

ST Reha 2017

Contenu et format du relevé des données

Contacts:

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

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

Version 0.12.2: 24.10.2016

Les modifications par rapport à la version précédente 0.11.1 sont marquées en jaune (lorsque le titre est marqué en jaune, l'ensemble du chapitre a été remanié!).

Les modifications par rapport à la version précédente 0.12.1 sont marquées en vert (lorsque le titre est marqué en vert, l'ensemble du chapitre a été remanié!).

Sommaire

1	Introduction	3
2	Aperçu des modifications par rapport aux directives des versions précédentes	5
2.1	Version 0.11.1	5
2.2	Version 0.12.1	5
3	Aperçu des données à relever	6
4	Directives du relevé	7
4.1	Délimitation des cas livrés	7
4.2	Définition des quatre domaines de prestations	9
4.3	Indications supplémentaires des semaines patients	10
4.4	Processus de relevé	12
4.5	Absences	12
5	Structure et format des données	13
5.1	Principes généraux régissant les données liées au cas	13
5.1.1	Format des données	13
5.1.2	Format des dates	13
5.1.3	Format des indications sur les prestations hebdomadaires en minutes	14
5.1.4	Format des données de coûts	14
5.1.5	Variable de liaison (numéro d'identification univoque du cas)	14
5.2	Fichiers de données MB	14
5.3	Fichiers de données RE	15
5.3.1	Jour du relevé des données hebdomadaires	15
5.3.2	Format de livraison des données Reha hebdomadaires	17
5.4	Fichier de données CC	18
5.4.1	Coûts non-imputables	18
5.4.2	Médicaments, implants et matériel médical	18
5.4.3	Coûts d'utilisation des immobilisations (CUI)	19
5.4.4	Formation universitaire et recherche (Fu&R)	19
5.4.5	Livraison des cas privés et semi-privés	19
5.4.6	Honoraires des médecins	20

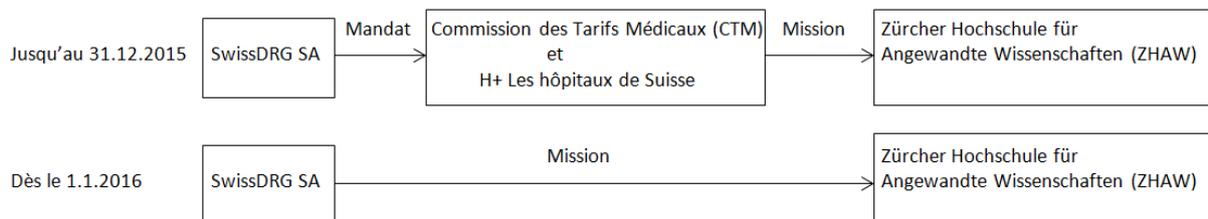
5.4.7	Format de livraison des coûts par cas	20
5.5	Relevé de données supplémentaire	21
5.6	Questionnaire pour le relevé des données	22
5.7	Questionnaire pour la saisie des coefficients de coûts	22
5.8	Annonce de livraison des données.....	22
6	Date et volume de la livraison des données.....	23
7	Protection des données	23
8	Transmission des données à la ZHAW	23
9	Contacts.....	23
10	Annexe: Format de livraison des données.....	24
10.1	Format de la Statistique médicale OFS (fichier de données MB)	24
10.2	Format des assessments PCS hebdomadaires (fichier RE).....	25
10.3	Format du fichier des coûts par cas (fichier CC)	30
11	Extrait du Manuel de codage OFS.....	31
12	Références.....	33

1 Introduction

SwissDRG AG a donné mandat à la Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) de développer un système de classification des patients (PCS) pour la réadaptation stationnaire en Suisse. Après le mandat confié jusqu'à la fin 2015 par SwissDRG SA à la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM) et à H+ Les Hôpitaux de Suisse pour l'élaboration de la structure tarifaire ST Reha, le projet ST Reha est piloté directement par la mandante à partir du 1^{er} janvier 2016. Comme la ZHAW poursuit le relevé et l'exploitation des données pour le développement du PCS, ce changement n'a pas de conséquence pour les cliniques participantes (cf. Figure 1).

Figure 1).

Figure 1: Organisation de projet ST Reha



Légende: Le mandat couvre l'élaboration de la structure tarifaire ST Reha. Il comprend le relevé et l'exploitation des données visant au développement d'un système de classification des patients (PCS) pour la réadaptation stationnaire.

Dans une première phase, la ZHAW a développé des systèmes de classification des patients pour la neuroréadaptation, la réadaptation musculosquelettique, la réadaptation cardiovasculaire et la réadaptation pulmonaire sur la base de semaines patients choisies de manière aléatoire dans plusieurs cliniques suisses de réadaptation. L'objectif principal était d'identifier des caractéristiques des patients qui permettent de prévoir au mieux la variabilité des coûts de traitement et de classer les patients dans des groupes de prestations et de coûts aussi homogènes que possible. Cette première phase de développement a été menée à bien depuis longtemps. La structure tarifaire ST Reha est conçue comme un système évolutif basé sur les données dont le développement se poursuit. Avec ces prescriptions pour le relevé des données, il est possible de saisir tous les cas de la réadaptation. Les objectifs de ce relevé complet sont:

1. Du côté des cliniques: application des assessments et intégration des processus généraux en rapport avec la structure tarifaire dans les activités quotidiennes. En outre, des réunions sont organisées au cours desquelles les cliniques participantes peuvent échanger et bénéficier mutuellement de leurs expériences.
2. Du côté de l'organisation de projet: 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 la structure tarifaire. Les cliniques de référence assument un rôle qui correspond à celui des hôpitaux de réseau dans le système SwissDRG. L'organisation de projet compte sur la participation complète de tous les fournisseurs de prestations de la réadaptation stationnaires en tant que cliniques de référence afin de recevoir les bases de données prescrites par la loi. Comme lors du relevé de l'an passé, les coûts par cas globaux sont relevés ainsi que, pour certaines prestations, les coûts détaillés. Ce conformément au principe du financement hospitalier qui prévoit que les coûts imputables soient pris en compte. L'extension de la base de données permet aussi de vérifier dans quelle mesure la précision de la prévision peut être améliorée par l'utilisation de sous-échelles. Les écarts entre les tranches tarifaires du groupeur ainsi que la taille de chaque groupe ont pu être ainsi modifiés par rapport aux résultats des versions précédentes de ST Reha. Cela correspond au système évolutif visé pour la future structure tarifaire ST Reha.

L'objectif de ce document est de décrire le contenu et la forme du relevé des données actuel. Le document se base sur les directives actuelles de SwissDRG SA pour le relevé des données dans les hôpitaux de soins aigus.

2 Aperçu des modifications par rapport aux directives des versions précédentes

2.1 Version 0.11.1

Les modifications principales par rapport aux directives pour le relevé des données version 0.11.1 sont les suivantes:

- **Assessments de la Douleur:** Au vu des données de l'année 2014, le relevé de la douleur en tant que caractéristique pour le degré de gravité est supprimé du domaine de prestation « Autres ». En raison de ce changement, la douleur disparaît du set de données RE.
- **SCIM :** Sur la demande du domaine de réadaptation paraplégique, ce nouvel assessment est introduit dans le set de données RE. Le SCIM doit être obligatoirement relevé chez les patients en type de réadaptation paraplégique.

2.2 Version 0.12.1

Les modifications principales par rapport aux directives pour le relevé des données version 0.12.1 sont les suivantes:

- **CIRS :** En raison de la bonne force explicative de ces compétences jusqu'à présent dans les domaines de prestations ainsi que dans les exigences et en raison des critères uniques si possible à utiliser, le CIRS est aussi obligatoire à relever pour le domaine de prestations « pulmonaire ».

3 Aperçu des données à relever

Les quatre sets de données suivants, prenant en compte le cas, doivent être créés : MB, RE, CC et le relevé de données supplémentaire. La Figure 2 montre le type de données inclus dans chaque set de données. Les assessments à effectuer pour chaque domaine de prestations sont présentés dans la Figure 3. Lors de la livraison des données (une fois par an), le fournisseur de prestations transmet deux documents additionnels:

- Questionnaire pour le relevé des données – cf. paragraphe 5.6, page 22
- Questionnaire pour la saisie des coefficients de coûts – cf. paragraphe 5.7, page 21

Figure 2: Aperçu des données à relever

Type de données	Information	Source	Période	Set de données
Caractéristiques des patients	Diagnostique principal et secondaires, âge, sexe, etc.	Statistique médicale (Minimal Dataset)	Totalité du séjour	MB
	Questions sur le cas pour le classement par domaine de prestations, admission/sortie, particularités des patients selon le domaine (assessments cf. figure 2)	Saisie par des professionnels de la santé	Semaine	RE
Recours aux prestations	Minutes de prestations consenties par les divers groupes professionnels pour les patients	Saisie par le personnel	Semaine	RE
	Montant en CHF pour les médicaments, analyses, transports, etc.	Saisie par le personnel	Semaine	RE
	Coûts par cas	Données de coûts par cas selon REKOLE®	Totalité du séjour	CC
	Prestations ne relevant pas de la réadaptation et/ou prestations expliquant des coûts élevés et leurs coûts	Saisie par le personnel	Totalité du séjour	Relevé de données supplémentaire

Figure 3: Aperçu des assessments par domaine de prestations

Domaine de prestations	CIRS	ADL MIF ou EBI	Test de marche de 6 min.	SCIM
Neurologique	✓	✓		✓*
Cardiovasculaire	✓	✓		
Pulmonaire	✓	✓	✓	
Autres	✓	✓		

*seulement pour les patients en type de réadaptation paraplégique (cf. paragraphe 4.3, page 10)

4 Directives du relevé

4.1 Délimitation des cas livrés

Les cliniques de réadaptation livrent tous les cas stationnaires. 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 de la Statistique médicale (cf. page 24).

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 (cf. Figure 4):

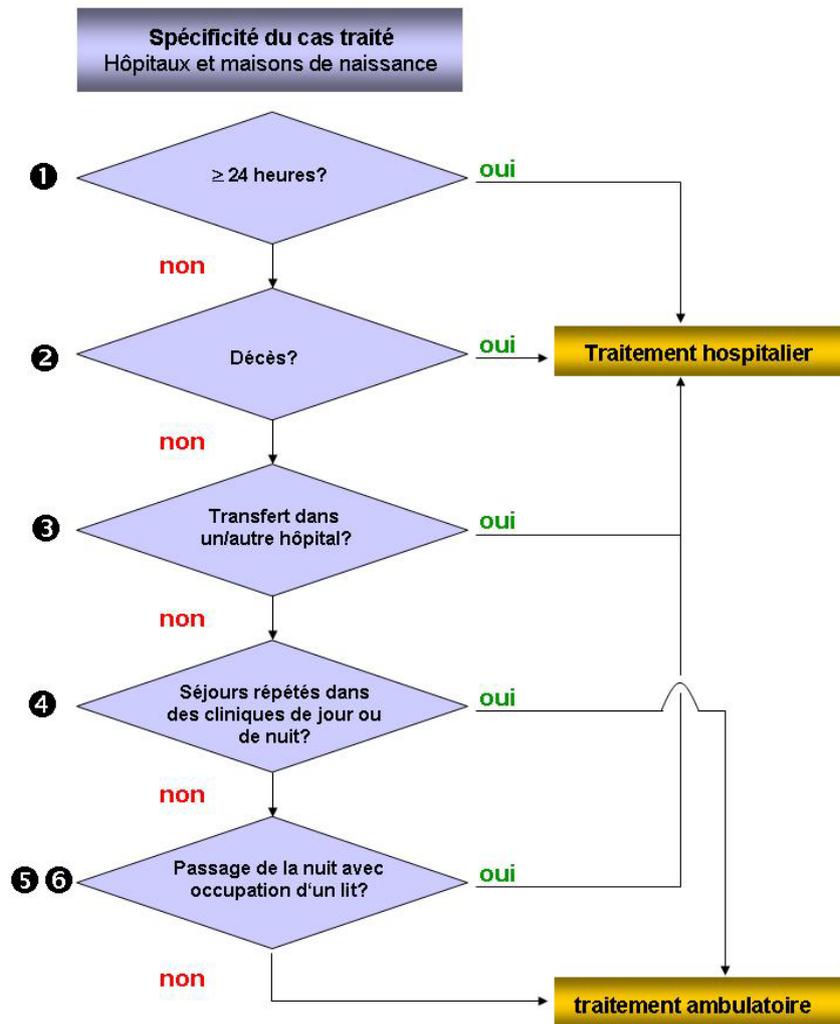
Explications des critères de délimitation

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 de savoir si le patient est décédé.

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

Figure 4: Processus de décision stationnaire ou ambulatoire



©H+ Les Hôpitaux de Suisse

Le critère 4 « 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 5 de « nuit » est apprécié 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 6 « 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 « 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 « utilisation d'un lit ».

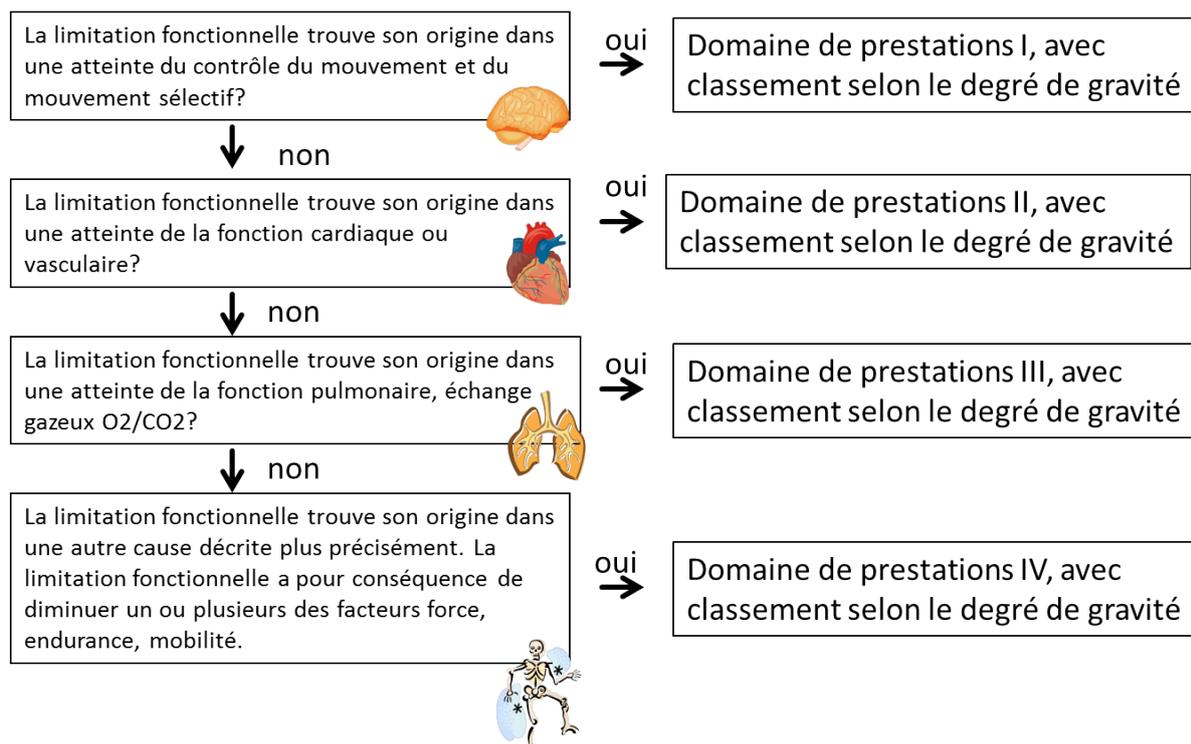
4.2 Définition des quatre domaines de prestations

Une distinction est opérée entre les quatre domaines de prestations suivants:

Domaine de prestations	Description
I	Réadaptation neurologique
II	Réadaptation cardiovasculaire
III	Réadaptation pulmonaire
IV	Autres formes de réadaptation

Le classement d'un patient dans l'un des quatre domaines de prestations se fait en fonction du domaine dans lequel se trouve la cause de la limitation fonctionnelle (cf. Figure 5). Avec la restriction suivante: si le classement résultant du questionnement sur le cas aboutit au domaine de prestations II ou au domaine de prestations III, le fournisseur de prestations doit remplir les conditions de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), Annexe 1, 11. Réadaptation, en particulier réadaptation des patients souffrant de maladies cardiovasculaires ou réadaptation pulmonaire, sinon le questionnement du cas est poursuivi plus avant.

Figure 5: Questions sur le cas permettant une attribution sans ambiguïté



4.3 Indications supplémentaires des semaines patients

Afin de plausibiliser d'éventuels coûts aberrants et/ou afin de poursuivre la différenciation du système en se basant sur des données, les fournisseurs de prestations indiquent les données relevées chaque semaine avec, *en outre*, les données importantes suivantes:

Patients gériatriques et pédiatriques

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

Types de réadaptation

De plus, les patients sont caractérisés selon les types de réadaptation décrits dans le document DefReha[®] version 1.0. Plusieurs mentions sont possibles:

1. Réadaptation gériatrique
2. Réadaptation en médecine interne
3. Réadaptation cardio-vasculaire
4. Musculosquelettique
5. Réadaptation neurologique
6. Oncologique
7. Réadaptation pédiatrique
8. Réadaptation en cas de paraplégie
9. Réadaptation psychosomatique
10. Réadaptation 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 ou cardiologique, cardiovasculaire, musculosquelettique, neurologique, oncologique et pulmonaire.

Diagnostic de réadaptation

Le relevé hebdomadaire du diagnostic de réadaptation permet de rendre les données du domaine de prestations ainsi que le contenu du set de données RE plausible. Concrètement:

- Par diagnostic de réadaptation, il en va de la maladie principale qui indique et justifie la nécessité d'une réadaptation.

- Le diagnostic de réadaptation relève de la responsabilité du fournisseur de prestations de réadaptation. Il ne doit pas être nécessairement identique avec le diagnostic principal préalable du cas aigu (stationnaire ou ambulatoire).
- Le diagnostic de réadaptation n'est pas la seule indication pour la réadaptation stationnaire. D'autres indications ne sont pas l'objet des directives pour le relevé des données. La délimitation des cas de réadaptation pour ce relevé des données est indiquée au paragraphe 4.1.
- Avec le diagnostic de réadaptation et en tenant compte de directives générales de codification du Manuel de codification médical en vigueur, il est possible d'identifier le diagnostic principale pour la Statistique médicale de l'OFS. Les directives de codification ont cependant la priorité.

Les travaux de développement menés dès 2016 ont pour objectif de déterminer si l'information «diagnostic de réadaptation» sera à l'avenir obligatoire dans le processus de regroupement. Le diagnostic de réadaptation fournit cependant aux développeurs du tarif des indications supplémentaires pour l'analyse des données relevées en 2016, lesquelles contribuent à évaluer la comparabilité des cas dans les catégories de gravité.

4.4 Processus de relevé

En principe, il convient d'appliquer les processus de relevés cliniques définis dans le Manuel des procédures de l'ANQ (version 2017/01, publication prévue en décembre 2016). ~~L'échelle de la douleur n'est pas incluse dans les relevés de l'ANQ. Le relevé de la douleur porte sur l'intensité moyenne de la douleur au cours des dernières 24 heures. La question au patient doit donc être formulée de la manière suivante: «Veuillez indiquer s'il vous plaît quelle a été l'intensité moyenne de la douleur que vous avez ressentie au cours des dernières 24 heures, sachant que 0 = pas de douleur et 10 = la plus forte intensité de douleur imaginable.»~~

4.5 Absences

Si, durant la semaine de relevé de l'institution, un patient s'absente une ou plusieurs fois pour une durée de 24 heures ou plus alors qu'une place lui reste attribuée, le total des heures d'absence (heures complètes) doit être indiqué. De telles absences doivent désormais livrées sur une base hebdomadaire dans le cadre du set de données RE (cf. Annexe 10.2).

Attention: Seules les absences qui *ne s'inscrivent pas* dans la réalisation de l'objectif de la réadaptation, ou durant lesquels *aucune* fourniture de prestations n'est effectuée par la clinique de réadaptation sont inscrites ici. Les prestations de fournisseurs externes doivent être saisies dans le cadre du relevé de données supplémentaire.

5 Structure et format des données

Les quatre fichiers de données suivants doivent être complétés: MB, RE, CC et le relevé de données supplémentaire (cf. chapitre 2, page 5). Ces quatre fichiers comprennent des informations liées au cas (caractéristiques des patients et recours aux prestations). Outre ces données liées au cas, des données relatives à l'institution doivent être livrées, qui facilitent et uniformisent l'appréciation de la qualité des données. A cet effet, un questionnaire pour le relevé des données a été élaboré. A côté de ce questionnaire, une annonce de livraison des données est également nécessaire. Au total, ce sont donc sept fichiers de données qui doivent être livrés à la ZHAW. La Figure 6 livre un aperçu de ces sept fichiers.

Figure 6: Aperçu des fichiers de données qui doivent être livrés

Fichiers de données	Description	Type de données
Set de données MB	Données médico-administratives des patients, qui sont déjà relevées obligatoirement par les cliniques pour la Statistique médicale de l'OFS	Données liées au cas
Set de données RE	Assessments hebdomadaires des patients pour le classement dans la structure tarifaire	
Set de données CC	Coûts par cas des patients	
Relevé de données supplémentaire	Prestations aux patients qui ne relèvent pas de la réadaptation et prestations très coûteuses	
Questionnaire pour le relevé des données	Comprend des questions détaillées sur le relevé des données afin de faciliter et d'uniformiser l'appréciation de la qualité des données	Données relatives à l'institution
Questionnaire pour la saisie des coefficients de coûts	Nécessaire pour procéder au calcul des coûts à partir des minutes de prestations relevées	
Annonce de livraison des données	Aperçu de la livraison des données	

Ce paragraphe décrit les principes généraux régissant les données liées au cas (paragraphe 5.1) et les détails relatifs aux sept fichiers de données (paragraphe 5.2 à 5.8).

5.1 Principes généraux régissant les données liées au cas

5.1.1 Format des données

Les données sont collectées au niveau du cas. Les fichiers de données (MB, RE et CC) 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 terminée 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.

5.1.2 Format des dates

Les dates sont inscrites dans le format AAAAMMJJ.

5.1.3 Format des indications sur les prestations hebdomadaires en minutes

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

5.1.4 Format des données de coûts

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

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

Les hôpitaux assurent une liaison entre le fichier des données médico-administratives (fichier de données MB), les données des assessments hebdomadaires (fichiers de données RE), des coûts par cas (fichier de données CC) 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 (FID) doit apparaître dans toutes les lignes de données correspondant à un cas:

- le fichier de données MB (champ 51)
- le fichier de données RE (champ 4)
- le fichier de données CC (champ 4)
- le relevé de données supplémentaire: voir fichier Excel

5.2 Fichiers de données 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 indications détaillées relatives aux 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.

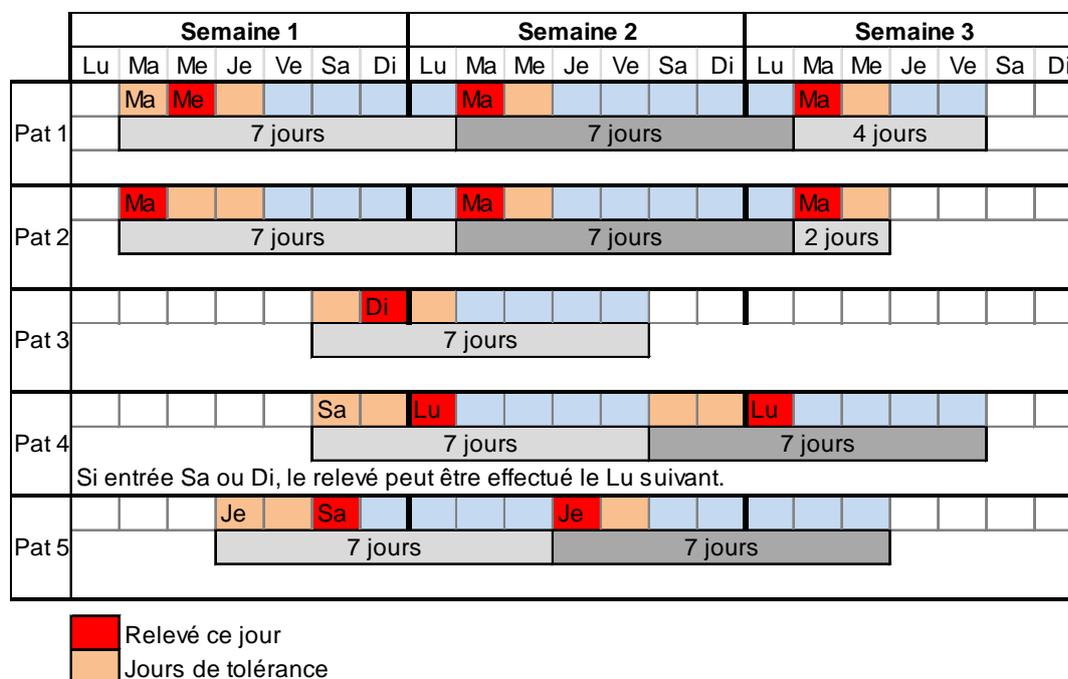
Une description détaillée du contenu de ces variables se trouve à l'Annexe 10.1.

5.3 Fichiers de données RE

5.3.1 Jour du relevé des données hebdomadaires

A partir du 1^{er} janvier 2016, les relevés hebdomadaires doivent être effectués en prenant pour référence le jour d'entrée en clinique. Concrètement, cela signifie que le premier relevé doit intervenir durant les 3 jours après l'entrée en clinique. Les relevés suivants sont alors effectués le même jour de la semaine que celui de l'entrée (tolérance: + 1 jour). En cas d'entrée un samedi, la tolérance est portée à + 2 jours (i.e. le relevé peut avoir lieu le lundi). Ces prescriptions concernant le jour du relevé déterminé par l'entrée en clinique sont illustrées à la Figure 7.

Figure 7: Prescriptions pour un jour de relevé déterminé par l'entrée en clinique pour 5 patients



Pour ST Reha, les coûts d'une semaine sont pronostiqués en fonction des assessments relevés en début de semaine. Ainsi, la mesure de sortie du ANQ n'est en principe pas pertinente. Il y a cependant une exception : si la dernière semaine dure seulement un jour (c.à.d. le jour de sortie tombe sur le jour de relevé pour le set de donnée RE), la mesure de sortie effectuée pour le ANQ pour ST Reha doit être utilisée. Si aucune mesure de sortie adaptée pour le ANQ est disponible, soit dû au fait que les assessments ont été relevés un autre jour que le jour de sortie (jour de tolérance pour ANQ) soit parce que les assessments ne correspondent pas aux directives de l'ANQ (MIF/EBI ne sont pas exigés pour l'ANQ dans le domaine de la cardio et de la pulmo), le dernier assessment disponible peut être retranscrit dans la dernière semaine.

Si les éventuelles absences ne compromettent pas le relevé hebdomadaire, celui-ci se poursuit normalement, relativement au jour d'entrée initial. Cependant, si les assessments ne

peuvent pas être relevés pour cause d'absence du patient, les assessments sont à relever à nouveau lors de son retour. Le jour de rentrée du patient équivaut alors au jour sur lequel les relevés hebdomadaire après l'absence doivent de calquer. Ainsi, il se peut que le jour de relevé avant l'absence du patient ait lieu un autre jour de la semaine que après l'absence du patient. Dans ce cas, l'explication est donnée par une absence prolongée, laquelle est documentée dans la variable 7.02.V12 « Absences ». En outre, les directives de REKOLE® sont valables (Rentré pour cause de transfer: nouveau cas, si le séjour en hôpital en soins aigus dure plus longtemps que 14 jours. Pas de nouveau cas après des vacances, indépendamment de la durée).

5.3.2 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 97 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 le domaine de prestations (correspond aux résultats des questions sur le cas)
- Le champ 6 indique s'il s'agit d'un patient gériatrique
- Le champ 7 indique s'il s'agit d'un patient pédiatrique
- Les champs 8-10 renseignent sur le type de réadaptation (selon DefReha[®])
- Le champ 11 indique s'il s'agit d'un patient nécessitant des soins continus
- Le champ 12 comprend la date du début de la semaine de relevé
- Les champs 13-14 indiquent si le patient est entré ou sorti durant la semaine de relevé
- le champ 15 informe si le patient s'est absenté une ou plusieurs fois pour des durées > 24 heures durant la semaine de relevé
- Le champ 16 comprend le diagnostic de réadaptation
- Les champs 17-18 sont des champs de réserve
- Les champs 19-40 sont réservés aux items MIF (selon l'hôpital EBI au lieu de MIF)
- Les champs 41-57 sont réservés aux items EBI (selon l'hôpital FIM au lieu de EBI)
- Les champs 58-72 sont réservés aux items CIRS (seulement pour les domaines de prestations neurologique, cardiovasculaire ou «Autres»)
- Les champs 73-74 sont réservés à l'échelle de la douleur (seulement pour le domaine de prestations «Autres»)
- Les champs 73-74 sont réservés au test de marche de 6 minutes (seulement pour le domaine de prestations pulmonaire)
- Les champs 75-94 SCIM (seulement pour les patients en type de réadaptation paraplégique)
- Les champs 95-109 comprennent les prestations hebdomadaires par groupes de professions
- Les champs 110-115 sont laissés vides dès le relevé des données 2016

Une description détaillée du contenu de ces variables se trouve à l'Annexe 10.2.

5.4 Fichier de données CC

Ces instructions correspondent à celles de SwissDRG SA pour le relevé des données 2016 dans les hôpitaux de soins aigus (SwissDRG SA 2015). 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).

5.4.1 Coûts 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 patient¹, les coûts qui ne concernent pas le patient², 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.

5.4.2 Médicaments, implants et matériel médical

Merci de consulter aussi le chapitre 5.5 Relevé de données supplémentaire, lequel recense certains médicaments à titre complémentaire.

Le total des coûts des médicaments doit être saisi dans la composante de coûts v10.

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

¹ Par ex. télévision, eau minérale, etc.

² Par ex. cafeteria ou autres prestations en faveur du personnel ou de tiers

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.

5.4.3 Coûts d'utilisation des immobilisations (CUI)

Les coûts d'utilisation des immobilisations correspondent à l'ensemble des coûts liés à l'utilisation des immobilisations (amortissements et charges d'intérêts calculés, leasing financier).

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

Le calcul des degrés de gravité doit refléter le recours effectif aux ressources des immobilisations.

SwissDRG SA impose la méthode décrite dans REKOLE®. Il en va de même pour ST Reha. Les valeurs clés et les règles de détermination des coûts d'utilisation des immobilisations selon REKOLE® peuvent être consultées sur le site de SwissDRG SA: [Principes et règles pour la détermination des coûts d'utilisation des immobilisations \(CUI\) selon REKOLE®](#)

Les coûts d'utilisation des immobilisations doivent pouvoir être identifiés clairement au niveau du cas. A cet effet, les composantes de coûts des centres de charges fournisseurs de prestations selon REKOLE® doivent être livrés sans les coûts d'utilisation des immobilisations (voir Annexe 10.3).

5.4.4 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 de la formation universitaire et de la recherche ne peuvent pas être séparés, l'hôpital ne doit pas effectuer d'ajustement et doit l'indiquer dans le questionnaire.

5.4.5 Livraison des cas privés et semi-privés³

Pour la livraison des cas privés et semi-privés (en tant que fraction de la totalité des cas), il convient de procéder comme suit dans le cadre de la délimitation des coûts imputables:

³ Sur ce point, une divergence importante subsiste par rapport aux directives de SwissDRG SA (SwissDRG SA 2011). Documentation pour le relevé SwissDRG 2012 – Version actualisée.

- la part des coûts qui est prise en charge par l'assurance complémentaire est soustraite au préalable (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 10.3).

5.4.6 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.

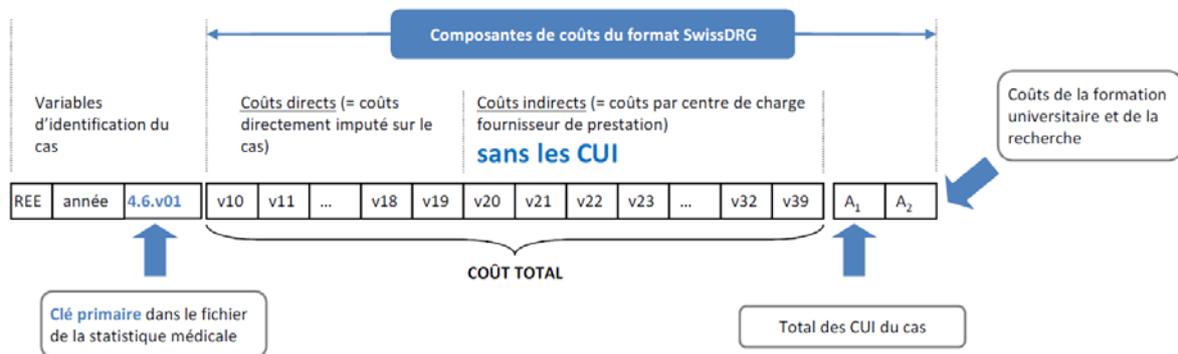
5.4.7 Format de livraison des coûts par cas

Le fichier de coûts comporte 29 variables (cf. Figure 8, page 21):

- 1 variable de préfixe d'enregistrement (CC)
- 3 variables d'identification du cas: numéro d'identification de l'hôpital (REE), année du relevé et numéro d'identification univoque du cas (= numéro d'identification interne à l'hôpital).
- 23 variables comprenant les coûts imputables:
 - 9 composantes pour les coûts isolés (v10-v19);
 - 14 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).
- 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 10.3.

Figure 8: Coûts par cas selon les directives de SwissDRG SA



SwissDRG AG[®] (modifié)

5.5 Relevé de données supplémentaire

L'objectif du relevé de données est de collecter séparément les prestations qui ne relèvent pas de la réadaptation» et/ou qui sont très coûteuses afin que des propositions fondées sur des données puissent être formulées pour la présentation de ces prestations dans la structure tarifaire. Le relevé supplémentaire pose des exigences élevées aux cliniques car la majorité des prestations à saisir ne sont pas définies de manière exhaustive. Ainsi, quelques précisions doivent être apportées : les prestations thérapeutiques et diagnostiques qui ne font pas partie des prestations de réadaptation ou au domaine de prestations auquel le patient a été attribué (ex. médicaments contre le sida durant une réadaptation neurologique) comptent comme prestations «*qui ne relèvent pas de la réadaptation*». De plus, toutes les prestations thérapeutiques et diagnostiques entraînant des coûts moyens journaliers de > CHF 75.00 durant le séjour total de réadaptation sont considérées comme prestations «très coûteuses» (ex. de calcul: séjour de 14 jours, annonce de la prestation lorsque les coûts par cas résultant de cette prestation > CHF 1050.00; séjour de 21 jours, annonce de la prestation lorsque les coûts par cas résultant de cette prestation > CHF 1575.00).

Le relevé de données supplémentaire s'inspire fortement du relevé supplémentaire introduit par SwissDRG SA pour le domaine des soins somatiques aigus. Les prestations concernées ont été définies par le comité de pilotage et peuvent être déduites du fichier Excel séparé. Le relevé est effectué au niveau du cas. Dans le fichier de saisie du relevé des prestations supplémentaire, les médicaments sont réunis par groupes et classés selon les codes ATC.

Le relevé de données supplémentaires cible les prestations de matériel. Ainsi, les prix d'achat doivent être documentés (cf. « documentation du relevé SwissDRG 2016, chapitre « 7 Relevé détaillé », qui peut être trouvée sous le lien suivant :

http://www.swissdr.org/assets/pdf/Erhebung_2016/160129_SwissDRG_Erhebung_2016_f.pdf). Les prestations sur le patients sont relevées dans le set de données RE.

Les coûts du relevé de données supplémentaire sont aussi inclus dans le fichier CC et ne peuvent en aucun cas en être exclus.

Ce fichier Excel est disponible sous: www.swissdrq.org → Réadaptation → Relevé des données → Information sur le relevé.

5.6 Questionnaire pour le relevé des données

Ce questionnaire comprend des questions détaillées sur le relevé des données afin de faciliter et d'uniformiser l'appréciation de la qualité des données. Les détails peuvent être déduits directement du questionnaire.

Ce questionnaire est disponible sous: www.swissdrq.org → Réadaptation → Relevé des données → Informations sur le relevé.

5.7 Questionnaire pour la saisie des coefficients de coûts

Pour pouvoir procéder au calcul des coûts à partir des minutes de prestations relevées, il est nécessaire de disposer de données sur les coefficients de coûts du personnel. Un fichier Excel séparé a été créé afin de saisir ces informations.

Ce fichier Excel est disponible sous: www.swissdrq.org → Réadaptation → Relevé des données → Informations sur le relevé.

5.8 Annonce de livraison des données

L'annonce de livraison des données permet aux cliniques de vérifier si tous les fichiers de données nécessaires ont été transmis. La ZHAW peut aussi contrôler si tous les fichiers envoyés lui sont parvenus en intégralité.

L'annonce peut être effectuée par e-mail ou par fichier Excel. Les informations à transmettre sont énumérées ci-dessous:

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.		
Questionnaire pour le relevé des données	Excel sép.	-	
Questionnaire pour la saisie des coefficients de coûts	Excel sép.	-	

6 Date et volume de la livraison des données

Pour les données 2017, 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 1.1.2017 au 31.12.2017 (toute l'année)	Lignes RE Lignes MB	Jusqu'au 1.3.2018
du 1.1.2017 au 31.12.2017 (toute l'année)	Lignes CC Relevé de données suppl. Questionnaire Questionnaire coefficients de coûts	Jusqu'au 1.5.2018

7 Protection des données

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

8 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

9 Contacts

Pour toute information supplémentaire, 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)

10 Annexe: Format de livraison des données

10.1 Format de la Statistique médicale OFS (fichier de données 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 réadaptation
8	0.3.V02	Questionnaire psychiatrique	N (1)	0	Devrait être 0 en réadaptation
9	0.3.V03	Questionnaire par groupe de patients	N (1)	0	Devrait être 0 en réadaptation
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)	2015113009	
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)	M950	
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

10.2 Format des assessments PCS hebdomadaires (fichier 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 1	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	Domaine de prestations – Résultat des questions	N (1)	1		1 = neurologique; 2 = cardiovasculaire; 3 = pulmonaire; 4 = autres
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 (selon DefReha [®])	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 99 = pas de mention
9	7.02.V06	Type de réadaptation (selon DefReha [®]) 2 ^e mention	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 99 = pas de 2 ^e mention
10	7.02.V07	Type de réadaptation (selon DefReha [®]) 3 ^e mention	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 99 = pas de 3 ^e mention
11	7.02.V08	Réadaptation intensive	N (1)	2	0 1	0 = non; 1 = oui (possible uniquement pour les réadaptations interne, cardiaque, musculosquelettique, neurologique, oncologique et pulmonaire)

12	7.02.V09	Date du début de la semaine de relevé (AAAAMMJJ)	N (8)	20150601		N'importe quel jour de la semaine, en fonction du jour de l'admission
13	7.02.V10	Date d'admission si elle a lieu durant la semaine de relevé (AAAAMMJJ)	N (8)	20150601		Doit être laissé vide si l'admission n'est pas intervenue durant la semaine de relevé
14	7.02.V11	Date de sortie si elle a lieu durant la semaine de relevé (AAAAMMJJ)	N (8)	20150601		Doit être laissé vide si l'admission n'est pas intervenue durant la semaine de relevé
15	7.02.V12	Absences (nombre d'heures durant la semaine de relevé)	N (3)		48	Nombre d'heures complètes si une ou plusieurs absences >24 heures durant la semaine de relevé et qu'une place est restée attribuée au patient. A remplir uniquement si l'absence ne comporte pas de prestations de réadaptation 0 si ≤24 heures
16	7.02.V13	Diagnostic de réadaptation	AN(5)	T84.0		
17	7.02.V14	Numérateur	N(2)	0		Champ de réserve
18	7.02.V15	Numérateur	N(2)	0		Champ de réserve
MIF (cf. Manuel des procédures de l'ANQ version 3.0)						
19	7.03.V01	Date du relevé de la MIF (AAAAMMJJ)	N (8)	20150601		Soit MIF soit EBI
20	7.03.V02	Manger / Boire	N (1)		1 à 7	
21	7.03.V03	Soins corporels	N (1)		1 à 7	
22	7.03.V04	Bain / Douche / Toilette	N (1)		1 à 7	
23	7.03.V05	Habillement en haut	N (1)		1 à 7	
24	7.03.V06	Habillement en bas	N (1)		1 à 7	
25	7.03.V07	Utilisation des toilettes	N (1)		1 à 7	
26	7.03.V08	Contrôle de la vessie	N (1)		1 à 7	
27	7.03.V09	Contrôle des intestins	N (1)		1 à 7	
28	7.03.V10	Transfert lit / chaise / chaise roulante	N (1)		1 à 7	
29	7.03.V11	Transfert aux toilettes	N (1)		1 à 7	
30	7.03.V12	Transfert douche / baignoire	N (1)		1 à 7	
31	7.03.V13	Marche / chaise roulante	N (1)		1 à 7	
32	7.03.V13.1	Indication du mode de déplacement	N (1)		1 à 3	1 = marche 2 = chaise roulante 3 = tous les deux
33	7.03.V14	Montée des escaliers	N (1)		1 à 7	
34	7.03.V15	Compréhension	N (1)		1 à 7	
35	7.03.V15.1	Indication du mode de communication: compréhension	N (1)		1 à 3	1 = auditive 2 = visuelle 3 = tous les deux
36	7.03.V16	Expression	N (1)		1 à 7	
37	7.03.V16.1	Indication du mode de communication: expression	N (1)		1 à 3	1 = verbale 2 = non-verbale 3 = tous les deux
38	7.03.V17	Comportement social	N (1)		1 à 7	
39	7.03.V18	Résolution de problème	N (1)		1 à 7	
40	7.03.V19	Mémoire	N (1)		1 à 7	
EBI (cf. Manuel des procédures de l'ANQ version 3.0)						
41	7.04.V01	Date du relevé de l'EBI (AAAAMMJJ)	N (8)	20150601		Seul. pour les domaines de prest. Neuro, Cardio ou Pulmo; Soit MIF soit EBI

42	7.04.V02	Manger / Boire	N (1)		0 2 3 4	
43	7.04.V03	Soins personnels	N (1)		0 1 2 3 4	
44	7.04.V04	Habillage/déshabillage	N (1)		0 1 2 4	
45	7.04.V05	Bain / douche/ toilette corporelle	N (1)		0 1 2 3 4	
46	7.04.V06	Passage de la chaise roulante au lit	N (1)		0 1 2 4	
47	7.04.V07	Déplacement sur sol plat	N (1)		0 1 2 3 4	
48	7.04.V08	Monter/descendre des escaliers	N (1)		0 1 2 4	
49	7.04.V09	Utilisation des toilettes	N (1)		0 1 2 4	
50	7.04.V10	Contrôle anal	N (1)		0 2 3 4	
51	7.04.V11	Contrôle des intestins	N (1)		0 1 3 4	
52	7.04.V12	Compréhension	N (1)		1 3 4	
53	7.04.V13	Intelligibilité	N (1)		0 1 3 4	
54	7.04.V14	Interaction sociale	N (1)		0 2 4	
55	7.04.V15	Résolution de problème	N (1)		0 2 4	
56	7.04.V16	Mémoire, capacité d'apprentissage, orientation.	N (1)		0 1 2 3 4	
57	7.04.V17	Vue / Neglect	N (1)		0 1 3 4	
CIRS (cf. Manuel des procédures de l'ANQ version 3.0)						
58	7.06.V01	Date du relevé du CIRS (AAAAMMJJ)	N (8)		0 1	Seul, pour les domaines de prestations Neuro-Cardio et Autres
59	7.06.V02	Cœur uniquement	N (1)		0 à 4	
60	7.06.V03	Hypertension artérielle (sans complications - elles sont évaluées séparément pour chaque système d'organes)	N (1)		0 à 4	
61	7.06.V04	Système vasculo-hématopoïétique	N (1)		0 à 4	
62	7.06.V05	Poumons et voies respiratoires	N (1)		0 à 4	
63	7.06.V06	ORL et yeux	N (1)		0 à 4	
64	7.06.V07	Tractus gastro-intestinal supérieur	N (1)		0 à 4	
65	7.06.V08	Tractus gastro-intestinal inférieur	N (1)		0 à 4	
66	7.06.V09	Foie, bile et pancréas	N (1)		0 à 4	
67	7.06.V10	Reins	N (1)		0 à 4	
68	7.06.V11	Voies urogénitales	N (1)		0 à 4	
69	7.06.V12	Appareil locomoteur et peau	N (1)		0 à 4	
70	7.06.V13	Système nerveux	N (1)		0 à 4	
71	7.06.V14	Système endocrinien, métabolisme	N (1)		0 à 4	
72	7.06.V15	Troubles psychiques	N (1)		0 à 4	
Test de marche des 6 minutes						
73	7.08.V01	Date du relevé du test de marche (AAAAMMJJ)	N (8)			Seul, pour le domaine de prestations Pulmo
74	7.08.V02	Test de marche des 6 minutes (mètres)	N (4)		0 à 1000	(Des valeurs de 0 à 1000 mètres sont plausibles) 0 si le test ne peut pas être effectué en raison de l'état de santé du patient
SCIM						
75	7.09.V01	Date du relevé du SCIM (AAAAMMJJ)	N (8)			Seulement chez les patients en type de réadaptation paraplégique
76	7.09.V02	Alimentation	N (1)		0 bis 3	
77	7.09.V03	Se laver le haut du corps	N (1)		0 bis 3	
78	7.09.V04	Se laver le bas du corps	N (1)		0 bis 3	
79	7.09.V05	S'habiller/se déshabiller le haut du corps	N (1)		0 bis 4	

80	7.09.V06	S'habiller/se déshabiller le bas du corps	N (1)		0 bis 4	
81	7.09.V07	Soins du visage	N (1)		0 bis 3	
82	7.09.V08	Respiration	N (2)		0 2 4 6 8 10	
83	7.09.V09	Gestion vésicale	N (2)		0 3 6 9 11 13 15	
84	7.09.V10	Gestion intestinale	N (2)		0 5 8 10	
85	7.09.V11	Hygiène de la toilette	N (1)		0 1 2 4 5	
86	7.09.V12	Mobilité au lit et prévention des escarres	N (1)		0 2 4 6	
87	7.09.V13	Transfert lit ↔ chaise roulante	N (1)		0 bis 2	
88	7.09.V14	Transfert chaise roulante ↔ WC	N (1)		0 bis 2	
89	7.09.V15	Mobilité dans l'institution	N (1)		0 bis 8	
90	7.09.V16	Mobilité sur une distance moyenne de 10 - 100 m	N (1)		0 bis 8	
91	7.09.V17	Mobilité à l'extérieur de l'institution, plus de 100 m	N (1)		0 bis 8	
92	7.09.V18	Monter les escaliers	N (1)		0 bis 3	
93	7.09.V19	Transfert chaise roulante ↔ voiture	N (1)		0 bis 2	
94	7.09.V20	Transfert sol ↔ chaise roulante	N (1)		0 1	
Soins						
95	7.10.V01	Soins (minutes durant la semaine de relevé)	N (5)			Arrondi en minutes entières 0 si aucune minute de prestation durant la semaine de relevé
96	7.10.V02	Médecins (minutes durant la semaine de relevé)	N (5)			Arrondi en minutes entières 0 si aucune minute de prestation durant la semaine de relevé
97	7.10.V03	Physiothérapie (minutes durant la semaine de relevé)	N (5)			Arrondi en minutes entières 0 si aucune minute de prestation durant la semaine de relevé
98	7.10.V04	Thérapie du mouvement/du sport (minutes durant la semaine de relevé)	N (5)			Arrondi en minutes entières 0 si aucune minute de prestation durant la semaine de relevé
99	7.10.V05	Ergothérapie (minutes durant la semaine de relevé)	N (5)			Arrondi en minutes entières 0 si aucune minute de prestation durant la semaine de relevé
100	7.10.V06	Thérapie respiratoire (minutes durant la semaine de relevé)	N (5)			Arrondi en minutes entières 0 si aucune minute de prestation durant la semaine de relevé
101	7.10.V07	Neuropsychologie (minutes durant la semaine de relevé)	N (5)			Arrondi en minutes entières 0 si aucune minute de prestation durant la semaine de relevé

102	7.10.V08	Psychologie clinique (minutes durant la semaine de relevé)	N (5)			Arrondi en minutes entières 0 si aucune minute de prestation durant la semaine de relevé
103	7.10.V09	Logopédie (minutes durant la semaine de relevé)	N (5)			Arrondi en minutes entières 0 si aucune minute de prestation durant la semaine de relevé
104	7.10.V10	Consultation en diabétologie (minutes durant la semaine de relevé)	N (5)			Arrondi en minutes entières 0 si aucune minute de prestation durant la semaine de relevé
105	7.10.V11	Consultation en nutrition (minutes durant la semaine de relevé)	N (5)			Arrondi en minutes entières 0 si aucune minute de prestation durant la semaine de relevé
106	7.10.V12	Consultation en cas d'insuffisance cardiaque	N (5)			Arrondi en minutes entières 0 si aucune minute de prestation durant la semaine de relevé
107	7.10.V13	Médecine traditionnelle chinoise (minutes durant la semaine de relevé)	N (5)			Arrondi en minutes entières 0 si aucune minute de prestation durant la semaine de relevé
108	7.10.V14	Service social (minutes durant la semaine de relevé)	N (5)			Arrondi en minutes entières 0 si aucune minute de prestation durant la semaine de relevé
109	7.10.V15	Autres thérapies (minutes durant la semaine de relevé)	N (5)			Arrondi en minutes entières 0 si aucune minute de prestation durant la semaine de relevé
110	7.10.V16	CHF médicaments, durant la semaine de relevé	N (6)			Laisser vide
111	7.10.V17	CHF examens, durant la semaine de relevé	N (6)			Laisser vide
112	7.10.V18	CHF laboratoire, durant la semaine de relevé	N (6)			Laisser vide
113	7.10.V19	CHF matériel, durant la semaine de relevé	N (6)			Laisser vide
114	7.10.V20	CHF coûts de transports durant, la semaine de relevé	N (6)			Laisser vide
115	7.10.V21	CHF autres coûts, durant la semaine de relevé	N (6)			Laisser vide

10.3 Format du fichier des coûts par cas (fichier CC)

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+484+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)					Plan comptable H+
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)		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+)
** Sans les honoraires (cf. REKOLE®, Plan comptable H+)
*** Sans les coûts des transports primaires

11 Extrait du Manuel de codage OFS

Manuel de codage – Le manuel officiel des règles de codage en Suisse Version 2017 (Office fédéral de la statistique 2016).

D15c Transferts

Transfert pour suite de soins

Lorsqu'un patient est transféré dans un autre hôpital pour **suite de soins (suite de traitement)** (indépendamment du fait qu'il s'agit de **soins somatiques aigus**, de **réhabilitation / réadaptation / convalescence**, de **clinique psychiatrique ou autre clinique spécialisée**), chaque hôpital doit coder un cas séparé.

L'hôpital qui admet le patient code en diagnostic principal la maladie/blessure initiale qui est l'indication de la **suite de soins**, la raison principale du transfert. En présence de plusieurs diagnostics, le diagnostic principal est choisi selon de la définition du diagnostic principal (règle G52).

Le fait qu'il s'agit d'une prise en charge pour **suite de soins**, de traitement est indiqué par un des codes Z suivants comme premier diagnostic supplémentaire : Z47.– *Autres soins de contrôle orthopédiques*, Z48.– *Autres soins de contrôle chirurgicaux*, Z50.–*! Soins impliquant une rééducation*, Z51.– *Autres soins médicaux* ou Z54.–*! Convalescence*.

Pour le codage des autres diagnostics, les règles du manuel de codage sont à appliquer.

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	Fracture
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.–!	Soins impliquant une rééducation
DS	Z96.64	Présence de prothèse de hanche
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.-! Soins impliquant une rééducation
DS Z96.64 Présence de prothèse de hanche
L 1

Exemple 5

*Un patient est admis à l'hôpital central pour un remplacement percutané de valve mitrale. Après l'opération, il présente un infarctus cérébral avec hémisyndrome, probablement dû à une embolie peri-opératoire. Le patient est transféré à l'hôpital régional pour **suite de soins de l'hémisyndrome**. Le point d'abord fémoral du remplacement de valve mitrale est surveillé, l'ablation des fils est effectuée.*

L'hôpital central code:

DP Insuffisance valvule mitrale
DS Infarctus cérébral dû à une embolie
DS Hémisyndrome
DS Cause externe

L'hôpital régional code:

DP Infarctus cérébral dû à une embolie
DS Hémisyndrome
DS Z51.88 Autres traitements médicaux non précisés
DS Insuffisance valvule mitrale
DS Z48.8 Autres soins de contrôle chirurgicaux précisés
DS Z95.2 Présence de prothèse d'une valvule cardiaque

Remarque: le transfert se fait pour la suite de soins de l'hémisyndrome sur infarctus cérébral (voir aussi S0601).

12 Références

ANQ (2015). Plan national de mesure Réadaptation (modules 2 et 3): Manuel des procédures, version 2016/01, publication prévue en novembre 2016.

ANQ (2015). Plan national de mesure Réadaptation (modules 2 et 3). Manuel des données, version 3.0.

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 (2015). Manuel de codage – Le manuel officiel des règles de codage en Suisse – Version provisoire 2016. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique.

H+ Les Hôpitaux de Suisse (2013). DefReha[®] version1.0 – Réadaptation stationnaire: domaines spécialisés et définitions des critères d'inclusion et d'exclusion pour les différents types de réadaptation.

H+ Les Hôpitaux de Suisse (2013). Rekole[®] – Comptabilité analytique à l'hôpital, 4^e édition.

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 pour le relevé SwissDRG 2012, version actualisée.

SwissDRG SA (2015). Documentation pour le relevé SwissDRG 2016.