



Documentation du relevé ST Reha

Format et contenu du relevé des données 2018

Version 2018	03.11.2017
	Les modifications apportées par rapport à la version 2017 sont surbrillées en jaune .

Table des matières

1	Informations générales.....	4
1.1	Modifications par rapport à l'année précédente.....	4
1.2	Cas à livrer	4
2	Format.....	5
2.1	Aperçu	5
2.2	Identification des patients et des cas.....	5
2.3	Statistique médicale	6
2.4	Set de données RE	6
2.5	Coûts par cas	6
2.6	Relevé détaillé	7
3	Contenu.....	7
3.1	Statistique médicale	7
3.1.1	Diagnostics et traitements	7
3.1.2	Congé.....	8
3.1.3	Identification des réadmissions.....	8
3.1.4	Champs de réserve	8
3.2	Set de données RE.....	9
3.2.1	Domaines de prestations.....	9
3.2.2	Assessments	10
3.2.3	Autres indications spécifiques à la réadaptation	11
3.3	Coûts par cas	13
3.3.1	Coûts complets (chapitre 9.7.4)	13
3.3.2	Coûts imputables (chapitre 5)	13
3.3.3	Produits pharmaceutiques / médicaments et produits sanguins (chapitre 10.9).....	13
3.3.4	Implants et matériel médical	14
3.3.5	Coûts d'utilisation des immobilisations (CUI) (chapitre 7.9).....	14
3.3.6	Enseignement universitaire et recherche (chapitre 9.11).....	14
3.3.7	Cas en classe privée ou semi-privée.....	14
4	Relevé détaillé	15

5	Protection des données	16
6	Contacts.....	16
7	Annexes.....	17
	Annexe A: Exigences minimales pour les fichiers	17
	Annexe B: Coûts par cas selon l'ancien relevé de l'unité finale d'imputation REKOLE®	18
	Annexe C: Coûts par cas selon le nouveau relevé de l'unité finale d'imputation REKOLE®	19
	Annexe D: Assessments hebdomadaires (fichier RE).....	22

Table des illustrations

Figure 1: Aperçu des sets de données à livrer.....	5
Figure 2: Numéro du cas par set de données.....	5
Figure 3: Définition de la ligne du fichier des coûts par cas selon l'ancien relevé des unités finales d'imputation de REKOLE®	6
Figure 4: Définition de la ligne du fichier des coûts par cas selon le nouveau relevé des unités finales d'imputation de REKOLE®	7
Figure 5: Domaines de prestations	9
Figure 6: Questionnaire pour le classement univoque dans un domaine de prestations	10
Figure 7: Vue d'ensemble des assessments selon le domaine de prestations	10
Figure 8: Jours de relevés hebdomadaires des données dans différents cas	11
Figure 9: Relevé détaillé des prestations	15

1 Informations générales

1.1 Modifications par rapport à l'année précédente

Outre le remaniement complet de la structure et de la mise en page des prescriptions de relevé ainsi que de leur répartition dans les documents *Définition du format et du contenu* et *Documentation du relevé des données*¹, les modifications suivantes ont été apportées:

- Alignement du set de données MB sur la définition de l'OFS (suppression du champ 51 FID)
- Relevé du set de données supplémentaires du patient (MD) de la Statistique médicale
- Introduction de nouveau fichier de coûts par cas (encore facultatif en 2018)
- Modification du set de données RE
- Précision de la définition de l'absence / du congé
- Modifications du relevé de données supplémentaires
- Abandon du questionnaire pour la détermination des taux de coûts de l'hôpital

1.2 Cas à livrer

Doivent être relevées les données de tous les cas stationnaires² qui:

- relèvent du domaine de la réadaptation
 - à savoir tous les cas des hôpitaux disposant d'un mandat de prestations seulement pour la réadaptation,
 - à savoir tous les cas relevant du centre de charges principal Réadaptation (M950, variable 1.4.V01) pour les hôpitaux disposant de plusieurs mandats de prestations, dont un pour la réadaptation
- sont survenus durant l'année de relevé (cas de la statistique A, variable 0.2.V02)
- présentent des coûts complets³

La classe de traitement (variable 1.3.V02) ne joue aucun rôle. Les cas des divisions communes, semi-privées ainsi que privées doivent être transmis.

¹ Publié à la fin 2018 au plus tard.

² Le chapitre 1.3 des «Règles et définitions pour la facturation sous SwissDRG» ainsi que la clarification N° 03 pour les transferts.

³ Pour des informations complémentaires sur la notion de coûts complets, cf. chapitre 3.3.1.

2 Format

2.1 Aperçu

Les sets de données suivants doivent être établis pour le relevé des données 2018:

- Statistique médicale de l'OFS (MB **et MD**), ci-dessous «Statistique médicale»
- Assessments des patients pour la classification dans la structure tarifaire ainsi que les autres indications spécifiques à la réadaptation sous un format propre, ci- dessous «set de données RE»
- Coûts par cas selon REKOLE® sous un format SwissDRG, ci- dessous «fichier de coûts par cas»
- Coûts des procédures et médicaments onéreux ne relevant pas de la réadaptation sous forme de fichier Excel, ci- dessous «relevé détaillé»

Figure 1: Aperçu des sets de données à livrer

	Niveau cas	Base hebdomadaire	Niveau clinique
Statistique médicale (MB et MD)	×		
Set de données RE		×	
Fichier de coûts par cas	×		
Relevé détaillé	×		×

Les informations spécifiques à l'hôpital, e. a. relatives à la méthode de saisie des coûts, sont relevées désormais au moyen d'un questionnaire en ligne directement lors de la livraison des données. Ce questionnaire remplace les deux questionnaires relatifs au *relevé des données* et à la *détermination des taux de charges*. Plus d'informations suivent dans la *documentation du relevé des données*.

2.2 Identification des patients et des cas

Le lien entre les différents sets de données est établi au moyen du **numéro du cas de la statistique des coûts par cas** dans la Statistique médicale (variable 4.6.V01). Ce dernier doit donc être présent dans tous les sets de données. Il doit être anonyme et univoque.

Figure 2: Numéro du cas par set de données

Set de données	Variable numéro du cas
Statistique médicale (MS)	4.6.V01 (champ 663)
Fichier des coûts par cas	
- ancien relevé des unités finales d'imputation REKOLE®	4.6.V01 (champ 4)
- nouveau relevé des unités finales d'imputation REKOLE®	4.6.V01 (champ 2)
Assessments hebdomadaires (RE)	FID (champ 4)

2.3 Statistique médicale

Le fichier de la Statistique médicale correspond au format de la Statistique médicale des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique (OFS). Notre site Web donne un [lien](#) vers la description exacte de la forme. Outre la conception, veuillez observer également les directives en vigueur (newsletters, manuel de codage, circulaires) et les classifications (CIM, CHOP) pour l'année de données 2018. **Désormais, le relevé du set de données supplémentaires (MD) est impératif en plus du set de données minimal (MB).**

Pour que la transmission des données à SwissDRG SA aboutisse, les prescriptions et les définitions de l'OFS doivent être impérativement respectées. Le format des fichiers de la Statistique médicale peut être contrôlé au moyen de MedPlaus®. Ce programme est mis gratuitement à disposition par [Freudiger EDV-Beratung](#) et peut être téléchargé sur le site de l'OFS

La définition du format pour les variables 4.8.V02 à 4.8.V16 (médicaments, cf. aussi chapitre 3.1.4) de la Statistique médicale (set de données MD) est régie de manière exhaustive dans la [Notice technique 2018](#).

2.4 Set de données RE

Faute de set de données spécifique à la réadaptation dans la Statistique médicale, le set de données correspond à un format propre, adapté spécialement aux exigences de la structure tarifaire ST Reha. A la différence des autres sets de données, les données du set RE doivent être relevées **par semaine de séjour**. La définition exacte du format est donnée dans l'Annexe D: Assessments hebdomadaires (fichier RE).

2.5 Coûts par cas

Le fichier des coûts par cas correspond au relevé des unités finales d'imputation de REKOLE® (part des coûts). Afin de faciliter le traitement, il est cependant enregistré dans un format propre par SwissDRG. Une ligne dans le fichier des coûts par cas correspond à un cas:

Figure 3: Définition de la ligne du fichier des coûts par cas selon l'ancien relevé des unités finales d'imputation de REKOLE®

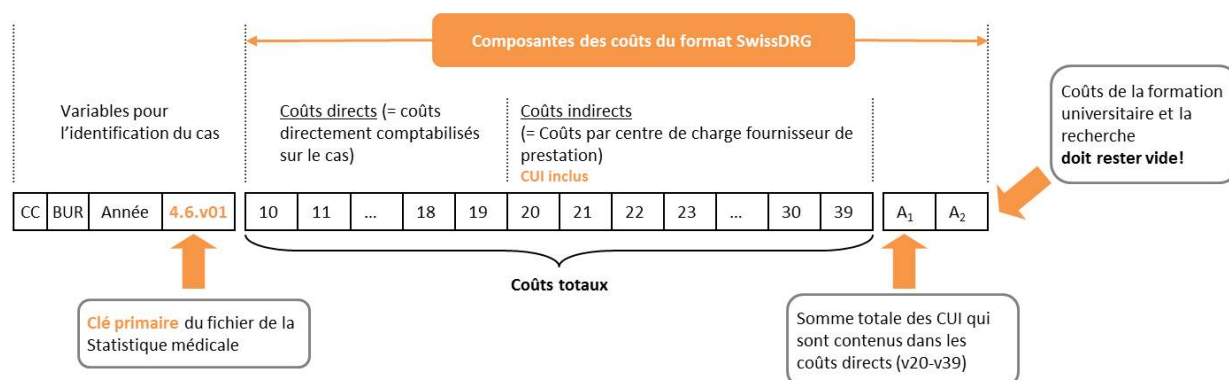
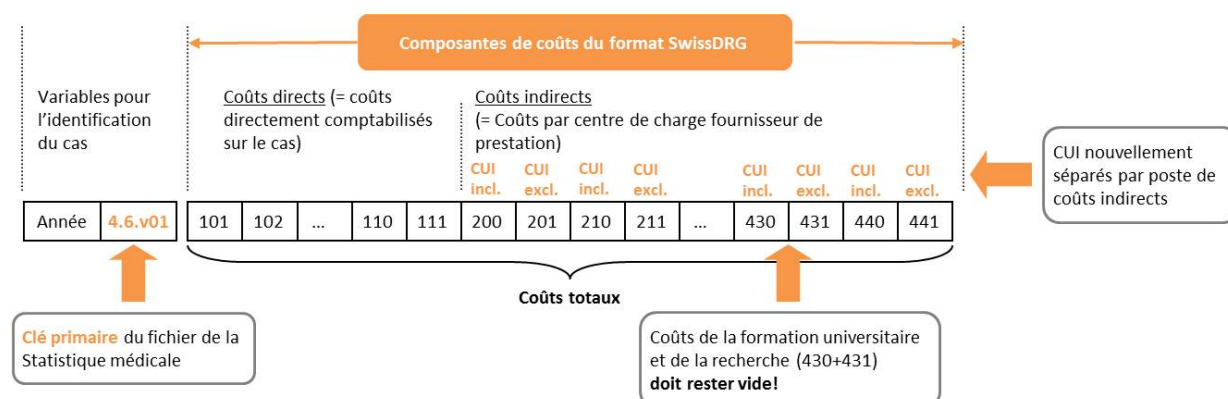


Figure 4: Définition de la ligne du fichier des coûts par cas selon le nouveau relevé des unités finales d'imputation de REKOLE®



Pour le relevé des données 2018, les deux formats décrits en détail à l'Annexe B: Coûts par cas selon l'ancien relevé de l'unité finale d'imputation REKOLE®, ou à Annexe C: Coûts par cas selon le nouveau relevé de l'unité finale d'imputation REKOLE® sont admis. Pour le relevé des données 2019, seul le nouveau format sera accepté.

2.6 Relevé détaillé

Dès 2018, un relevé détaillé, analogue à celui de la somatique aiguë, est également effectué. Il est saisi au moyen d'un fichier Excel qui se décompose en plusieurs sous-relevés. Le fichier sera publié en principe sur le site Web de SwissDRG SA d'ici la fin janvier 2019.

Le [relevé détaillé de la somatique aiguë](#) permet de se faire une idée du format actuel.

3 Contenu

3.1 Statistique médicale

Les données minimales (MB) comprennent des indications socio-démographiques et économiques, des informations sur l'admission, le séjour et la sortie ainsi qu'un extrait des diagnostics et des traitements.

Les données supplémentaires par groupes de patients (MD) comprennent tous les codes de diagnostics et de procédures ainsi que d'autres indications générales et spécifiques sur le traitement.

Des informations détaillées sur le contenu des données sont également disponibles dans la conception d'interface de l'OFS (cf. chapitre 2.3 Statistique médicale). Outre la conception, veuillez observer également les directives en vigueur (newsletters, manuel de codage, circulaires) et les classifications (CIM, CHOP) pour l'année de données 2018.

3.1.1 Diagnostics et traitements

Les variables relatives aux diagnostics (diagnostics MD) mentionnées au chiffre 4.2 ainsi que celles relatives aux traitements (traitements MD) mentionnées au chiffre 4.3 doivent être désormais enregistrées intégralement.

Dès 2018, tous les assessements sont représentés dans le catalogue CHOP! Désormais, le relevé des assessements doit être effectué impérativement au moyen des codes CHOP.

Pour une éventuelle facturation des rémunérations supplémentaires relevant de la somatique aiguë⁴, tous les codes CHOP donnant droit à de telles rémunérations doivent en outre être relevés.

3.1.2 Congé

La variable 1.3.V04 «Congé administratif & vacances» doit être impérativement saisie conformément à la définition de l'OFS. De même, la définition du congé selon les règles de facturation de SwissDRG⁵ est également valable pour ST Reha.

3.1.3 Identification des réadmissions

Les variables relatives aux réadmissions (identification MD des réadmissions lors de regroupements de cas) au chiffre 4.7 ne doivent pas être complétées pour 2018. De cette manière, le principe selon lequel chaque réadmission doit être considérée comme un nouveau cas est appliqué sans exception.⁶

3.1.4 Champs de réserve

La variable 4.8.V01 «Statut DRG» peut être laissée vide.

Pour les variables 4.8.V02 à 4.8.V16 de la Statistique médicale (set de données MD), **tous** les médicaments / substances qui figurent sur la [Liste des médicaments/substances à relever dans la statistique médicale des hôpitaux](#) doivent être enregistrés. Comme dans la [Notice technique](#), on y trouve aussi des informations importantes sur la saisie. Ci-dessous, seuls les points les plus importants sont rappelés:

Dose

Pour un même mode d'administration et les mêmes données complémentaires, les doses par cas doivent être cumulées pour le même code ATC.

Unité

Les médicaments doivent être saisis impérativement dans les unités prévues dans la *Liste des médicaments/substances à relever dans la statistique médicale des hôpitaux*. Les multiples d'unités **ne sont pas** admis. Le format des unités doit être indiqué exactement comme prévu dans la *Notice technique*.

Mode d'administration

Le mode d'administration doit être indiqué pour chaque médicament. Le format des modes d'administration doit être indiqué exactement comme indiqué dans la *Notice technique*.

Restriction

Si une restriction est prévue dans la *Liste des médicaments/substances à relever dans la statistique médicale des hôpitaux*, le médicament ne peut être déclaré que pour les cas prévus.

⁴ Les rémunérations supplémentaires sont représentées dans l'annexe 2 (évaluées) et 3 (non évaluées) de la version SwissDRG en cours et sont [disponibles](#) sur notre site internet

⁵ Clarification N° 22, publiée le 1^{er} janvier 2013, dans les «Clarifications et exemples de cas concernant les Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG», version 3.4 du 1^{er} novembre 2016.

⁶ Ce principe est contraire à la règle exceptionnelle prévue en cas de «réadmission suite à un transfert» au chapitre 9.7 «Ensemble de règles du cas administratif» dans REKOLE®.

Données complémentaires

Les données complémentaires d'un médicament doivent être enregistrées uniquement pour les médicaments correspondants dans la *Liste des médicaments/substances à relever dans la statistique médicale des hôpitaux*. Pour tous les autres médicaments, ce champ doit rester vide.

Exemples

Antithrombin III: L'unité U est prescrite pour l'Antithrombin III B01AB02. La colonne «Restriction» ne comporte pas de restriction pour le mode d'administration ou l'indication. Comme le champ dans la colonne «Donnée complémentaire à coder» est vide, il n'y a pas lieu de livrer des données complémentaires. Le mode d'administration doit toujours être indiqué. Codage possible: B01AB02;;IV;2500;U

Facteur de coagulation VIII: Dans ce cas, il convient d'indiquer les données complémentaires correspondantes (colonne «Données complémentaires à coder») en respectant le format de la Notice technique. L'unité valable pour ce médicament est IU. Codages possibles:

- B02BD02;Plas;IV;11000;IU pour la forme plasmatique
- B02BD02;Rec;IV;1000;IU pour la forme recombinante

Voriconazole (Posaconazole): Les données complémentaires font la distinction entre la suspension et le comprimé et ne doivent être donc saisies qu'en cas d'administration orale. Une restriction n'est pas prévue. L'unité mg est prescrite. Codage possible:

- J02AC03;Susp;O;1000;mg pour l'administration orale de la suspension
- J02AC03;Tab;O;1000;mg pour l'administration orale de tablettes
- J02AC03;;IV;1000;mg pour l'administration intraveineuse

Remarque

Pour la saisie des médicaments onéreux, seule l'administration (en secteur stationnaire) est déterminante, indépendamment de la prise en charge des coûts ou de l'admission.

3.2 Set de données RE

Le set de données RE englobe, sur une base hebdomadaire, tous les assessments ainsi que d'autres informations spécifiques à la réadaptation.

3.2.1 Domaines de prestations

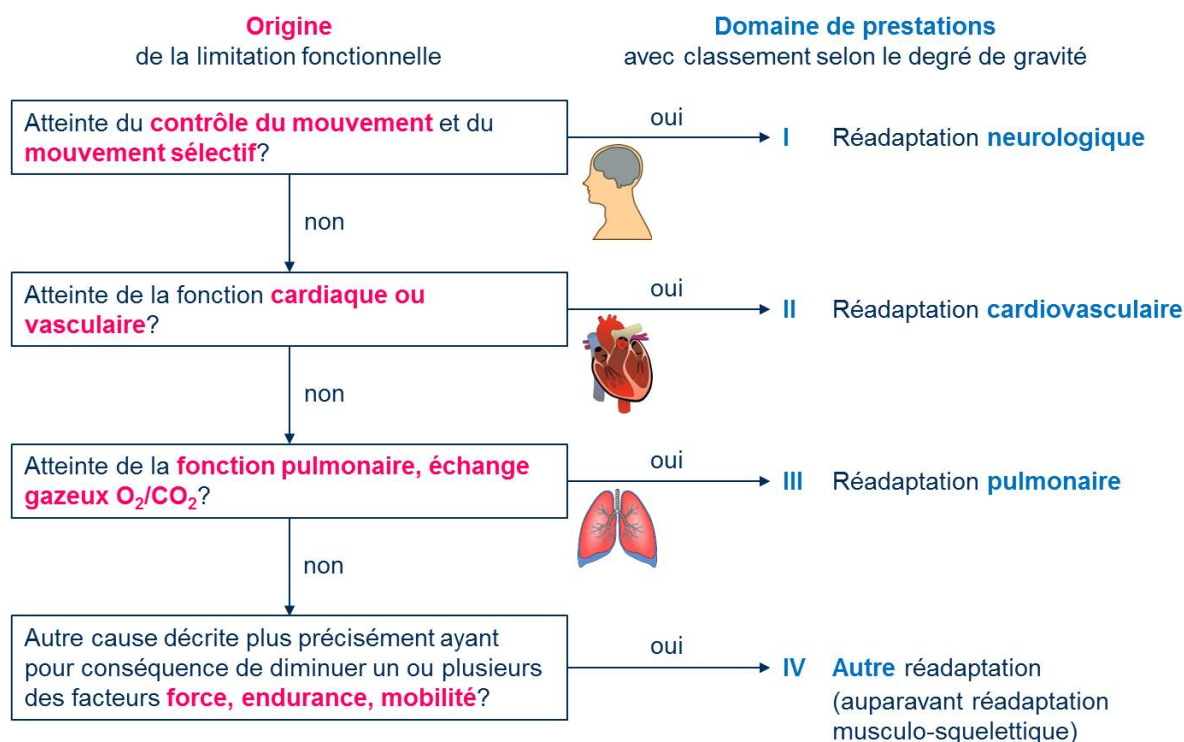
Une distinction est faite entre les quatre domaines de prestations suivants:

Figure 5: Domaines de prestations

Domaine de prest.	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 intervient après une suite logique de questions sur le cas qui détermine dans quel domaine se situe la cause de la limitation fonctionnelle:⁷

Figure 6: Questionnaire pour le classement univoque dans un domaine de prestations



3.2.2 Assessments

Les assessments à relever sur une base hebdomadaire présentent de légères différences selon le domaine de prestations. Les assessments suivants doivent être enregistrés en fonction du domaine de prestations:

Figure 7: Vue d'ensemble des assessments selon le domaine de prestations

Assessment / domaine de prestations	CIRS	ADL MIF / EBI / SCIM ⁸	Test de marche de 6 minutes
Neurologique	✓	✓	
Cardiovasculaire	✓	✓	
Pulmonaire	✓	✓	✓
Autres	✓	✓	

Les assessments CIRS, MIF®, EBI et test de marche de 6 minutes doivent être relevés conformément aux prescriptions de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et

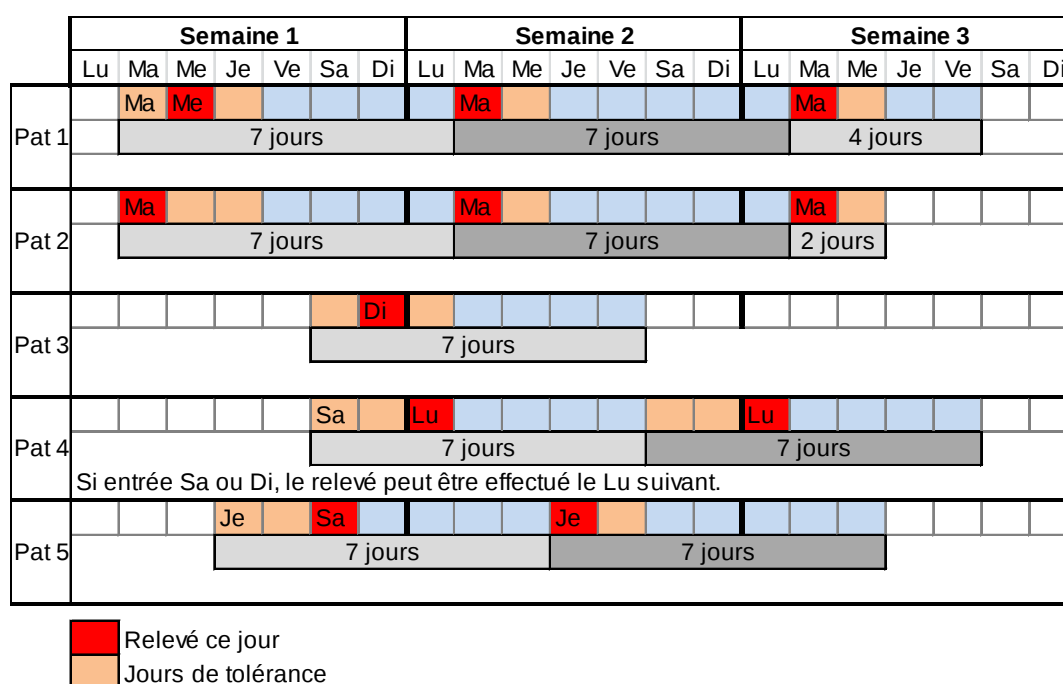
⁷ Avec la restriction suivante: si le questionnaire aboutit au classement dans les domaines de prestations II ou III, les conditions fixées par l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), annexe 1, 11. Réadaptation, en particulier réadaptation des patients souffrant de maladies cardio-vasculaires ou réadaptation pulmonaire, doivent être remplies.

⁸ SCIM uniquement pour les patients en «réadaptation paraplégique» selon DefReha®.

les cliniques (ANQ) valables pour l'année de données 2018. Ces dernières englobent les instruments eux-mêmes, avec les chapitres correspondants dans le manuel de procédure, ainsi que, s'il y a lieu, les manuels spécifiques aux instruments.

Par ailleurs, les assessments hebdomadaires doivent être effectués en fonction de l'admission à l'hôpital, c'est-à-dire que le premier relevé doit avoir lieu dans les trois jours après l'admission. Ensuite, les relevés doivent être effectués à chaque fois au même jour de la semaine que l'admission.⁹ La figure suivante illustre cette règle à l'aide de différents exemples:

Figure 8: Jours de relevés hebdomadaires des données dans différents cas



Exception:

Si la sortie tombe sur le jour de relevé, il convient d'utiliser la mesure de sortie effectuée pour l'ANQ. Si celle-ci n'est pas disponible, le dernier assesement de la semaine précédente peut être utilisé pour la dernière semaine.

En cas d'absence rendant impossible le relevé au jour prévu ou lors des jours de tolérance, le relevé des assessments doit être poursuivi lors du retour.¹⁰ Pour les mesures hebdomadaires suivantes, le jour du retour sert de jour de référence pour les mesures.

3.2.3 Autres indications spécifiques à la réadaptation

Afin de plausibiliser d'éventuels coûts hors normes et / ou d'aboutir à une différenciation du système fondée sur des données, les fournisseurs de prestations marquent *en outre* les données relevées selon une base hebdomadaire au moyen des informations importantes suivantes:

Types de réadaptation, resp. réadaptation intensive selon DefReha®

⁹ En cas d'admission entre le dimanche et le vendredi, une marge de tolérance de +1 jour est tolérée. Elle est de +2 jours en cas d'admission le samedi (le lundi est admis comme jour de mesure).

¹⁰ La marge de tolérance plus stricte est appliquée pour les mesures intermédiaires.

Indépendamment du classement dans les domaines de prestations, les patients sont caractérisés selon les types de réadaptation (normale ou intensive) décrits dans le document DefReha® version 1.0. Les domaines suivants peuvent être indiqués comme intensifs: réadaptation en médecine interne, cardiovasculaire, musculosquelettique, neurologique, oncologique ou pulmonaires (trois mentions possibles au maximum).

Patients gériatriques et pédiatriques

La mention de la participation d'un médecin spécialiste en gériatrie ou en pédiatrie est abandonnée.

Diagnostic de réadaptation

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

- Par diagnostic de réadaptation, il s'agit 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 chapitre 1.2 Cas à livrer.
- Les directives du manuel de codage en vigueur sont toujours applicables pour l'identification du diagnostic principal.

Absences

Il importe, pour le calcul de la durée hebdomadaire de séjour, d'être en mesure de répartir les absences sur les différentes semaines, conformément à la définition de l'OFS (variable 1.3.V04).¹¹ L'indication comprend ainsi le total en heures par semaine de séjour.

Minutes de prestations

Afin de calculer les coûts variables, la durée des prestations effectivement fournies par les différents groupes de professions pour chaque patient durant la semaine de relevé est enregistrée.

Pour les thérapies de groupes, les minutes de prestations doivent être divisées à parts égales entre les patients participants.

Exemple : Trois patients prennent part à une réunion de physiothérapie durant 45 minutes. La séance est conduite par un spécialiste de la physiothérapie. 15 minutes de physiothérapie sont ainsi à compter par patient.

¹¹ La somme des absences par cas dans le fichier RE doit concorder avec les vacances du fichier MS (1.3.V04).

3.3 Coûts par cas

La comptabilité analytique selon REKOLE® constitue la base pour la détermination des coûts par cas. Elle se compose du manuel REKOLE® – Comptabilité analytique à l'hôpital ainsi que des décisions de la Commission technique Comptabilité et contrôle de gestion (REK) qui ne figurent pas dans la dernière version du manuel.

Sans prétendre à l'exhaustivité, les informations suivantes relatives aux ajustements et à la méthode de calcul des coûts par cas mettent en évidence les points les plus importants du point de vue de SwissDRG SA¹²:

3.3.1 Coûts complets (chapitre 9.7.4)

Tous les cas doivent présenter des **coûts complets**. Les coûts **ne sont pas** considérés comme des coûts complets:

- lorsque, dans le cas de patients traités sur deux années, les coûts de traitement intervenus avant la période de relevé n'ont pas été imputés au cas.
- lorsque le séjour se prolonge au-delà de la période de relevé (sortie en dehors de ladite période).
- lorsqu'une partie des honoraires ou des prestations de tiers n'a pas été imputée au cas (p. ex. facture de médecin n'était pas encore disponible au moment de la facturation par unité finale d'imputation, etc.).

3.3.2 Coûts imputables (chapitre 5)

Les coûts par cas doivent comprendre uniquement les coûts des prestations figurant au catalogue de LAMal. Ce dernier est également valable pour la LAA, l'AI et l'AM.

Par conséquent, les coûts des prestations qui ne sont pas inscrites au catalogue des prestations LAMal ne sont pas compris dans les coûts par cas. Ainsi, les frais à la charge du patient, les coûts non liés aux patients, les transports primaires ou les autres prestations non remboursées ne doivent pas être inclus dans les coûts par cas. De plus, les coûts des prestations d'intérêt général (art. 49, al.3 LAMal) doivent être également soustraits des coûts par cas. Cela concerne notamment les coûts de l'enseignement universitaire et de la recherche.

3.3.3 Produits pharmaceutiques / médicaments et produits sanguins (chapitre 10.9)

Les médicaments (v101 selon le nouveau format, v10 selon l'ancien) et les produits sanguins (v102, resp. v11) doivent être, dans la mesure du possible, comptabilisés comme des coûts directs. Cette règle doit être appliquée impérativement si leur coût total dépasse **CHF 200** par cas (décision REK 15_004)

La distinction dans le compte H+ 400 «Médicaments (sang et produits sanguins inclus)» est judicieuse pour le calcul de la structure tarifaire. Il est donc recommandé de s'y conformer quand c'est possible.

¹² Comme le relevé a été développé pour les hôpitaux de soins aigus, il comprend aussi quelques composantes de coûts qui ne concernent guère les cliniques de réadaptation (p. ex. implants).

Si la distinction n'est pas réalisable, les coûts des médicaments et ceux des produits sanguins sont enregistrés dans la composante v101 (resp. v10).

La [Liste des articles pour l'imputation obligatoire des coûts directs](#) donne des informations détaillées sur la manière d'enregistrer les produits.

3.3.4 Implants et matériel médical

La même règle est valable pour les implants (v104 selon le nouveau format, v12 selon l'ancien) et le matériel médical (v103, resp. v13): dans la mesure du possible, ils doivent être comptabilisés comme des coûts directs. Cette pratique est impérative si leur coût total dépasse **CHF 200**, resp. **CHF 50** pour les implants, y compris le matériel d'ostéosynthèse, par cas (décision REK 15_004)

La distinction dans le compte H+ 401 «Matériel, instruments, ustensiles, textiles» est judicieuse pour le calcul de la structure tarifaire. Il est donc recommandé de s'y conformer quand c'est possible. Si la distinction n'est pas réalisable, les coûts des implants et du matériel médical sont enregistrés dans la composante v104 (resp. v12).

Comme pour les médicaments et produits sanguins au chapitre 3.3.3, la [Liste des articles pour l'imputation obligatoire des coûts directs](#) fait référence pour l'enregistrement des produits.

3.3.5 Coûts d'utilisation des immobilisations (CUI) (chapitre 7.9)

SwissDRG SA exige que les CUI soient calculés selon la méthode REKOLE®. Le document [Principes et règles pour la détermination des coûts d'utilisation des immobilisations \(CUI\)](#) publié sur le site Web de SwissDRG donne des indications à cet égard.

3.3.6 Enseignement universitaire et recherche (chapitre 9.11)

Selon les bases légales (LAMal, art. 49 et OCP, art. 7), les coûts d'enseignement universitaire et de recherche sont des coûts non imputables sur les coûts par cas pertinents pour l'assurance obligatoire des soins AOS. Ces coûts sont des prestations d'intérêt général et sont -selon la comptabilité analytique des hôpitaux- imputables à des unités finales d'imputation spécifiques. Les coûts par cas transmis ne doivent donc pas contenir de frais d'enseignement universitaire et de recherche. Une imputation de ces coûts sur le cas administratif n'est pas autorisée selon REKOLE. Les composantes de coûts SwissDRG a2 resp. v430 et v431 doivent rester vides (cf. Annexe B: Coûts par cas selon l'ancien relevé de l'unité finale d'imputation REKOLE® resp. Annexe C: Coûts par cas selon le nouveau relevé de l'unité finale d'imputation REKOLE®).

Si la suppression de ces coûts n'est pas réalisable, l'hôpital n'effectue aucun ajustement, mais l'indique dans le questionnaire, à la question prévue à cet effet.

3.3.7 Cas en classe privée ou semi-privée

En principe, les cas en classe privée ou semi-privée sont aussi utilisés pour le développement de la structure tarifaire, à condition que les coûts du cas soient corrigés des surcoûts liés à la classe de lit.¹³

¹³ Pour la correction des surcoûts liés à la classe de lits, se référer au Modèle tarifaire intégré basé sur la comptabilité analytique ITAR_K.

Dans l'idéal, **l'hôpital lui-même** procède à cette correction avant la livraison des données. Dans le cas contraire, SwissDRG SA doit effectuer une déduction approximative, ce qui peut conduire à des imprécisions et au pire à l'exclusion de cas.

4 Relevé détaillé

Le relevé détaillé remplace l'ancien relevé supplémentaire et sert de base de données pour les rémunérations supplémentaires existantes et potentielles. Il permet, d'une part, de saisir les prix des médicaments figurant sur la *Liste des médicaments/substances à relever dans la statistique médicale des hôpitaux 2018* et, d'autre part, d'enregistrer les codes et les coûts des matériaux et des procédures onéreux comme c'était le cas jusqu'à présent dans le relevé supplémentaire. **Désormais, la remise de médicaments est saisie uniquement dans les champs correspondants de la Statistique médicale (cf. chapitre 3.1.4 Champs de réserve).**

Les prestations suivantes de l'année 2017 sont prévues pour le relevé détaillé 2018 également:

Figure 9: Relevé détaillé des prestations

N°	Prestation	Code CHOP 2018
1.01	Ventilation assistée ¹⁴	93.9E.1*
1.02	Chimiothérapie/radiothérapie/radio-oncologie	99.25.0*;92.2*
1.03	Mise en place et/ou contrôle d'une pompe à analgésie/pompe à perfusion (spasticité) resp. Thérapie de la douleur invasive	03.90.*;03.91.11;04.8*;93.A3.*;81.92.4*;81.92.1*;81.92.2*
1.04	Contrôles, suivis et interventions ordonnés à l'externe (indiquer la prestation)	<i>Codes CHOP selon prestation prescrite</i>
1.06	Mesures d'isolement/mesures particulières en cas de mise en danger de la personne/tiers (indiquer la mesure)	93.59.5*;99.84.1*;99.84.2*;99.84.3*;99.84.4*;99.84.5*
1.07	Contrôle d'un cœur artificiel/pacemaker/ICD	89.45;89.46;89.47;89.48; 89.49;37.20.*
1.08	Contrôle et biopsie chez des patients transplantés	37.24.*;37.25.*
1.09	Contrôle/programmation d'une stimulation cérébrale	89.1A.*
1.10	Traitement d'insuffisance rénale (dialyse)	39.95.*;54.98.*
1.11	Opticien, lorsque les prestations ne relèvent pas de la réadaptation	<i>Aucun</i>
1.12	Alimentation parentérale, PEG, intubation	43.11;99.15;96.6;96.35
1.13	Lits spéciaux	93.39.11;93.39.13
1.14	Matériel spécial pour obèse	93.39.12;
1.15	Pansement V.A.C.	86.88.J*;93.57.1*
1.16	Traitement dentaire	23.*.*; 24.*.*;
1.17	Pose Cystofix	57.17;59.94
1.18	Cardioversion	99.61;99.62;99.69
1.19	Orthoptie	95.35
1.20	Concentrés érythrocytaires, thrombocytes	99.04.*;99.05.*

¹⁴ Cf. la [définition](#) de la ventilation non invasive hors des soins intensifs selon la SSP.

1.21	Radiographie	87.05-87.39;87.49;87.51-87.69;87.73-87.77.99;87.81-87.99;88.03-88.29;88.31-88.37;88.39.00;88.39.20-21;88.39.99
1.22	IRM	88.91.*;88.92.*;88.94.*;88.95;88.97.*
1.23	C.T.	87.03;87.04.1*;87.41.*;87.71;88.01.*;88.38.*;
1.24	TEP	92.11.00;92.19.*
1.25	SPECT	92.05.14; 92.09.10
1.26	Endoscopies	22.19;42.22-42.24;42.29.10;43.41.00-43.42.21;44.11-44.15;44.19.10;44.43.*;45.11;45.12;45.13.00;45.13.20;45.13.99;45.14-45.22;45.24;45.25;45.28.10;45.29.10;45.41.1*;45.43; 48.22-48.24;48.29.10;49.21-49.23; 49.29.10; 51.10-51.11; 51.14; 51.19.10; 51.85; 56.33; 56.35; 68.12.00; 68.12.99
1.27	Centre du sommeil	89.17.*; 89.18.10; 89.18.11; 89.19.40
1.28	Conseils médicaux externes spécialisés en dehors du domaine	<i>Codes CHOP selon prestation prescrite</i>
3.01	Exoprothèses	93.24;99.B6.3*;84.4A;84.4B
3.02	Orthèses	93.23; 93.24

5 Protection des données

La protection des données est assurée par le contrat de livraison de données ST Reha. Nous vous prions de prendre contact avec nous, si votre hôpital n'a pas encore signé ce contrat.

6 Contacts

Pour tout complément d'information, les contacts suivants se tiennent volontiers à votre disposition :

Questions pour ST Reha: reha@swissdr.org ou 031 310 05 50

Questions pour le relevé de données : datenerhebung@swissdr.org ou 031 310 05 50

Questions techniques des assessments: luise.menzi@anq.ch ou 031 511 38 44

Questions de codage: codeinfo@bfs.admin.ch ou 058 463 67 00

7 Annexes

Annexe A: Exigences minimales pour les fichiers

L'annexe suivante indique les exigences minimales pour les fichiers. Si les fichiers ne correspondent pas à ces exigences minimales, la livraison des sets de données n'est pas possible.

Tests généraux	
☒	Les fichiers doivent finir avec *.dat ou *.txt.
☒	Les sets de données doivent être codés avec UTP-8 ou "ISO8859-1".
☒	Les variables sont séparées avec des barres verticales (code ASCII 124 « »).
☒	Le CRLF (code ASCII 13 et 10) est utilisé comme passage à la ligne.
☒	Consistance de la clé primaire (4.6.V01) dans tous les sets de données. Les cas figurant seulement dans un fichier ne peuvent pas être plausibilisés et ne peuvent pas être importés dans les bases de données.
Set de données des variables de la Statistique médicales (set de données MS)	
☒	Lignes MB : 50 colonnes
☒	Lignes MD : 696 colonnes
☒	Sur la ligne MD, la colonne 663 correspond à la variable 4.6.V01 (clé primaire).
☒	La variable 4.6.v01 (colonne 663 de la ligne MD) est une clé primaire: pas de doublons et pas d'enregistrements vides.
☒	La définition des variables suivantes (Va. Nr) doit impérativement être respectée : 0.2.V02, 1.1.V01, 1.1.V02, 1.1.V03, 1.2.V01, 1.2.V02, 1.2.V03, 1.3.V01, 1.3.V02, 1.3.V03, 1.3.V04, 1.4.V01, 1.5.V01, 1.5.V02, 1.5.V03, 4.5.V01, 4.7.V01, 4.7.V02, 4.7.V11, 4.7.V12, 4.7.V21, 4.7.V22, 4.7.V31, 4.7.V32.
☒	La variable 0.2.V01 doit être codée et encryptée avec 16 caractères alphanumériques.
☒	Les sets de données ne doivent pas contenir d'indications de médicaments non valables (4.8.V02-4.8.V15, Médicament 1 -14, numéros de variables 678 -691)
☒	Les sets de données ne doivent pas contenir de texte à l'exception des champs pour l'indication des médicaments (4.8.V02 - 4.8.V15, médicaments 1 - 14, numéros des variables 678 - 691).
Set de données des coûts par cas	
☒	Chaque ligne du set de données des coûts par cas correspond à un cas.
☒	Le set de données contient 28 variables (ancien format REKOLE®) resp. 80 variables (nouveau format REKOLE®).
☒	Le set de données ne doit contenir aucun nom de variables.
☒	Les variables des coûts ne doivent contenir que des chiffres et pas de lettres.
☒	Les chiffres ne doivent pas contenir de formatage comme séparateur de milliers, virgules inversées, espace, etc.
☒	Le point est utilisé comme séparateur de décimale (par ex. 1234.50).
☒	La clé primaire de la deuxième colonne correspond à la variable 4.6.V01 de la Statistique médicale. Ici, aucun doublon ou champ vide n'est permis.
☒	Chaque cas doit comporter des coûts d'utilisation des immobilisations. Des valeurs négatives ne sont pas acceptées.
☒	Les composantes de coûts d'enseignement universitaire et de recherche doivent rester vides.
☒	Les champs de réserve doivent rester vides, dans la mesure où cela est mentionné dans la description (seulement pour le nouveau format REKOLE®).
Set de données RE	
☒	Chaque ligne du set de données des coûts par cas correspond à une semaine de séjour.
☒	Le set de données contient 115 variables.
☒	Le set de données ne doit contenir aucun nom de variables.
☒	La clé primaire de la quatrième colonne (FID) correspond à la variable 4.6.V01 de la Statistique médicale. Ici, aucun champ vide n'est permis.
☒	Les variables des assessments et des prestations ne doivent contenir que des chiffres et pas de lettres.
☒	La définition des variables des assessments doit impérativement être respectée.
☒	Les champs de réserve et les champs inactivés doivent rester vides, dans la mesure où cela est mentionné dans la description.

Annexe B: Coûts par cas selon l'ancien relevé de l'unité finale d'imputation

REKOLE®

Nr.	Variable	Description	
Informations générales			
1	BUR	Numéro de l'établissement (satellite santé du REE)	
2	year	Année des données	
3	4.6.V01	Numéro du cas (cf. variable 663 de la ligne MD)	[CLÉ PRIMAIRE]
Coûts directs			Plan comptable H+ ²
4	v10	Médicaments	400
5	v11	Sang et produits sanguins	400
6	v12	Implants	401
7	v13	Matériel médical	401
8	v14	Honoraires de médecins – médecins hospitaliers	380
9	v15	Honoraires de médecins – médecins agréés (soumis aux assurances sociales)	381
10	v16	Honoraires de médecins – médecins agréés (non-soumis aux assurances sociales)	405*
11	v17	Honoraires de médecins versés pour certificats et rapports médicaux	
12	v19	Autres coûts directs	403 + 404 + 405** + 480 + 485 + 486
Coûts indirects			Centre de charges obligatoire REKOLE®
13	v20	Salles d'opérations	(20)
14	v21	Unités de soins intensifs (SI) et intermediate care (IC)	(24)
15	v22	Urgences	(25)
16	v23	Imagerie médicale et médecine nucléaire	(26) + (28)
17	v24	Laboratoire interne (inclus dons sanguins)	(29)
18	v25	Dialyse	(30)
19	v26	Corps médical	(31)
20	v27	Thérapies non médicales et conseil (Physiothérapie, Ergothérapie, Logopédie, Conseil en diététique, Thérapie d'activation)	(32) + (33) + (34) + (35)
21	v28	Diagnostic médical et thérapeutique	(36)
22	v29	Soins	(39)
23	v30	Hôtellerie	(41) + (42) + (43)
24	v31	Salle d'accouchement	(27)
25	v32	Anesthésie	(23)
26	v39	Autres fournisseurs de prestations	(44) + (45) + (10) + (77)***
Variables supplémentaires			Plan comptable H+
27	A1	Total des coûts d'utilisation des immobilisations (CUI)	442 + 444 + 448
28	A2	Enseignement universitaire et recherche (Eu&R)	****

* Seulement la partie honoraires du compte 405 (cf. REKOLE®, plan comptable H+ 2014)

** Compte 405 excepté les honoraires des médecins agréés non assujettis aux charges sociales (cf. REKOLE®, plan comptable H+, 2014)

*** Sans les coûts de transports primaires

**** L'imputation de ces coûts sur le cas administratif n'est pas autorisée selon REKOLE. La variable A2 doit rester vide (cf. chapitre 3.3.6)

Annexe C: Coûts par cas selon le nouveau relevé de l'unité finale d'imputation REKOLE®

N°	Variable	Description	
Informations générales			
1	year	Année des données	
2	4.6.V01	Numéro du cas (cf. variable du rang 663 de la ligne MD)	[CLÉ PRIMAIRE]
Coûts directs			Plan comptable H+ ²
3	v101	Médicaments	400
4	v102	Sang et produits sanguins	400
5	v103	Matériel médical	401
6	v104	Implants	401
7	v105	Prestations médicales, diagnostiques et thérapeutiques de tiers (sans honoraires médicaux)	405
8	v106	Honoraires médicaux (non soumis aux assurances sociales)	405
9	v107	Honoraires de médecins, médecins hospitaliers (soumis aux assurances sociales)	380
10	v108	Honoraires de médecins, médecins agréés (soumis aux assurances sociales)	381
11	v109	Transports de patients fournis par des tiers	480
12	v110	Autres prestations de tiers liées au patient	485
13	v111	Autres frais liés aux patients	486
Coûts indirects			Centre de charges obligatoire REKOLE®
14	v200	Administration des patients, coûts indirects sans CUI	(10)
15	v201	Administration des patients, CUI ¹	(10)
16	v210	Salles d'opérations, coûts indirects sans CUI	(20)
17	v211	Salles d'opérations, CUI ¹	(20)
18	v212	Corps médical de la salle d'opération - activités 6a, coûts indirects sans CUI	(31)
19	v213	Corps médical de la salle d'opération - activités 6a, CUI ¹	(31)
20	v220	Anesthésie, coûts indirects sans CUI	(23)
21	v221	Anesthésie, coûts indirects CUI ¹	(23)
22	v230	Soins intensifs (IPS), coûts indirects sans CUI	(24)
23	v231	Soins intensifs (IPS), CUI ¹	(24)
24	v232	Corps médical des IPS - activités 6b ₁ , coûts indirects sans CUI	(31)
25	v233	Corps médical des IPS - activités 6b ₁ , CUI ¹	(31)
26	v240	Unités reconnues de soins intermédiaires (U-IMC), coûts indirects sans CUI	(38)
27	v241	Unités reconnues de soins intermédiaires (U-IMC), CUI ¹	(38)
28	v242	Corps médical des U-IMC - activités 6b ₂ , coûts indirects sans CUI	(31)
29	v243	Corps médical des U-IMC - activités 6b ₂ , CUI ¹	(31)
30	v250	Urgences, coûts indirects sans CUI	(25)
31	v251	Urgences, CUI ¹	(25)

N°	Variable	Description	
32	v252	Corps médical des urgences- activités 6b ₃ , coûts indirects sans CUI	(31)
33	v253	Corps médical des urgences- activités 6b ₃ , CUI ¹	(31)
34	v260	Procédé d'imagerie médicale, coûts indirects sans CUI	(26)
35	v261	Procédé d'imagerie médicale, CUI ¹	(26)
36	v270	Salle d'accouchement, coûts indirects sans CUI	(27)
37	v271	Salle d'accouchement, CUI ¹	(27)
38	v272	Corps médical de la salle d'accouchement - activités 6b ₄ , coûts indirects sans CUI	(31)
39	v273	Corps médical de la salle d'accouchement - activités 6b ₄ , CUI ¹	(31)
40	v280	Médecine nucléaire et radiooncologie, coûts indirects sans CUI	(28)
41	v281	Médecine nucléaire et radiooncologie, CUI ¹	(28)
42	v290	Laboratoire, coûts indirects sans CUI	(29)
43	v291	Laboratoire, CUI ¹	(29)
44	v300	Dialyse, coûts indirects sans CUI	(30)
45	v301	Dialyse, CUI ¹	(30)
46	v310	Corps médical, activités 1-5, coûts indirects sans CUI	(31)
47	V311	Corps médical, activités 1-5, CUI ¹	(31)
48	v320	Physiothérapie, coûts indirects sans CUI	(32)
49	v321	Physiothérapie, CUI ¹	(32)
50	v330	Ergothérapie, coûts indirects sans CUI	(33)
51	v331	Ergothérapie, CUI ¹	(33)
52	v340	Logopédie, coûts indirects sans CUI	(34)
53	v341	Logopédie, CUI ¹	(34)
54	v350	Thérapies non médicales et conseils, coûts indirects sans CUI	(35)
55	v351	Thérapies non médicales et conseils, CUI ¹	(35)
56	v360	Diagnostic médical et thérapeutique, coûts indirects sans CUI	(36)
57	v361	Diagnostic médical et thérapeutique, CUI ¹	(36)
58	v362	Corps médical du diagnostic médical et thérapeutique - activités 6b ₅ , coûts indirects hors CUI	(31)
59	v363	Corps médical du diagnostic médical et thérapeutique - activités 6b ₅ , CUI ¹	(31)
60	v370	Soins, coûts indirects sans CUI	(39)
61	v371	Soins, CUI ¹	(39)
62	v380	Hôtellerie chambre, coûts indirects sans CUI	(41)
63	v381	Hôtellerie chambre, CUI ¹	(41)
64	v390	Hôtellerie cuisine, coûts indirects sans CUI	(42)
65	v391	Hôtellerie cuisine, CUI ¹	(42)
66	v400	Hôtellerie service, coûts indirects sans CUI	(43)
67	v401	Hôtellerie service, CUI ¹	(43)
68	v410	Autres fournisseurs de prestations, coûts indirects sans CUI	(44)

N°	Variable	Description	
69	v411	Autres fournisseurs de prestations, CUI ¹	(44)
70	v420	Pathologie, coûts indirects sans CUI	(45)
71	v421	Pathologie, CUI ¹	(45)
72	v430	Enseignement universitaire et recherche, coûts indirects sans CUI ³	(47)
73	v431	Enseignement universitaire et recherche, CUI ^{1,3}	(47)
74	v440	Service de sauvetage et d'ambulance (uniquement transports secondaires), coûts indirects sans CUI	(77)
75	v441	Service de sauvetage et d'ambulance (uniquement transports secondaires), CUI ¹	(77)
Champs de réserve			
76		Champ de réserve, laisser vide	
77		Champ de réserve, laisser vide	
78		Champ de réserve, laisser vide	
79		Champ de réserve, laisser vide	
80		Champ de réserve, laisser vide	

1) Comptes H+ 442, 444, 448 (cf. REKOLE®, plan comptable H+, 2014)

2) Les comptes H+ 403 et 404 ne sont plus considérés comme coûts directs selon le relevé de l'unité finale d'imputation REKOLE. Ces coûts sont calculés comme coûts indirects.

3) L'imputation de ces coûts sur le cas administratif n'est pas autorisée selon REKOLE. Les composantes de coûts v430 et v431 doivent rester vides (cf. chapitre 3.3.6)

Annexe D: Assessments hebdomadaires (fichier RE)

Une ligne RE comportant chacune 104 colonnes doit être relevée pour chaque semaine de séjour du patient.

Nr.	Variable	Description	Format	Exemple	Définition	Remarques
1	7.01.V01	Préfixe d'enregistrement	N (2)	RE	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 identification du cas FID	AN(16)	1122334455		Numéro du cas interne à la clinique. Il doit être identique à la variable 4.6.V01 de la Statistique médicale.
5	7.02.V02	Domaine de prestations – Résultat provenant des questions	N (1)	1		1 = Réadaptation neurologique; 2 = Réadaptation cardiovasculaire; 3 = Réadaptation pulmonaire; 4 = Autres formes de réadaptation
6	7.02.V03	Patient gériatrique	N (1)	1	0 1	Laisser vide
7	7.02.V04	Patient pédiatrique	N (1)	0	0 1	Laisser vide
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 = paraplégique 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	Cf. 7.02.V05
10	7.02.V07	Type de réadaptation (selon DefReha®) 3 ^e mention	N (2)	4	1 - 10	Cf. 7.02.V05
11	7.02.V08	Réadaptation intensive	N (1)	2	0 1	0 = non; 1 = oui cf. chapitre 3.2.3
12	7.02.V09	Date du début de la semaine du relevé (JJJJMMTT)	N (8)	20150601		Chaque jour de la semaine au choix selon l'entrée à la clinique
13	7.02.V10	Date d'admission si elle a lieu durant la semaine du relevé (JJJJMMTT)	N (8)	20150601		Doit être laissé vide, si l'admission n'a pas eu lieu durant la semaine du relevé
14	7.02.V11	Date de sortie si elle a eu lieu dans la semaine du relevé (JJJJMMTT)	N (8)	20150601		Doit être laissé vide, si la sortie n'a pas eu lieu durant la semaine du relevé
15	7.02.V12	Absences (nombre d'heures durant la semaine du relevé)	N (3)	48		0 si ≤24 heures cf. chapitre 3.2.3
16	7.02.V13	Diagnostics 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						Soit MIF ou EBI
19	7.03.V01	Date du relevé de la MIF (JJJJMMTT)	N (8)	20150601		
20	7.03.V02	Manger / Boire	N (1)		1 à 7	

Documentation du relevé ST Reha - Format et contenu du relevé des données 2018

Nr.	Variable	Description	Format	Exemple	Définition	Remarques
21	7.03.V03	Soins corporels	N (1)		1 à 7	
22	7.03.V04	Se laver (lavabo/baignoire/douche)	N (1)		1 à 7	
23	7.03.V05	Habillage haut du corps	N (1)		1 à 7	
24	7.03.V06	Habillage bas du corps	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 selles	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	Marcher / Utiliser une chaise roulante	N (1)		1 à 7	
32	7.03.V13.1	Spécification du moyen de locomotion	N (1)		1 à 4	1 = Marche 2 = Chaise roulante 3 = Les deux 4 = Incertain
33	7.03.V14	Monter des escaliers	N (1)		1 à 7	
34	7.03.V15	Compréhension	N (1)		1 à 7	
35	7.03.V15.1	Spécification de la forme de communication : compréhension	N (1)		1 à 3	1 = Accoustique 2 = Visuelle 3 = Les deux
36	7.03.V16	Expression	N (1)		1 à 7	
37	7.03.V16.1	Spécification de la forme de communication : expression	N (1)		1 à 3	1 = Verbale 2 = Non verbale 3 = Les deux
38	7.03.V17	Comportement social	N (1)		1 à 7	
39	7.03.V18	Résolution de problèmes	N (1)		1 à 7	
40	7.03.V19	Mémoire	N (1)		1 à 7	
EBI					Soit MIF ou EBI	
41	7.04.V01	Date du relevé de l'EBI (JJJJMMTT)	N (8)	20150601		
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 des selles	N (1)		0 2 3 4	
51	7.04.V11	Contrôle de la vessie	N (1)		0 1 3 4	
52	7.04.V12	Compréhension	N (1)		0 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						
58	7.06.V01	Date du relevé du CIRS (JJJJMMTT)	N (8)	20150601		
59	7.06.V02	Cœur uniquement	N (1)		0 à 4	
60	7.06.V03	Hypertension artérielle (sans	N (1)		0 à 4	

Nr.	Variable	Description	Format	Exemple	Définition	Remarques
		complications - elles sont évaluées séparément pour chaque système d'organes)				
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						Seulement pour le domaine de prestations Pulmo
73	7.08.V01	Date du relevé du test de marche des 6 minutes (JJJJMMTT)	N (8)			
74	7.08.V02	Test de marche des 6 minutes (mètres)	N (4)		0 à 1000	(Des valeurs de 0-1000 sont plausibles) 0 si le test ne peut pas être effectué en raison de l'état de santé du patient.
SCIM						Seulement pour la réadaptation paraplégique à la place de MIF ou EBI.
75	7.09.V01	Dates du relevé du SCIM (JJJJMMTT)	N (8)			
76	7.09.V02	Alimentation	N (1)		0 à 3	
77	7.09.V03	Se laver le haut du corps	N (1)		0 à 3	
78	7.09.V04	Se laver le bas du corps	N (1)		0 à 3	
79	7.09.V05	S'habiller/se déshabiller le haut du corps	N (1)		0 à 4	
80	7.09.V06	S'habiller/se déshabiller le bas du corps	N (1)		0 à 4	
81	7.09.V07	Soins du visage	N (1)		0 à 3	
82	7.09.V08	Respiration	N (2)		0 2 4 6 8 10	
83	7.09.V09	Gestion de la vessie	N (2)		0 3 6 9 11 13 15	
84	7.09.V10	Gestion des selles	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 à 2	
88	7.09.V14	Transfert chaise roulante ↔ WC	N (1)		0 à 2	
89	7.09.V15	Mobilité dans l'institution	N (1)		0 à 8	
90	7.09.V16	Mobilité sur une distance moyenne de 10 - 100 m	N (1)		0 à 8	
91	7.09.V17	Mobilité à l'extérieur de l'institution, plus de 100 m	N (1)		0 à 8	
92	7.09.V18	Monter les escaliers	N (1)		0 à 3	
93	7.09.V19	Transfert chaise roulante ↔ voiture	N (1)		0 à 2	

Nr.	Variable	Description	Format	Exemple	Définition	Remarques
94	7.09.V20	Transfert sol ↔ chaise roulante	N (1)		0 1	
Prestations						
95	7.10.V01	Soins (minutes durant la semaine du relevé)	N (5)			Arrondi en minutes entières. 0 si aucune minute de prestation durant la semaine du relevé
96	7.10.V02	Médecins (minutes durant la semaine du relevé)	N (5)			Cf. 7.10.V01
97	7.10.V03	Physiothérapie (minutes durant la semaine du relevé)	N (5)			Cf.7.10.V01
98	7.10.V04	Thérapie du mouvement/du sport (minutes durant la semaine du relevé)	N (5)			Cf.7.10.V01
99	7.10.V05	Ergothérapie (minutes durant la semaine du relevé)	N (5)			Cf.7.10.V01
100	7.10.V06	Thérapie respiratoire (minutes durant la semaine du relevé)	N (5)			Cf.7.10.V01
101	7.10.V07	Neuropsychologie (minutes durant la semaine du relevé)	N (5)			Cf.7.10.V01
102	7.10.V08	Psychologie clinique (minutes durant la semaine du relevé)	N (5)			Cf.7.10.V01
103	7.10.V09	Logopédie (minutes durant la semaine du relevé)	N (5)			Cf.7.10.V01
104	7.10.V10	Consultation en diabétologie (minutes durant la semaine du relevé)	N (5)			Cf.7.10.V01
105	7.10.V11	Consultation en nutrition (minutes durant la semaine du relevé)	N (5)			Cf.7.10.V01
106	7.10.V12	Consultation en cas d'insuffisance cardiaque (minutes durant la semaine du relevé)	N (5)			Cf.7.10.V01
107	7.10.V13	Médecine traditionnelle chinoise (minutes durant la semaine du relevé)	N (5)			Cf.7.10.V01
108	7.10.V14	Service social (minutes durant la semaine du relevé)	N (5)			Cf.7.10.V01
109	7.10.V15	Autres thérapies (minutes durant la semaine du relevé)	N (5)			Cf.7.10.V01
110	7.10.V16	CHF médicaments, durant la semaine du relevé	N (6)			Laisser vide
111	7.10.V17	CHF examens, durant la semaine du relevé	N (6)			Laisser vide
112	7.10.V18	CHF laboratoire, durant la semaine du relevé	N (6)			Laisser vide
113	7.10.V19	CHF matériel, durant la semaine du relevé	N (6)			Laisser vide
114	7.10.V20	CHF coûts de transports durant, la semaine du relevé	N (6)			Laisser vide
115	7.10.V21	CHF autres coûts, durant la semaine du relevé	N (6)			Laisser vide