dans un délai de trois jours après l'admission ou avant la sortie:

- Une saisie HoNOS intermédiaire est nécessaire, s'il y a un écart de 15 à 28 jours entre les dates d'admission et de sortie dans HoNOS.
- Deux saisies HoNOS intermédiaires sont nécessaires, s'il y a un écart de 29 à 42 jours entre les dates d'admission et de sortie dans HoNOS.
- Etc.

Si la clinique a instauré un rythme HoNOS avec des relevés HoNOS intermédiaires plus fréquents que requis par le relevé cela suffit également aux demandes sur la perception des données.

Il est impératif de saisir tous les points du relevé HoNOS, c'est-à-dire que pour chacune des douze dimensions une valeur de 0-4 doit être inscrite (contrairement à ANQ où l'absence de certaines valeurs est permis).

Par questionnaire HoNOS et patient, l'enregistrement contient une ligne PH avec 21 colonnes :

- Champ 1: Type de relevé
- Champ 2: Numéro REE
- **Champ 3: Numéro d'identification du cas FID**
- Champ 4: Semaine du relevé: semaine d'admission, de sortie ou une semaine se situant entre la semaine d'admission et de sortie

- Champs 5 - 6: Raison du drop-out, autrement dit l'absence de relevé HoNOS. Vu que la saisie des valeurs HoNOS est effectuée par des tiers, de tels drop-outs ne devraient toutefois pas se produire
- Champ 7: Date du relevé
- Champs 8 - 21: Items interrogatifs du relevé HoNOS

Vous trouverez une description détaillée du contenu de ces variables se trouve dans l'annexe 9.3.

3.3 Relevé HoNOSCA toutes les 2 semaines (PC, enfants et adolescents uniquement)

Le premier relevé HoNOSCA doit être établi dans les trois jours qui suivent l'admission. Les relevés suivants sont effectués à intervalle toutes les 2 semaines. Le relevé HoNOSCA toutes les 2 semaines porte systématiquement sur les sept jours écoulés (ANQ). Un dernier relevé HoNOSCA doit être effectué avant la sortie – en notant qu'il ne faut pas établir plus d'un relevé dans la semaine. Le relevé est effectué conformément aux directives de l'ANQ. Un relevé intermédiaire HoNOSCA suffit à partir d'un écart >2 semaines entre les dates d'admission et de sortie HoNOS saisies. Cela signifie que si les dates d'admission et de sortie HoNOS sont saisies dans le délai de trois jours après l'admission ou avant la sortie:

- Une saisie HoNOSCA intermédiaire est nécessaire, s'il y a un écart de 15 à 28 jours entre les dates d'admission et de sortie dans HoNOS.
- Deux saisies HoNOSCA intermédiaires sont nécessaires, s'il y a un écart de 29 à 42 jours entre les dates d'admission et de sortie dans HoNOSCA.
- Etc.

Si la clinique a instauré un rythme HoNOS avec des relevés HoNOS intermédiaires plus fréquents que requis par le relevé cela suffit également aux demandes sur la perception des données.

Par questionnaire HoNOSCA et patient, l'enregistrement contient une ligne PH avec 20 colonnes :

- Les champs 1 à 3 identifient le type des données, l'hôpital et le cas
- Le 3^e champ comporte le numéro d'identification du cas FID
- Le 4^e champ indique si le relevé porte sur la semaine d'admission, sur une semaine intermédiaire ou sur la semaine de sortie
- Les champs 7 à 20 comportent la date du relevé et les items interrogatifs du relevé HoNOSCA.

Contrairement au HoNOS de la psychiatrie pour adultes, des dimensions en particulier sans valeur de 0-4 sont amissibles dans le HoNOSCA. Cela se justifié par le fait que les informations nécessaires ne peuvent être procurées que par le patient et qu'il n'y pas toujours des tierces personnes à disposition. Il faut cependant tenir compte que dans ce cas aussi les valeurs manquantes ne sont pas tolérées, il faut inscrire la valeur «9» (=inconnu/non applicable). Il est essentiel de ne pas implémenter des automatismes systématiques, comme de compléter automatiquement les cases vides avec un« 9 ». La valeur «9» doit être employé dans le sens d'une évaluation médicale, cela permet de distinguer des cases vides (=valeur manquante) lors de l'analyse des données.

Vous trouverez une détaillée du contenu de ces variables se trouve dans l'annexe 9.4.

3.4 Diagnostic multiaxial (PX, enfants et adolescents uniquement)

Le schéma de classification multiaxial (MAS) est à remplir définitivement et au plus tard durant la semaine de sortie (pour toute information complémentaire, se référer aussi à Remschmidt et al. (2006). Cependant le codage des diagnostics est effectué conformément au catalogue CIM-10-GM, soit le même catalogue utilisé pour la Statistique médicale de l'OFS.

Pour la semaine de sortie du patient, le fichier de données comporte une **ligne PX de 17 colonnes**:

- Les champs 1 à 3 identifient le type de données, l'hôpital et le cas
- Le **3^e champ** contient le numéro d'identification du cas FID
- Les champs 4 à 17 contiennent la date du relevé et les items interrogatifs du MAS

Attention, tous les axes du MAS doivent être remplis.

Vous trouverez une description détaillée du contenu de ces variables se trouve dans l'annexe 9.5.

3.5 Minutes de prestations journalière (PL)

Les prestations fournies quotidiennement pour chaque patient adultes par cinq catégories professionnelles **resp. sept catégories professionnelles pour enfants et adolescents**, sont indiquées en minutes. La durée des prestations réellement apportées et pouvant clairement être attribuées au patient est relevé.

Avec l'intégration des directives TARPSY pour le relevé des données de la psychiatrie des adultes et de la pédopsychiatrie, le fichier PL comporte désormais **11 colonnes au lieu de 9**.

Veillez **ne pas** comptabiliser sur une seule journée la somme des minutes de prestations de plusieurs jours (donc pas d'écriture collective), mais bien attribuer les prestations au jour où elles ont été fournies. Ne pas se conformer à cette instruction compromet la procédure d'**analyse temporelle des coûts du cas considéré – le cas est de suite exclu de l'évaluation**.

Pour chaque **jour d'hospitalisation** du patient, la base de données comporte une ligne **PL de 9 colonnes**:

- Champ 1: Type de relevé
- Champ 2: Numéro REE
- **Champ 3: Numéro d'identification du cas FID**
- Champ 4: Date du relevé
- Champs 5 - 9: Minutes de prestations fournies au patient le jour du relevé par les cinq catégories professionnelles médecins, psychologues et psychothérapeutes, soins infirmiers, ergothérapeutes et autres thérapeutes, services sociaux.

Pour la **pédopsychiatrie**, les **2 colonnes PL supplémentaires** (11 colonnes au total) comportent:

- Champs 10-11: Minutes de prestations fournies au patient le jour du relevé par les deux catégories professionnelles : éducateurs spécialisés et pédagogues. Le relevé des minutes de prestations des pédagogues est facultatif.

Vous trouverez une description détaillée du contenu de ces variables se trouve dans l'annexe 9.6.

3.6 Périodes de congé (PT)

Conformément à la [Spécification des variables de la statistique médicale des hôpitaux en vigueur dès le 1.1.2012](#) (BFS 2011), il convient d'indiquer un congé administratif lorsqu'un patient quitte l'institution «pour cause de vacances» pour plus de 24 heures alors **qu'une place lui reste attribuée**.

Pour chaque **période de congé** du patient, le jeu de données comporte une ligne PT de **7 colonnes**:

- Champ 1: Type de relevé
- Champ 2: Numéro REE
- **Champ 3: Numéro d'identification du cas FID**
- Champs 4 - 5: Date et heure du début du congé
- Champs 6 - 7: Date et heure de la fin du congé

Vous trouverez une description détaillée du contenu de ces variables se trouve dans l'annexe 9.7.

3.7 Coûts par cas (CC)

Le format de livraison pour le fichier des coûts par cas correspond en principe à la [Documentation relative au relevé de données SwissDRG 2014](#). Le champ **Type de relevé** avec la valeur CC est toutefois requis en plus. Pour l'identification du patient dans le projet TARPSY, le **numéro de cas interne de l'hôpital** et non la clé primaire du fichier de statistique médicale est utilisé.

Pour chaque **cas**, le jeu de données comporte une ligne CC de **29 colonnes**:

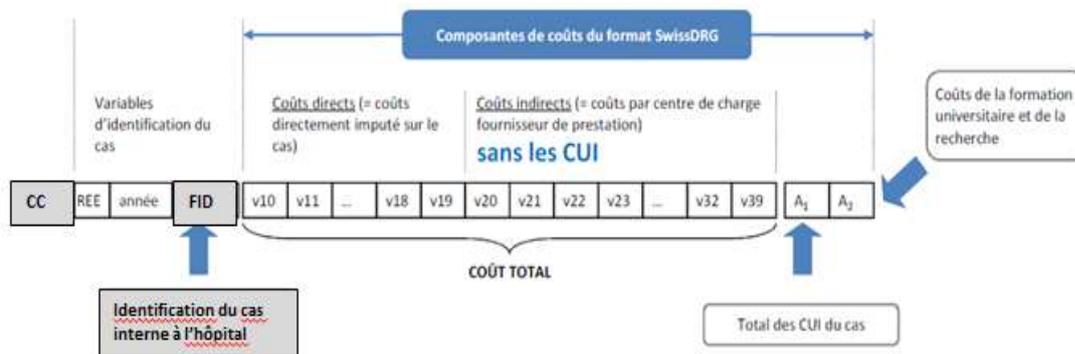
- **Champ 1: Type de relevé (CC)**
- Champ 2: Numéro REE de l'hôpital
- Champ 3: Année du relevé
- **Champ 4: Numéro d'identification du cas FID**
- Champs 5 - 13: Composantes des coûts avec coûts directs (v10-v19)
- Champs 14 - 27: Composantes des coûts avec les coûts des **centres de charges fournisseurs de prestations** selon REKOLE® (v20-v39). Ces composantes de coûts doivent être indiquées **hors coûts d'utilisation des immobilisations**.
- Champ 28: Variable (A1) avec la totalité des coûts d'utilisation des immobilisations pour le cas
- Champ 29: Variable (A2) avec les coûts de la formation universitaire et de la recherche

Vous trouverez une description détaillée du contenu de ces variables se trouve dans l'annexe 9.8.

Les variables de coûts sont mentionnées en francs avec deux chiffres après la virgule et ne sont pas arrondies (par exemple 10.24).

Tous les cas avec sortie durant l'année du relevé doivent être livrés, l'admission peut avoir eu lieu durant l'année du relevé ou plus tôt.

Figure 4: Coûts par cas selon le relevé Swiss DRG



SwissDRG SA[®] (adapté, SwissDRG SA 2014)

3.8 Annonce pour le transfert de données

Le transfert de données au ZHAW est toujours accompagné par une annonce de livraison de données englobant:

- l'identification de l'hôpital;
- la date de début et de fin de la période de relevé;
- le nombre de lignes dans chacune des bases de données livrées;
- la date de création de chacune des bases de données livrées.

Il conviendrait de se reporter à l'annexe 9.9 pour le format de l'annonce de livraison de données.

4 Questionnaires complémentaires pour toute l'année du relevé

4.1 *Employés et volume salarial brut par catégorie professionnelle*

Les coûts quotidiens de chaque patient pendant la durée du séjour en hôpital sont calculés pour l'élaboration de TARPSY. A cet effet, les minutes de prestations des différentes catégories professionnelles apportées patient (voir fichier PL) sont multipliées par les taux de charges respectifs par minute de prestation. Pour le calcul de ces taux de charges, les hôpitaux communiquent à la ZHAW le nombre d'employés travaillant à plein temps, le volume salarial brut, ainsi que toute une série d'autres informations par catégorie professionnelle.

La saisie de ces informations a lieu à l'aide d'un fichier Excel prédéfini (voir annexe), dans lequel seuls les champs marqués en jaune doivent être renseignés. Les autres champs montrent la procédure pour le calcul des taux de charge et peuvent être utilisées par les hôpitaux pour la plausibilisation de leur saisie.

Les informations suivantes doivent être saisies:

- Nom de l'hôpital
- Début et fin de la période du relevé
- Nombre de jours-patients durant la période du relevé
- Nombre de lits exploités durant la période du relevé (si l'effectif de lits est augmenté ou réduit au cours de la période du relevé, alors la moyenne doit être indiquée).
- Pour les cinq catégories professionnelles : médecins, psychologues et psychothérapeutes, soins infirmiers, ergothérapeutes et autres thérapeutes, services sociaux
 - nombre de minutes à l'hôpital
 - nombre de minutes à l'hôpital de jour
 - nombre de minutes ambulatoires
 - postes à plein temps (sans les médecins agréés, liste séparée des médecins selon le temps de travail hebdomadaire)
 - temps de travail prévisionnel hebdomadaire
 - coûts salariaux sous forme de total des salaires bruts (y compris 13^e mois et allocations) des collaborateurs saisis. Les allocations comportent entre autres les allocations familiales et l'indemnité de résidence, les indemnités de dérangements, les participations aux bénéfices, la participation contractuelle au chiffre d'affaires, les avantages sociaux, les commissions et les salaires des travailleurs temporaires. Les honoraires des médecins agréés doivent être saisis séparément.

4.2 Questionnaire SwissDRG

Le questionnaire SwissDRG sur les informations de contact et le type de saisie des coûts dans les hôpitaux (voir [exemple](#)) sera adapté pour les livraisons des données des hôpitaux d'ici le mois de mars 2016 et ensuite mis à disposition.

Exemple sous:

http://www.swissdrg.org/assets/pdf/Erhebung_2015/141127_Beispielfragebogen_SpitalSwissDRG_F.pdf

5 Protection des données

La protection des données du relevé est réglementée dans le cadre du concept de protection des données de SwissDRG SA.

6 Transmission des données à la ZHAW

Les données peuvent être transmises par courriel, par voie postale ou sur demande par une méthode de transfert individuelle sûre.

7 Contacts

Pour toute information complémentaire, veuillez vous adresser à:

Simon Wieser, tél. 058 934 68 74, wiso@zhaw.ch

Marco Riguzzi, tél. 058 934 45 99, rigu@zhaw.ch

Patrick Keller, tél. 058 934 66 60, keep@zhaw.ch

8 Annexe I: Délimitations et méthode de calcul des coûts par cas

Ces instructions sont conformes à la [Documentation du relevé SwissDRG 2015](#) pour le relevé de données 2014 dans les hôpitaux pour soins aigus (SwissDRG SA 2014). Vu que ce relevé a été élaboré pour les hôpitaux de soins somatiques, il comporte quelques positions de coûts non déterminantes pour les hôpitaux psychiatriques et dont il n'est pas nécessaire d'en tenir compte (p. ex.: implants).

Pour le calcul des coûts par cas, SwissDRG SA exige la méthode de comptabilité de gestion REKOLE®.

En ce qui concerne la délimitation des coûts, seuls les coûts représentés dans le catalogue des prestations LAMal doivent être fournis (coûts imputables). Le catalogue des prestations LAMal est également valable pour la LAA, l'AI et l'AM.

8.1 Coûts non imputables

Sont définis comme non imputables tous les coûts de prestations non comprises dans le catalogue des prestations LAMal. Ainsi les frais à la charge des patients¹, les coûts non liés aux patients², les transports primaires ou autres prestations non remboursées doivent être exclus des coûts par cas.

De plus, les coûts des prestations d'intérêt général (art. 49, al. 3 LAMal) doivent être exclus des coûts par cas notamment et entre autres les coûts de la formation universitaire et de la recherche.

8.2 Médicaments, implants et matériel médical

Il est recommandé de saisir les médicaments et les implants sous la rubrique des coûts directs, au moins ceux dont les coûts dépassent les CHF 300.-.

Dans le compte H+ 400 « Médicaments et produits sanguins » il est recommandé de faire la distinction entre :

- 1) les médicaments (v10) et
- 2) les produits sanguins dans v11

Si cette distinction n'est pas possible, l'intégralité des coûts des médicaments et produits sanguins doit être contenue dans le composant de frais « Médicaments » (v10). Nous vous saurions gré de le mentionner, le cas échéant, dans le questionnaire à la position indiqués.

Dans le compte H+ 401 « Implants et matériel médical », il est recommandé de faire la distinction entre:

- 1) les implants (v12) et
- 2) le matériel médical (v13)

Si cette distinction n'est pas possible, l'intégralité des coûts des implants et du matériel médical doit être contenue dans le composant frais « Implants » (v12). Nous vous saurions gré de le mentionner, le cas échéant, dans le questionnaire à la position indiquée.

La [Documentation du relevé SwissDRG 2015](#) (SwissDRG SA 2014) définit d'une part une distinction entre les médicaments et les produits sanguins et d'autre part entre les implants et le matériel médical.

¹ ex.: télévision, eau minérale etc.

² ex.: cafétéria ou autres prestations aux personnels ou à des tiers

8.3 Coûts d'utilisation des immobilisations (CUI)

Par coût d'utilisation des immobilisations, on entend l'ensemble des coûts liés à l'utilisation des immobilisations (amortissements calculés, charges d'intérêts calculées et leasings financiers).

Les coûts d'utilisation des immobilisations correspondent aux comptes 442, 444 et 448 du plan comptable H+.

Le calcul des *cost-weights* doit impérativement refléter à la consommation effective des ressources.

SwissDRG SA exige la méthode REKOLE®. Les [principes et règles pour la détermination des coûts d'utilisation des immobilisations selon REKOLE®](#) sont disponibles sur le site Internet de SwissDRG SA.

Sous le format SwissDRG, les coûts d'utilisation des immobilisations doivent être clairement identifiables au niveau du cas administratif (cf. annexe 9.8). Conformément à REKOLE®, les CUI sont exclus des composants des centres de charges fournisseurs de prestations, ils constituent un composant de coûts séparé (A1).

8.4 Formation universitaire et recherche

Selon les bases légales (LAMal, art. 49 et OCP, art. 7), la formation universitaire et la recherche font parties des coûts non imputables ; ils ne sont donc pas financés par le système SwissDRG. Dès lors, il conviendrait de les supprimer des coûts par cas et de les identifier, dans la mesure du possible, au niveau du cas dans la colonne A2.

Si l'exclusion des coûts de la formation universitaire et de la recherche n'est pas possible dans la rubrique des coûts par cas, l'hôpital n'effectue aucun ajustement, mais l'indique dans le questionnaire, à la case prévue à cet effet.

8.5 Cas privés et semi-privés

Les hôpitaux peuvent exclure les surcoûts liés à la classe du lit avant la livraison des données (ex.: honoraires privés des médecins hospitaliers, part privée des honoraires des médecins agréés, etc.). L'ajustement est documenté dans le questionnaire lors du transfert de données.

8.6 Honoraires des médecins

Selon REKOLE®, les honoraires sont imputés selon la catégorie du médecin traitant:

- honoraires des médecins hospitaliers (compte H+ 380) → composant v14;
- honoraires des médecins agréés assujettis aux assurances sociales (compte H+ 381) → composant v15;
- honoraires des médecins agréés non assujettis aux assurances sociales (partie du compte H+ 405 qui comporte les honoraires) → composant v16.

9 Annexe II: Format de livraison de données

9.1 Format des données minimales OFS (MB)

⇒ Pour la psychiatrie des adultes et la pédopsychiatrie

Ligne MB		Données minimales			
N°	Variable	Description	Format	Exemple	Remarque
1	0.1.V01	Préfixe d'enregistrement (données minimales)	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	Sigle du canton OFS
5	0.2.V01	Code de liaison anonyme	AN (16)		Ne pas fournir, pour des raisons de protection des données
6	0.2.V02	Définition du cas statistique	AN (1)	A	A, B ou C
7	0.3.V01	Questionnaire nouveau-nés	N (1)	0	
8	0.3.V02	Questionnaire psychiatrique	N (1)	1	Doit être de 1 en psychiatrie
9	0.3.V03	Questionnaire par groupes de patients	N (1)	0	
10	0.3.V04	Questionnaire cantonal	N (1)	1	
11	1.1.V01	Sexe	N (1)	1	
12	1.1.V02	Date de naissance (AAAAMMJJ)	N (8)		Ne pas fournir, pour des raisons de protection des données
13	1.1.V03	Age à l'admission	N (3)	25	
14	1.1.V04	Région de domicile	AN (4)	.	
15	1.1.V05	Nationalité	AN (3)	.	
16	1.2.V01	Date et heure d'admission	N (10)	2010113009	Format AAAAMMJJhh
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	Type de prise en charge	N (1)		
21	1.3.V02	Classe	N (1)		
22	1.3.V03	Séjour en soins intensifs	N (4)	0	En psychiatrie aucun
23	1.3.V04	Vacances, congés administratifs (heures révolues)	N (4)		Si un patient quitte l'institution «pour cause de vacances» pendant plus de 24 heures en maintenant sa place réservée, cela doit être indiqué comme congé administratif. L'indication comporte la somme totale en heures.
24	1.4.V01	Principal centre de charges	AN (4)	M500	Devrait être «M500 = psychiatrie et psychothérapie»
25	1.4.V02	Principale unité finale d'imputation pour les prestations de l'assurance de base	N (1)		
26	1.5.V01	Date et heure de sortie	N (10)		Format AAAAMMJJhh
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 (6)	F10.1	
31	1.6.V02	Complément au diagnostic principal	AN (6)		
32	1.6.V03	1 ^{er} diagnostic secondaire	AN (6)		
...	1.6.V0...	...	AN (6)		
39	1.6.V10	8 ^e diagnostic secondaire	AN (6)		
40	1.7.V01	Traitement principal	AN (5)		
41	1.7.V02	Début du traitement principal	N (10)		Format AAAAMMJJhh
42	1.7.V03	1 ^{er} traitement supplémentaire	AN (5)		
...	1.7.V...	...	AN (5)		

Ligne MB		Données minimales			
N°	Variable	Description	Format	Exemple	Remarque
50	1.7.V11	9 ^e traitement supplémentaire	AN (5)		
51	FID	Numéro d'identification du cas FID	AN(16)	1122334455	Numéro de cas interne à la clinique
52	PID	Numéro d'identification du patient PID	AN(16)	xx11yy22zz3 3	Numéro d'identification associé au patient interne à la clinique
53	EKJ	Hospitalisation en psychiatrie des adultes / pédopsychiatrie	AN(16)		Valeur obligatoire: 1 = psychiatrie des adultes; 2 = pédopsychiatrie

9.2 Format de données complémentaires Psychiatrie OFS (MP)

⇒ Pour la psychiatrie des adultes et la pédopsychiatrie

Ligne MP		Données complémentaires psychiatrie			
N°	Variable	Description	Format	Exemple	Remarque
1	3.1.V01	Type de relevé (MP = données compl. psychiatrie)	AN (2)	MP	
2	3.2.V01	Etat civil	N (1)		
3	3.2.V02	Séjour avant l'admission (<i>psychiatrie</i>)	N (2)		Le premier caractère de cette indication doit concorder avec 1.2.V02.
4	3.2.V03	Travail à temps partiel	N (1)		Occupation avant l'admission : réponses multiples possibles
5	3.2.V04	Travail à plein temps	N (1)		
6	3.2.V05	Sans activité lucrative ou au chômage	N (1)		
7	3.2.V06	Travail ménager dans son foyer	N (1)		
8	3.2.V07	En formation (école, apprentissage, études)	N (1)		
9	3.2.V08	Programme de réadaptation	N (1)		
10	3.2.V09	AI, AVS ou autre rente	N (1)		
11	3.2.V10	Travail dans un cadre protégé	N (1)		
12	3.2.V11	Inconnu	N (1)		
13	3.2.V12	Formation scolaire ou professionnelle la plus élevée	N (1)		
14	3.3.V01	L'autorité responsable du placement (<i>psychiatrie</i>)	N (2)		Le premier caractère de cette indication doit concorder avec 1.2.V04.
15	3.3.V02	Entrée volontaire ou non?	N (1)		
16	3.3.V03	Internement préventif?	N (1)		
17	3.4.V01	Nombre de jours consultations	N (4)		
18	3.4.V02	Traitement (ce qui a été fait)	N (2)		
19	3.4.V03	Neuroleptiques	N (1)		Psychopharmacothérapie: réponses multiples possibles
20	3.4.V04	Neuroleptiques-dépôt	N (1)		
21	3.4.V05	Antidépresseurs	N (1)		
22	3.4.V06	Tranquillisants	N (1)		
23	3.4.V07	Hypnotiques	N (1)		
24	3.4.V08	Antiépileptiques	N (1)		
25	3.4.V09	Lithium	N (1)		
26	3.4.V10	Thérapie de substitution (méthadone, etc.)	N (1)		
27	3.4.V11	Usage d'antagonistes (antabuse, némexine, etc.)	N (1)		
28	3.4.V12	Antiparkinsoniens	N (1)		
29	3.4.V13	Psychopharmacothérapie: autres	N (1)		
30	3.4.V14	Médicaments non psychopharmacotiques	N (1)		
31	3.5.V01	Décision de sortie (<i>psychiatrie</i>)	N (2)		Le premier caractère de cette indication doit concorder avec 1.5.V02.
32	3.5.V02	Séjour après la sortie (<i>psychiatrie</i>)	N (2)		Le premier caractère de cette indication doit concorder avec 1.5.V03.
33	3.5.V03	Prise en charge après la sortie (<i>psychiatrie</i>)	N (2)		Le premier caractère de cette indication doit concorder avec 1.5.V04.
34	FID	Numéro d'identification du cas	AN(16)	1122334455	Numéro de cas interne

(*psychiatrie*) en *italique bleu* signifie que cette information sert à approfondir une indication déjà saisie dans les données minimales de la statistique médicale.

9.3 Format du relevé HoNOS (PH, comme pour l'ANQ)

⇒ Uniquement pour la psychiatrie des adultes

Ligne PH		Ligne HoNOS				
N°	Variable	Description	Format	Exemple	Valeurs acceptées	Remarques
1	4.01.V01	Type de relevé	AN(2)	PH	PH	
2	4.01.V02	Numéro d'établissement (REE-satellite santé)	AN(8)	60611111		
3	FID	Numéro d'identification du cas FID	AN(16)	1122334455		Numéro de cas interne
4	4.01.V04	Moment de la mesure (admission/sortie)	N(1)	3	1-3	1 = admission, 2 = sortie 3 = autres (ni admission, ni sortie)
5	4.01.V05	Code drop-out	N(1)	0	0-2	0 = pas de drop-out (valeur standard / par défaut) 1 = sortie dans les 7 jours après la mesure HoNOS d'admission, 2 = autres
6	4.01.V06	Précision motif de drop-out: «autres»	AN(40)	Texte libre expliquant le motif de drop-out		A n'utiliser qu'à de rares exceptions
7	4.02.V00	Date du relevé HoNOS (AAAAMMJJ)	N (8)	20120601		
8	4.02.V01	H1 – Comportement hyperactif, agressif, perturbateur ou agité	N (1)	2	0-4	
9	4.02.V02	H2 – Lésions auto-infligées non accidentelles	N (1)	2	0-4	
10	4.02.V03	H3 – Troubles liés à la consommation de drogues ou d'alcool	N (1)	2	0-4	
11	4.02.V04	H4 – Troubles cognitifs	N (1)	2	0-4	
12	4.02.V05	H5 – Troubles associés à une maladie physique ou un handicap	N (1)	2	0-4	
13	4.02.V06	H6 – Troubles liés aux hallucinations et délires	N (1)	2	0-4	
14	4.02.V07	H7 – Troubles liés à l'humeur dépressive	N (1)	2	0-4	
15	4.02.V08	H8 – Autres troubles mentaux et comportementaux	N (1)	2	0-4	
16	4.02.V09	H8 – En présence d'autres troubles mentaux et comportementaux, indiquez le type de troubles : A Phobie, B Peur, C Pensées obsessionnelles/ actes compulsifs, D Stress psychique / tension, E Dissociation, F Trouble somatoforme, G Alimentation, H Sommeil, I Sexuel, J Autres (préciser)	AN (1)	a	a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, , " 0 "	Pas de réponses multiples possibles 0 = «pas d'autre problème à signaler»
17	4.02.V10	H8: j Autres : précision	AN (40)	Texte libre pour donner des précisions		Si pour l'item 8 j = autre problème sélectionné
18	4.02.V11	H9 - Problèmes pour établir des relations sociales significatives	N (1)	2	0-4	
19	4.02.V12	H10 – Problèmes liés aux activités de la vie quotidienne	N (1)	2	0-4	
20	4.02.V13	H11 - Problèmes liés aux conditions de vie (logement)	N (1)	2	0-4	
21	4.02.V14	H12 - Problèmes liés à l'occupation professionnelle et aux activités quotidiennes	N (1)	2	0-4	

9.4 Format du relevé HoNOSCA (PC, comme pour l'ANQ)

⇒ Uniquement pour la pédopsychiatrie

Ligne PC		Ligne HoNOSCA				
N°	Variable	Description	Format	Exemple	Valeurs acceptées	Remarques
1	4.01.V01	Type de relevé	AN(2)	PC	PC	
2	4.01.V02	Numéro d'établissement (REE-satellite santé)	AN(8)	60611111		
3	FID	Numéro d'identification du cas FID	AN(16)	1122334455		Numéro de cas interne à la clinique
4	4.01.V04	Moment de la mesure (admission/sortie)	AN(1)	1	1-3	1 = admission 2 = sortie 3 = autre (ni admission, ni sortie)
5	4.01.V05	Code drop-out	N(1)	0	0-3	0 = pas de drop-out 1 = sortie dans les 7 jours après la mesure HoNOSCA d'admission 2 = pas de mesure d'admission (applicable seulement à la sortie) 3 = autre
6	4.01.V06	Précision motif de drop-out: «autres»	AN(40)	Texte libre expliquant le motif d'abandon		A n'utiliser qu'à de rares exceptions
7	4.04.V00	Date du relevé HoNOSCA (AAAAMMJJ)	N (8)	20150601		
8	4.04.V01	H1 – Comportement perturbateur, antisocial ou agressif	N (1)	2	0-4, 9	9 = «inconnu / non applicable»
9	4.04.V02	H2 – Problèmes d'hyperactivité, d'attention et de concentration	N (1)	2	0-4, 9	9 = «inconnu / non applicable»
10	4.04.V03	H3 – Lésions auto-infligées non accidentelles	N (1)	2	0-4, 9	9 = «inconnu / non applicable»
11	4.04.V04	H4 – Troubles liés à la consommation de drogues ou d'alcool, ou à l'inhalation de solvants	N (1)	2	0-4, 9	9 = «inconnu / non applicable»
12	4.04.V05	H5 – Troubles associés à des difficultés scolaires et langagières	N (1)	2	0-4, 9	9 = «inconnu / non applicable»
13	4.04.V06	H6 – Troubles associés à une maladie physique ou un handicap	N (1)	2	0-4, 9	9 = «inconnu / non applicable»
14	4.04.V07	H7 – Troubles liés à des hallucinations, à des délires ou à des sensations anormales	N (1)	2	0-4, 9	9 = «inconnu / non applicable»
15	4.04.V08	H8 – Troubles accompagnés de symptômes somatiques non organiques	N (1)	2	0-4, 9	9 = «inconnu / non applicable»
16	4.04.V09	H9 – Troubles accompagnés de symptômes émotionnels et affectifs	N (1)	2	0-4, 9	9 = «inconnu / non applicable»
17	4.04.V10	H10 – Problèmes dans les relations avec des jeunes du même âge	N (1)	2	0-4, 9	9 = «inconnu / non applicable»
18	4.04.V11	H11 – Troubles liés aux soins personnels et à l'autonomie	N (1)	2	0-4, 9	9 = «inconnu / non applicable»
19	4.04.V12	H12 – Problèmes dans la vie et les relations familiales	N (1)	2	0-4, 9	9 = «inconnu / non applicable»
20	4.04.V13	H13 – Problèmes de fréquentation scolaire	N (1)	2	0-4, 9	9 = «inconnu / non applicable»

9.5 Diagnostic multiaxial (PX)

⇒ Uniquement pour la pédopsychiatrie

Ligne PX		Diagnostic multiaxial				
N°	Variable	Description	Format	Exemple	Valeurs acceptées	Remarques
1	8.01.V01	Type du relevé	AN(2)	PX	PX	
2	8.01.V02	Numéro d'établissement (REE-satellite santé)	AN(8)	60611111		
3	FID	Numéro d'identification du cas FID	AN(16)	1122334455		Numéro du cas interne
4	8.02.V00	Date du relevé	N (8)	20120601		
5	8.02.V11	1 ^{er} axe Symptomatique psycho-clinique Diagnostic principal	AN(5)	F20	0, F00-69, F84, F90-99	0 = aucun
6	8.02.V12	1 ^{er} axe 1 ^{er} diagnostic secondaire	AN(5)	0	0, F00-69, F84, F90-99	0 = aucun
7	8.02.V13	1 ^{er} axe 2 ^e diagnostic secondaire	AN(5)	0	0, F00-69, F84, F90-99	0 = aucun
8	8.02.V21	2 ^e axe Troubles du développement Diagnostic principal	AN(5)	F81	0, F80-89, sans F84	0 = aucun
9	8.02.V22	2 ^e axe 1 ^{er} diagnostic secondaire	AN(5)	F82	0, F80-89	0 = aucun
10	8.02.V23	2 ^e axe 2 ^e diagnostic secondaire	AN(5)	0	0, F80-89	0 = aucun
11	8.02.V30	3 ^e axe Niveau d'intelligence Intelligence sur l'échelle MAS	N (1)	4	1-9	9 = inconnu
12	8.02.V41	4 ^e axe Symptomatique corporelle Diagnostic principal	AN(5)	K35	0, alle ICD-10 ohne F-Codes	0 = aucun
13	8.02.V42	4 ^e axe Diagnostic secondaire	AN(5)	0	0, alle ICD-10 ohne F-Codes	0 = aucun
14	8.02.V51	5 ^e axe Diagnostic principal	AN(2)	91	00 bis 98	00 = aucun
15	8.02.V52	5 ^e axe 1 ^{er} diagnostic secondaire	N (2)	18	00 bis 98	00 = aucun
16	8.02.V53	5 ^e axe 2 ^e diagnostic secondaire	N (2)	58	00 bis 98	00 = aucun
17	8.02.V60	6 ^e axe Evaluation globale de l'adaptation psychosociale	N (1)	2	0 bis 9	9 = inconnu

9.6 Format des minutes de prestations journalière (PL)

⇒ Pour la psychiatrie des adultes et la pédopsychiatrie

⇒ Les lignes 10 et 11 sont réservées à la pédopsychiatrie

Ligne PL Ligne des prestations journalières						
N°	Variable	Description	Format	Exemple	Valeurs acceptées	Remarques
1	6.01.V01	Type du relevé	AN (2)	PL	PL	
2	6.01.V02	Numéro de l'établissement (REE-satellite santé)	AN(8)	60611111		
3	FID	Numéro d'identification du cas FID	AN(16)	1122334455		Numéro du cas interne
4	6.01.V04	Date du jour du relevé (AAAAMMJJ)	N (8)	20120601		
5	6.03.V01	Médecins (minutes le jour du relevé)	N (5)			Arrondi à la minute entière
6	6.03.V02	Psychologues, psychothérapeutes (minutes le jour du relevé)	N (5)			Arrondi à la minute entière
7	6.03.V03	Soins infirmiers (minutes le jour du relevé)	N (5)			Arrondi à la minute entière
8	6.03.V04	Ergothérapeutes et autres thérapeutes (minutes le jour du relevé)	N (5)			Arrondi à la minute entière
9	6.03.V05	Services sociaux (minutes le jour du relevé)	N (5)			Arrondi à la minute entière
10	6.03.V06	Educateurs spécialisés (minutes le jour du relevé)	N (5)			Arrondi à la minute entière
11	6.03.V07	Pédagogues (minutes le jour du relevé)	N (5)			Facultatif Arrondi à la minute entière

9.7 Format du relevé des périodes de congé (PT)

⇒ Pour la psychiatrie des adultes et la pédopsychiatrie

Ligne PT Ligne des périodes de congé						
Nr.	Variable	Description	Format	Exemple	Valeurs acceptées	Remarques
1	7.01.V01	Type du relevé	AN (2)	PT	PT	
2	7.01.V02	Numéro de l'établissement (REE-satellite santé)	AN (8)	60611111		
3	FID	Numéro d'identification du cas FID	AN(16)	1122334455		Numéro du cas interne
4	7.01.V04	Date du début du congé (AAAAMMJJ)	N (8)	20120601		
5	7.01.V05	Heure du début du congé (hhmm)	N (4)	0830	0000-2400	
6	7.01.V06	Date de la fin du congé (AAAAMMJJ)	N (8)	20120604		
7	7.01.V07	Heure de la fin du congé (hhmm)	N (4)	1930	0000-2400	

9.8 Format des coûts par cas (CC)

⇒ Pour la psychiatrie des adultes et la pédopsychiatrie

Nr	Variable	Description	Format	Exemple	Calculations
1	CC	Type du relevé	AN(2)	CC	
2	REE	No 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 hospitaliers	N (10)		380
10	v15	Honoraires de médecins – médecins agréés (soumis aux assurances sociales)	N (10)		381
11	v16	Honoraires de médecins – médecins agréés (non-soumis aux assurances sociales)	N (10)		405*
12	v17	Honoraires de médecins versés pour certificats et rapports médicaux	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'opérations	N (10)		(20)
15	v21	Unités de soins intensifs (SI) et intermediecare (IC)	N (10)		(24)
16	v22	Urgences	N (10)		(25)
17	v23	Imagerie médicale et médecine nucléaire	N (10)		(26) + (28)
18	v24	Laboratoire (inclus dons sanguins)	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	N (10)		(23)
27	v39	Autres fournisseurs de prestations (administration des patients, centrale d'intervention et d'urgence, pathologie, service de sauvetage et d'ambulance)	N (10)		(27)+(44)+ (45)+(77)***
Variables supplémentaires					
28	A1	Total des coûts d'utilisation des immobilisations (= somme des CUI compris dans les composants v20-v39)	N (10)		442+443+ 444+446+448
29	A2	Coûts de la formation universitaire et la recherche	N (10)		
<p>* Seulement la partie honoraire du compte 405 (cf. REKOLE®, plan comptable H+ 2008) ** Sans les honoraires (cf. REKOLE®, plan comptable H+ 2008) *** Sans les coûts des transports primaires</p>					

9.9 Annonce du transfert de données

9.9.1 Psychiatrie des adultes et pédopsychiatrie

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

Noms des fichiers transmis	Type du relevé	Total lignes dans fichier	Date de création
Données minimales MedStat	MB		
Données complémentaires psychiatrie MedStat	MP		
HoNOS	PH		
HoNOSCA	PC		
Diagnostic multiaxial	PX		
Minutes de prestations	PL		
Périodes de congé	PT		
Coûts par cas	CC		

9.9.2 Uniquement pour la psychiatrie des adultes

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

Noms des fichiers à transmettre	Type de relevé	Total lignes dans fichier	Date de création
Jeu minimal de données MedStat	MB		
Données complémentaires psychiatrie MedStat	MP		
HoNOS	PH		
Minutes de prestations adultes	PL		
Périodes de congé	PT		
Coûts par cas	CC		

9.9.3 Uniquement pour la pédopsychiatrie

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

Noms des fichiers à transmettre	Type de relevé	Total lignes dans fichier	Date de création
Données minimales MedStat	MB		
Données complémentaires psychiatrie MedStat	MP		
HoNOSCA	PC		
Diagnostic multiaxial	PX		
Minutes de prestations	PL		
Périodes de congé	PT		
Coûts par cas	CC		

9.10 Calcul du coût par minute de prestation; formulaire de saisie

Afin de poursuivre le développement et le calibrage de la nouvelle structure tarifaire en psychiatrie stationnaire sur la base de données de l'ensemble de l'année 2015, les hôpitaux participants relèvent les minutes de prestations journalière fournies aux patients adultes par les cinq catégories professionnelles (médecins, psychologues / psychothérapeutes, soins infirmiers, ergothérapeutes / autres thérapeutes, services sociaux), respectivement sept catégories pour les enfants et adolescents (idem adultes, plus éducateurs spécialisés et pédagogues). Pour le calcul des tranches tarifaires, ces minutes de prestations sont multipliées par les coûts découlant, selon les données des hôpitaux, de l'effectif du personnel, des horaires hebdomadaires de travail, du volume salarial et de la proportion de l'activité consacrée au secteur stationnaire. Cela permet de calculer les coûts variables du personnel pour chaque patient.

Les informations nécessaires pour le calcul de ces coûts sont relevées au moyen d'un tableau Excel simple. Les présentes instructions comportent des informations importantes pour compléter le tableau qui a été largement simplifié par rapport aux années précédentes.

Veillez remplir uniquement les champs marqués en jaunes. Les caractères du champ, majuscules et gras, indiquent les lignes dans le tableau Excel.

Champ

- A** Indiquer le **nom de l'hôpital**.
Veillez également ajouter le nom de l'hôpital dans les noms des fichiers.
- B** Indiquer le **début et la fin de la période de relevé** en 2015
Cette indication se rapporte à la période du relevé des données salariales. En principe, elle devrait couvrir l'ensemble de l'année 2015. Toutes les indications suivantes doivent se rapporter à cette période.
- C** Indiquer tous les **jours de soins** fournis dans l'hôpital durant la période du relevé.
- D** Indiquer le nombre de **lits exploités** durant la période du relevé.
Si le nombre des lits a augmenté ou diminué durant la période du relevé, inscrire la moyenne.
- G** Indiquer l'**effectif du personnel à plein temps** durant la période du relevé.
- Veuillez convertir les temps partiels en plein temps.
 - Si possible, n'indiquer que l'effectif occupé dans les soins stationnaires.
 - Si, selon les catégories, les médecins sont astreints à des temps de travail effectif différents, veuillez indiquer le nombre de place de travail à plein temps pour deux catégories sous G1 et G2.
- H** Indiquer sous G la **part de l'activité consacrée au secteur stationnaire** en pour-cent du personnel.
- Inscrire 100 comme valeur par défaut.
 - Si le personnel inscrit sous G est occupé en partie dans le secteur ambulatoire ou semi-stationnaire, indiquer la part occupée en stationnaire par un chiffre entre 1 et 100 (arrondir au chiffre plein).
- K** Indiquer le **temps hebdomadaire de travail en heures** du personnel sous G.
Si des catégories de médecins astreints à des temps de travail différents ont été inscrites sous G1 et G2, veuillez indiquer sous K1 et K2 les temps hebdomadaires de travail correspondant.
- L** Inscrire les **charges salariales durant la période du relevé**.
- Charges salariales des pleins temps inscrits sous G1 et G2.
 - Charges salariales, **y compris** les 13^{ème} salaires, allocations et participations au bénéfice, **mais sans** charges sociales assumées par l'hôpital.

Screenshot du fichier Excel pour l'entrée des données. Ne remplir que les cases jaunes.

TARPSY Questionnaire pour la définition des coûts de salaires par catégories de professions 2013

	Nom de la clinique
A	Clinique 1

B	Période du relevé du:	01.01.2014	jusqu'au	31.12.2014	correspond à	365	jours
---	-----------------------	------------	----------	------------	--------------	-----	-------

Informations générales

C	Journées d'hospitalisation durant la période du relevé	
D	Ø Lits exploités durant la période du relevé	
E	Jours d'exploitation, période du relevé (incl. week-ends et jours fériés)	365
F	Nombre de semaines, période du relevé	52

Prière de remplir les cases jaunes seulement.

	Médecins	Psychologues, Psychothérapeutes	Soins	Ergothérapeutes et autres thérapeutes	Services sociaux	Nombre d'emplois à plein temps
	6.03.V01	6.03.V02	6.03.V03	6.03.V04	6.03.V05	
G1	Nombre d'emplois à plein temps durant la période du relevé (pour les groupes de <i>médecins avec des heures de travail différentes</i> , indiquez ici le nombre d'emplois à plein temps de la <i>première groupe de médecins</i>)					0.0
G2	éventuel: Nombre d'emplois à plein temps de la <i>deuxième groupe de médecins</i>					
G	Σ Nombre d'emplois à plein temps (G1 et G2)					0.0
H	Part du temps de travail pour des traitements stationnaires en pour-cent (100 = 100%)					100
J	Total nombre d'emplois à plein temps pour les patients hospitalisés (G*H/100)					0.0
K1	Heures de travail obligatoire par semaine (pour les groupes de médecins avec des heures de travail différentes, indiquez ici les heures de travail par semaine de la <i>première groupe de médecins</i>)					
K2	éventuel: Nombre d'emplois par semaine de la <i>deuxième groupe de médecins</i>					
L	Coûts de salaires, période du relevé (des emplois à plein temps indiqués au-dessus, G1 et G2)					-
M	Ø Coûts des salaires/emplois à plein jours hospitalisés (L/G)					<résultat>
N	Ø Coûts des salaires/emplois à plein jours par heure (M/F/K)					<résultat>

10 Sources bibliographiques

ANQ (2014). HoNOS Health of the Nation Outcome Scales – Questionnaire „HoNOS“ y inclus glossaire et conventions de codage ANQ.

OFS (2011). Variables de la statistique médicale. Spécifications valables dès 1.1.2012. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique.

H+ (2008). Définition de la nature des traitements à l'hôpital et dans les maisons de naissance dans le cadre de la AA/AI/AM (par analogie à l'interprétation de l'OCP).

Remschmidt, H., M. Schmidt and F. Poustka, Eds. (2006). Multiaxiales Klassifikationschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Bern, Huber.

Conseil fédéral (2002). 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.

SwissDRG SA (2014). Documentation du relevé SwissDRG 2015