



Documentation ST Reha du relevé des données 2021 (données 2020)

La version en langue allemande fait foi.

Version du 29.11.2019	Modifications par rapport au relevé 2020 (données 2019), version du 09.08.2019, sont marquées en jaune. Les marquages mettent en évidence les contenus ajoutés ou enlevés.
-----------------------	---

Contenu

1. INFORMATIONS GÉNÉRALES	3
1.1. MODIFICATIONS PAR RAPPORT À L'ANNÉE PRÉCÉDENTE	3
1.2. DÉLAIS DE LIVRAISON	3
1.3. CONTENU ET FORMAT	3
1.4. DONNÉES ET INFORMATIONS À LIVRER	3
1.5. CODAGE	3
1.6. LISTE DES ARTICLES	4
1.7. PROTECTION DES DONNÉES	4
1.8. CONTACT	4
2. LIVRAISON DES DONNÉES VIA L'INTERFACE WEB	5
2.1. PREMIÈRE LIVRAISON DES DONNÉES D'UN HÔPITAL	5
2.2. INTERFACE WEB	5
2.3. TRANSFERT DES DONNÉES	5
2.4. APRÈS LA LIVRAISON DES DONNÉES	6
2.5. NOUVELLE LIVRAISON DES DONNÉES	6
3. DONNÉES DE LA STATISTIQUE MÉDICALE DE L'OFs (JEU DE DONNÉES SM)	7
3.1. FORMAT ET CONTENU DE LA STATISTIQUE MÉDICALE	7
3.2. VARIABLES DE LA STATISTIQUE MÉDICALE	8
3.2.1. <i>Numéro du cas dans la statistique des coûts par cas</i>	<i>8</i>
3.2.2. <i>Code de liaison anonyme</i>	<i>8</i>
3.2.3. <i>Définition du cas de statistique</i>	<i>8</i>
3.2.4. <i>Centre de prise en charge des coûts principal</i>	<i>8</i>
3.2.5. <i>Tarif pour la tarification</i>	<i>9</i>
3.2.6. <i>Diagnostics et traitements</i>	<i>9</i>
3.2.6.1. <i>Domaines de prestations</i>	<i>9</i>
3.2.6.2. <i>Assessments</i>	<i>10</i>
3.2.7. <i>Prestations ambulatoires externes</i>	<i>10</i>
3.2.8. <i>Congés</i>	<i>11</i>
3.2.9. <i>Regroupement de cas, sorties intermédiaires et réadmissions</i>	<i>11</i>
3.2.10. <i>Saisie des médicaments et des substances chers</i>	<i>12</i>
4. COÛTS PAR CAS	15
4.1. DÉLIMITATIONS ET MÉTHODE DE CALCUL DES COÛTS PAR CAS	15
4.1.1. <i>Méthode de comptabilité analytique</i>	<i>15</i>
4.1.2. <i>Coûts d'utilisation des immobilisations (CUI)</i>	<i>15</i>
4.1.3. <i>Coûts complets (selon REKOLE®)</i>	<i>16</i>
4.1.4. <i>Coûts imputables</i>	<i>16</i>
4.1.5. <i>Médicaments et produits sanguins</i>	<i>16</i>
4.1.6. <i>Implants et matériel médical</i>	<i>17</i>
4.1.7. <i>Recherche et formation universitaire (RFU)</i>	<i>17</i>
4.1.8. <i>Cas en division privée et semi-privée</i>	<i>17</i>
4.1.9. <i>Honoraires des médecins</i>	<i>18</i>
4.2. JEU DE DONNÉES DES COÛTS PAR CAS (JEU DE DONNÉES CC)	19
4.2.1. <i>Jeu de données des coûts par cas selon l'ancien format REKOLE®</i>	<i>19</i>
4.2.2. <i>Jeu de données des coûts par cas selon le nouveau format REKOLE®</i>	<i>20</i>
5. RELEVÉ DÉTAILLÉ	22
6. DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES	23

ANNEXES.....	24
ANNEXE A	LISTE DES ARTICLES POUR L'IMPUTATION OBLIGATOIRE DES COÛTS DIRECTS.....24
ANNEXE B	VARIABLES DE LA STATISTIQUE MÉDICALE24
ANNEXE C	EXIGENCES MINIMALES POUR LES JEUX DE DONNÉES.....25
ANNEXE D	COÛTS PAR CAS SELON L'ANCIEN FORMAT REKOLE® (JEU DE DONNÉES CC).....27
ANNEXE E	COÛTS PAR CAS SELON LE NOUVEAU FORMAT REKOLE® (JEU DE DONNÉES CC).....28

Index des tableaux

Tableau 1	Position du numéro de cas dans la statistique des coûts par cas au sein des jeux de données respectifs 8
Tableau 2	Domaines de prestations 10

Index des figures

Figure 1	Exemple de la statistique médicale 7
Figure 2	Exemple du format de la saisie des médicaments/substances chers 14
Figure 3	Exemple de la ligne du jeu de données CC selon l'ancien format REKOLE® 20
Figure 4	Exemple de deux lignes du jeu de données des coûts par cas (CC) selon l'ancien format REKOLE® 20
Figure 5	Exemple de la ligne du jeu de données CC selon le nouveau format REKOLE® 21
Figure 6	Exemple de deux lignes du jeu de données coûts par cas (CC) selon le nouveau format REKOLE® 21

1. Informations générales

1.1. Modifications par rapport à l'année précédente

Suite aux deux décisions REK pour la *Psychologie* (18_001) et le *Laboratoire de cathétérisme cardiaque* (18_003), le fichier des coûts par cas a été adapté. Le nombre total de 28, respectivement 80 variables, ainsi que l'ordre des variables existantes restent inchangés (voir annexe ainsi que chapitre 4.2.1 et 4.2.2).

1.2. Délais de livraison

- Les **données** ST Reha sont à livrer du **01.03.2021 au 15.05.2021**.
- Le **relevé détaillé** est à livrer du **01.03.2021 au 15.05.2021**.
- Les commentaires des cas individuels/tests de plausibilité doivent être enregistrés **jusqu'au 31.05.2021**.

1.3. Contenu et format

- Les données doivent contenir des données de coûts et de prestations (jeu de données CC et SM).
- Le relevé 2021 concerne les données de l'année 2020.
- La transmission de données se déroule par une interface Web sécurisée.
- Les exigences minimales de l'Annexe C doivent être respectées.

1.4. Données et informations à livrer

Les jeux de données suivants doivent être livrés pour le relevé :

- La statistique médicale des hôpitaux de l'OFS (ligne MX, MB et MD) est désignée ci-après *statistique médicale resp. jeu de données SM*.
- Le jeu de données des coûts par cas, désigné ci-après *jeu de données CC*.
 - Le jeu de données CC est transmis dans le format adapté au relevé de l'unité finale d'imputation REKOLE®.
 - **L'ancien/le nouveau format du relevé de l'unité finale d'imputation REKOLE® est désigné ci-après l'ancien/le nouveau format REKOLE®.**
 - Les coûts par cas peuvent être livrés dans l'ancien ou dans le nouveau format REKOLE®.
- Les coûts des procédures et médicaments onéreux et spécifiques sont relevés sous forme d'un fichier Excel appelé ci-après *Relevé détaillé*.

Des informations relatives aux hôpitaux, par ex. sur le type de saisie des coûts, sont relevées directement au moyen d'un questionnaire qui se trouve dans l'interface Web sécurisée.

1.5. Codage

Codage selon les directives de l'OFS valable pour les données 2020, notamment :

- Codage des interventions selon la **CHOP 2020**
- Codage des diagnostics selon la **CIM-10-GM 2018**
- Manuel de codage médical, **version 2020**

1.6. Liste des articles

La liste des articles pour le décompte obligatoire des coûts directs (voir Annexe A) précise l'attribution des coûts de certains produits aux composantes de coûts correspondantes.

Il s'agit ici des composantes de coûts du nouveau format REKOLE®. Pour la livraison selon l'ancien format REKOLE®, les correspondances sont les suivantes pour les coûts directs :

- v101 = v10
- v102 = v11
- v103 = v13
- v104 = v12

1.7. Protection des données

La protection des données est régulée par le contrat de livraison des données de SwissDRG SA. Nous vous prions de prendre contact avec nous si aucun contrat n'a encore été signé.

1.8. Contact

- Questions concernant le relevé de données et questions générales :
Monsieur Ivan Jivkov datenerhebung@swissdrg.org ou 031 310 05 59
- Questions sur le codage :
Office fédéral de la statistique codeinfo@bfs.admin.ch

2. Livraison des données via l'interface Web

2.1. Première livraison des données d'un hôpital

Pour les hôpitaux qui veulent effectuer une livraison des données pour la première fois, il existe un bref [Document introductif pour les nouveaux hôpitaux de réseau](#). Pour de plus amples informations, veuillez vous adresser directement aux interlocuteurs désignés au chapitre 1.8.

2.2. Interface Web

La livraison des données à SwissDRG SA s'effectue par l'intermédiaire d'une [interface Web](#) sécurisée. Chaque personne qui veut accéder à l'outil de téléchargement doit d'abord créer un compte. **Les coordonnées doivent toujours être mises à jour. Plusieurs utilisateurs peuvent s'inscrire. Seules trois personnes peuvent être enregistrées en tant que personnes de contact pour recevoir des informations. Les comptes existants restent valables et peuvent être utilisés.** De plus amples informations, entre autres sur l'inscription initiale, se trouvent dans la [documentation sur l'interface Web](#) qui se trouve sur le site de SwissDRG SA. Toute la procédure de livraison de données s'effectue par l'intermédiaire de l'interface Web.

2.3. Transfert des données

La procédure de livraison comprend principalement les étapes suivantes :

- Remplir le questionnaire avec les informations spécifiques de l'hôpital.
- Transmettre les données de coûts et de prestations via l'interface Web. Les détails sur le format des jeux de données sont présentés dans ce document. Si, pendant la validation, les données **ne remplissent pas les conditions minimales de l'Annexe C, l'envoi est interrompu.**
- Réception automatique par e-mail (avec un lien vers la livraison) de l'une des deux confirmations suivantes concernant les données téléchargées :
 - *Les résultats de la plausibilisation sont prêts :*
<http://datenlieferung.swissdrg.org/hospitals/...>
 - *Votre livraison contient des erreurs. Pour voir les erreurs :*
<http://datenlieferung.swissdrg.org/hospitals/...>
- Lorsque le statut *plausibilisé* s'affiche, la livraison est considérée comme valide. Il faut prêter attention à deux points :
 - Les cas du registre *Cas erronés* avec l'indication *Non utilisé* ne sont pas importés, car il manque des composantes nécessaires au développement de la structure tarifaire (p. ex. les coûts). Les cas avec l'indication *Avertissement* sont importés, mais ils ne sont pas complets.
 - Les cas du registre *Plausibilisation* avec l'indication *Avertissement* ou *Erreur*, ont été importés et vérifiés, et peuvent désormais être commentés (voir chapitre 2.4).

Si vous souhaitez effectuer une nouvelle livraison corrigée, il faut à nouveau télécharger tous les jeux de données dans l'interface Web.

Important : la livraison est complète quand elle affiche le statut *plausibilisé*. Cela signifie en particulier que tous les cas ne sont pas contenus dans *Données erronées*.

2.4. Après la livraison des données

A l'issue du téléchargement des données, chaque hôpital obtient l'accès aux résultats des contrôles automatiques de cette plausibilisation via l'interface Web. Le feed-back établi par SwissDRG SA comprend :

- Aperçu du test des cas importés :
Nombre/pourcentage de cas de l'hôpital qui n'ont pas réussi aux tests.
- Aperçu au niveau du cas :
Tous les cas qui présentent des singularités lors des tests de plausibilisation *Erreur* et *Avertissement* sont affichés ici.

La communication concernant les cas suspects se fait via l'interface Web. Les résultats des tests de plausibilisation peuvent être exportés via l'interface Web comme documents .csv.

Les tests de plausibilisation sont répartis en trois catégories : erreur, avertissement, info. Ces trois types de test ont la signification et les conséquences suivantes :

- Erreurs
Les cas peuvent présenter des erreurs. Veuillez examiner les cas, les corriger et au besoin effectuer une nouvelle livraison. **Attention : les cas sans commentaire sont automatiquement exclus du calcul.**
- Avertissement
Les cas peuvent présenter des erreurs ! Veuillez vérifier les cas, les corriger si nécessaire et effectuer une nouvelle livraison.
- Info
Informations générales sur la livraison des données. **Veuillez vérifier si l'évaluation des données correspond à vos résultats. Veuillez examiner les cas, les corriger et au besoin effectuer une nouvelle livraison.**

Merci de bien vouloir noter que les commentaires au niveau des cas et/ou des tests doivent être saisis et sauvegardés directement dans l'interface Web dans les champs *Justification* ou *Commentaire*.

SwissDRG SA s'emploie à constamment développer la logique des tests. Si selon vous la logique de certains tests ne fonctionne pas correctement ou devrait être révisée, vous pouvez le noter dans le champ *Justification* des tests en question.

2.5. Nouvelle livraison des données

Dans le délai de livraison, tous les hôpitaux ont la possibilité de transmettre une nouvelle livraison de données (jeux de données SM et CC), au besoin corrigée, à SwissDRG SA.

Pour des raisons d'organisation, les livraisons de données ne seront plus acceptées après la date limite de livraison.

3. Données de la statistique médicale de l'OFS (jeu de données SM)

Les données médico-administratives sont déjà recueillies par les hôpitaux dans le cadre de la statistique médicale des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique (OFS). En plus du jeu de données minimales (ligne MB), les données supplémentaires par groupes de patients (MD) doivent impérativement être relevées. Les lignes MB contiennent des indications sociodémographiques, économiques ainsi que d'autres informations sur le séjour à l'hôpital. Les lignes MD contiennent tous les codes de diagnostics et de procédures (y compris les assessments) ainsi que les indications des traitements.

Une vérification du format du jeu de données de la statistique médicale peut se faire à l'aide de MedPlaus®, logiciel gratuit proposé par [Freudiger EDV-Beratung](#).

3.1. Format et contenu de la statistique médicale

Pour que la transmission des données à SwissDRG SA fonctionne, les définitions et spécifications de l'OFS doivent impérativement être respectées. Les détails sur les différentes variables sont décrits dans les spécifications des [Variables de la statistique médicale](#) (voir Annexe B). Le format du jeu de données correspond au format de l'OFS et remplit les exigences minimales selon l'Annexe C.

Le jeu de données SM a les caractéristiques suivantes :

- Les deux premières lignes permettent d'identifier le jeu de données :
 - **Ligne MX** (avis de livraison) : 9 colonnes (❶ Identifiant de la première ligne (MX), ❷ Numéro REE, ❸ Nom de l'établissement, ❹ Date de création du jeu de données, ❺ Numéro de la livraison, ❻ Date du début de la période de relevé, ❼ Date de fin de la période de relevé, ❽ Nombre total de lignes du jeu de données, ❾ Clé de cryptage)
 - **Ligne MB** : ligne MB particulière, dont seule la 1^{ère} et la 5^e variables sont remplies. Cette ligne MB particulière sert de complément d'information à la clé de cryptage.
- Les lignes suivantes contiennent les données relatives au cas qui se répartissent sur plusieurs lignes successives :
 - Ligne 1 (**ligne MB**, jeu de données minimales) : 50 champs contenant les données administratives et médicales (9 premiers diagnostics et 10 premiers traitements). Cette ligne contient les variables 0.1.V01 à 1.7.V11 de la statistique médicale de l'OFS.
 - Ligne 2 (**ligne MD**, données supplémentaires par groupes de patients) : 696 champs. Contient les variables 4.1.V01 à 4.8.V20 de la statistique médicale.
- Les variables sont séparées par des barres verticales (code ASCII 124 : « | », voir Figure 1)

Figure 1 Exemple de la statistique médicale

MX|76543218|BE|20171116|1|20170101|20171231|1|9EB3CB5907759AB93A7
MB||||2448D9003C342909|||...|||

MB|76543218|04|BE|DAOE074ECDD92761|A|0|0|1|...|1|2017010413|1|1|1|0700|...|
MD|8462||F200|||F192|||B182|||||||||||||||||||||||||||||||||||||...|4382086|...|

Clé primaire (4.6.V01) assurant la liaison avec le fichier économique du relevé SwissDRG et le relevé de la statistique médicale (ligne MD, 663^e variable).

Type d'enregistrement

Cas standard

3.2. Variables de la statistique médicale

Le site Web de SwissDRG SA renvoie aux documents pertinents de l'OFS sous *Relevé des données > Statistique médicale*. Outre le concept, veuillez observer également les directives en vigueur (lettres d'information, manuel de codage, circulaires) ainsi que les classifications (CIM, CHOP) publiées par l'OFS pour l'année de données correspondante.

Ci-dessous figurent les variables les plus importantes. Cette liste n'est pas exhaustive.

3.2.1. Numéro du cas dans la statistique des coûts par cas

Le lien entre les différentes bases de données est établi grâce à la variable *4.6.V01 Numéro du cas dans la statistique des coûts par cas* de la statistique médicale (champ 663 de la ligne MD). Dès lors, la clé doit impérativement être saisie et présente dans tous les jeux de données. Cette variable est également désignée par *clé primaire* et doit être univoque et anonyme. Un résumé est présenté dans le Tableau 1.

Tableau 1 Position du numéro de cas dans la statistique des coûts par cas au sein des jeux de données respectifs

Jeu de données	Variable 4.6.V01
Statistique médicale (SM)	Champ 663 de la ligne MD
Jeu des coûts par cas (CC)	
- ancien format REKOLE®	Champ 3
- nouveau format REKOLE®	Champ 2

3.2.2. Code de liaison anonyme

Le lien entre les différents séjours d'un même patient dans le même hôpital est garanti avec la variable *0.2.V01 Code de liaison anonyme* de la ligne MB. Cette variable doit impérativement être codée.

3.2.3. Définition du cas de statistique

L'hôpital livre à SwissDRG SA toutes les données des cas hospitaliers, qui ont été traités dans l'hôpital pendant la période du relevé (variable *0.2.V02 Définition du cas*, valeur = A).¹

3.2.4. Centre de prise en charge des coûts principal

La variable *1.4.V01 Centre de prise en charge des coûts* doit être saisie. Les hôpitaux qui ont un centre de prise en charge des coûts principal *réadaptation* ou qui ont un mandat de prestations en réadaptation, saisissent le descriptif M950 dans la variable *1.4.V01 Centre de prise en charge des coûts*.

¹ Pour la définition des cas hospitalier, les règles selon l'[OCP Art. 3](#) sont valables.

3.2.5. Tarif pour la tarification

Selon les directives de l'OFS, la variable 4.8.V01 *Tarif pour la tarification* doit être saisie impérativement dans la ligne MD. Elle est utilisée lors du développement de la structure tarifaire, entre autres pour sélectionner les cas pertinents pour la structure tarifaire en question. D'entente avec l'OFS, la valeur = 4 doit être saisie dans la variable 4.8.V01.

Il faut livrer tous les cas relatifs au domaine de la paraplégologie (avec les codes CHOP 93.87.*) qui ont des coûts complets et ne relèvent pas du domaine d'application de la somatique aiguë. Les cas de la réadaptation précoce (codes CHOP 93.86.* et 93.89.1*) doivent être livrés dans le relevé des données de la somatique aiguë, indépendamment de la valeur dans la variable 4.8.V01 et du lieu de fourniture de la prestation. **Pour cela, l'hôpital de réadaptation doit également être enregistré dans l'interface web sous somatique aiguë.**

3.2.6. Diagnostics et traitements

Selon les directives de l'OFS, les diagnostics et les traitements doivent être codés dans la ligne MD à l'aide des variables 4.2.V*, resp. 4.3.V*. En outre, les neuf premiers diagnostics et les dix premiers traitements doivent être codés dans les variables 1.6.V*, resp. 1.7.V*, de la ligne MB.

Conformément aux directives de l'OFS pour les données 2020, le codage des diagnostics (diagnostics principaux et secondaires) se fait avec la version CIM-10-GM 2018. A noter que, selon le *Manuel de codage médical version 2020*, les diagnostics secondaires doivent également être codés (voir site Web SwissDRG SA) en plus du diagnostic principal.

Pour les données 2020, les prestations sont codées selon la *Classification suisse des interventions chirurgicales 2020* (CHOP 2020) de l'OFS.

Dans les données 2020, tous les assessements sont représentés dans le catalogue CHOP 2020 ! Désormais, le relevé des assessements doit être effectué impérativement au moyen des codes CHOP. **Veillez prendre en considération les critères minimaux pour les différents codes CHOP.**

Pour une éventuelle facturation des rémunérations supplémentaires relevant de la somatique aiguë, tous les codes CHOP donnant droit à de telles rémunérations doivent en outre être saisis.²

3.2.6.1. Domaines de prestations³

Le classement des cas de la réadaptation hospitalière dans les quatre domaines de prestations définis par ST Reha est réalisé en 2020 en recourant aux codes CHOP (voir Tableau 2).

² Les rémunérations supplémentaires sont représentées dans les annexes 2 (évaluées) et 3 (non évaluées) du catalogue des forfaits par cas et sont disponibles sur notre site Web sous *Somatique aiguë* > *Système SwissDRG 9.0/2020* > [Catalogue des forfaits par cas](#).

³ Nouvelle dénomination des domaines de prestations selon la proposition de la FMH. Approuvé par le comité de conseil de ST Reha.

A noter que les cas suivants doivent être saisis dans le domaine de prestations correspondant :

- Cas paraplégiologiques → domaine de prestations I : Limitations fonctionnelles du système nerveux
- Cas musculosquelettiques → domaine de prestations IV : Autre limitation fonctionnelle
- Cas gériatriques → domaine de prestations IV : Autre limitation fonctionnelle

Pour chaque cas de la réadaptation hospitalière, il convient donc d'utiliser un de ces codes uniquement selon l'objectif défini ici. Ces codes doivent être saisis dans les variables 4.3.V* de la ligne MD de la statistique médicale. Ces codes CHOP doivent aussi être saisis, si les exigences minimales des codes CHOP spécifiques à la réadaptation (prestations de base de réadaptation, BA.* selon le catalogue des codes CHOP OFS 2020) ne peuvent être remplies. Ainsi, la répartition des cas dans les différents domaines de prestations est assurée.

Tableau 2 Domaines de prestations

Domaine de prestation	Dénomination	Code CHOP 2020 par analogie	Dénomination
I	Limitation fonctionnelle du système nerveux	93.19	Exercices non classés ailleurs
II	Limitation fonctionnelle du cœur	93.36.00	Réadaptation cardiaque, SAP
III	Limitation fonctionnelle du poumon	93.9A.00	Réadaptation pulmonaire, SAP
IV	Autre limitation fonctionnelle	93.89.09	Rééducation, NCA

3.2.6.2. Assessments

Les instruments de mesure EBI, CIRS, test de marche de 6 minutes et SCIM doivent être saisis pour l'année de données 2020 selon les directives de l'OFS. Les assessments saisis lors de l'admission et de la sortie sont utilisés pour le développement de la structure tarifaire ST Reha.

Dès 2019, aucun code CHOP n'est disponible pour l'assessment MIF®. Les hôpitaux qui utilisent tout de même cet instrument de mesure pour le relevé des limitations fonctionnelles sont priés d'utiliser le tableau de conversion figurant sous le lien :

https://www.swissdr.org/download_file/view/2638

3.2.7. Prestations ambulatoires externes⁴

Si des prestations ambulatoires externes (IRM, dialyses, chimiothérapie, etc.) sont prodiguées à un patient hospitalier, celles-ci sont codées sur le cas hospitalier et marquées au moyen de l'item spécial *Traitement ambulatoire extra-muros* (variables 4.3.V016, 4.3.V026, 4.3.V036, etc.). Cela implique que les variables correspondantes ne sont pas laissées vides, comme pour les traitements à l'interne, mais codées selon les modalités correspondant à la réalité.

⁴ Pour la définition les prestations ambulatoires externes, voir [Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG et TARPSY](#).

3.2.8. Congés

Selon les directives de l'OFS, toutes les absences d'une durée de plus de 24 heures (>24 h) doivent être codées comme congé administratif dans la variable *1.3.V04 Congés administratifs & vacances* de la statistique médicale lorsque le lit reste réservé. **La variable 1.3.V04 doit être obligatoirement complétée conformément aux prescriptions de l'OFS.** Toute autre réglementation est irrecevable pour le relevé des données. Le relevé doit comprendre la somme totale d'heures. Les coûts survenant durant de telles absences sont comptabilisés sur le cas.

De même, les *Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG et TARPSY*⁵ ainsi que les *Clarifications et exemples de cas concernant les règles et définitions pour la facturation*⁶ s'appliquent à la définition des congés et sont également valables par analogie pour ST Reha.

3.2.9. Regroupement de cas, sorties intermédiaires et réadmissions⁷

Selon la décision du Conseil d'administration de SwissDRG SA de décembre 2018 et en accord avec H+, les règles suivantes pour le regroupement de cas s'appliquent pour le développement de la structure tarifaire :

Principe

Toute réadmission est considérée comme un nouveau cas, à moins qu'une des exceptions suivantes ne s'applique.

Exceptions

Les situations suivantes conduisent à un regroupement des différents cas de l'hôpital concerné en un seul cas facturé comme tel. Les diagnostics et les interventions des cas regroupés doivent alors être codés comme si l'ensemble du traitement avait eu lieu lors d'un seul séjour. De même, il convient d'additionner les durées de séjour des cas regroupés. Les jours de congé éventuels ne sont déterminés qu'après le regroupement des cas.

Il n'y a pas de regroupement de cas entre deux années.

Réadmission ou retransfert

Si un cas est réadmis ou retransféré dans le même hôpital dans les 18 jours qui suivent la sortie⁸, les deux cas sont regroupés.

Regroupement combiné de cas

En cas de réadmissions ou de retransferts multiples, tous les séjours ayant débuté dans un délai de 18 jours après la première sortie, respectivement le premier transfert, sont regroupés. Le délai de contrôle débute toujours avec le premier cas qui déclenche le regroupement.

Les sorties intermédiaires et réadmissions doivent être saisis avec les variables *4.7.V01* à *4.7.V33* ainsi que *4.8.V17* à *4.8.V20*. **Les variables 4.8.V17 à 4.8.V20 doivent être livrées non cryptées.**

⁵ Pour la définition des congés, voir [Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG et TARPSY](#).

⁶ Pour la définition des congés, voir [Clarifications et exemples de cas concernant les règles et définitions pour la facturation de cas](#).

⁷ Pour les exemples de regroupements de cas, voir [Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG et TARPSY](#).

⁸ « Dans les 18 jours qui suivent la sortie » signifie que le délai commence avec la sortie et dure jusqu'au 18^{ème} jour compris suivant la sortie. Le jour de sortie n'est dès lors pas pris en compte dans le délai.

3.2.10. Saisie des médicaments et des substances chers

Tous les médicaments/substances figurant sur la [Liste des médicaments/substances à relever dans la statistique médicale des hôpitaux](#) doivent être relevés avec l'aide des variables 4.8.V02 à 4.8.V15 de la statistique médicale (champs 678 à 691 dans les lignes MD). Cette liste contient aussi des médicaments/substances spécifiques à TARPSY/ST Reha. Ces données serviront à des fins d'analyse et de calcul des rémunérations supplémentaires. Les directives de la [Notice technique](#) doivent être observées pour la saisie des médicaments/substances. En outre, les points suivants doivent être respectés :

Dose administrée

- Il convient dans tous les cas de ne saisir que la dose administrée.
- Les doses administrées avec le même mode d'administration et les mêmes données complémentaires doivent être cumulées par cas et par code ATC.

Unité

- Les médicaments doivent être impérativement saisis dans les unités qui sont indiquées dans la *Liste des médicaments/substances à relever dans la statistique médicale des hôpitaux*. Veuillez noter que les multiples d'une unité NE SONT PAS autorisés.
- Les unités doivent être indiquées exactement comme prévu dans la *Notice technique*. D'autres abréviations ou orthographes ne sont pas autorisées.

Restriction

- Si la *Liste des médicaments/substances à relever dans la statistique médicale des hôpitaux* prévoit explicitement une restriction, le médicament ne doit être déclaré que pour les cas concernés.

Mode d'administration

- Le mode d'administration doit être indiqué pour chaque médicament.
- Les modes d'administration doivent être indiqués exactement comme prévu dans la *Notice technique*. D'autres abréviations ou orthographes ne sont pas autorisées.

Données supplémentaires

- Les données supplémentaires d'un médicament ne doivent être mentionnées que pour les médicaments prévus comme tels dans la *Liste des médicaments/substances à relever dans la statistique médicale des hôpitaux*. Pour tous les autres médicaments, ce champ reste vide.

Exemples concrets⁹

- Antithrombine III : Le code ATC doit être saisi dans l'unité U et avec le mode d'administration intraveineux (IV). Comme la colonne *Données supplémentaires à coder* est vide, aucune information supplémentaire ne doit être apportée.
→ B01AB02;;IV;2500;U
- Facteur VIII de coagulation : Ici, les données supplémentaires correspondantes doivent être fournies (colonne *Données supplémentaires à coder*) en respectant le format de la *Notice technique*. L'unité valable pour ce médicament est U. La donnée supplémentaire doit être indiquée en utilisant l'abréviation (Rec/Plas) prévue par la *Notice technique*.
→ B02BD02;Rec;IV;11000;U
- Amphotéricine B : Le médicament ne doit être enregistré qu'en cas d'administration liposomale. L'unité à utiliser est mg. Aucune donnée supplémentaire n'est à saisir.
→ J02AA01;;IV;98;mg
- Voriconazole (Posaconazole) : Les données complémentaires distinguent suspension et comprimé, elles ne doivent donc être saisies que pour une administration orale. Il n'y a pas de restriction prévue.
→ J02AC03;Susp;O;1000;mg pour une suspension orale
→ J02AC03;Tab;O;1000;mg pour une administration orale de comprimés
→ J02AC03;;IV;1000;mg pour une administration par voie intraveineuse

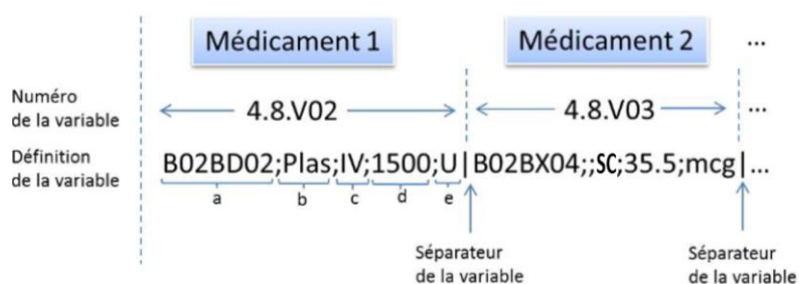
Remarque

- Lors de la saisie des médicaments chers, seule l'administration hospitalière est déterminante et cela indépendamment d'éventuelles limitations dans les indications ou la prise en charge des coûts sur la liste des spécialités.
- Il convient en outre de noter que les médicaments ou les substances ne doivent être saisi(e)s que dans le domaine d'application des certaines structures tarifaires. Ceux-ci sont signalés en conséquence dans la *Liste des médicaments/substances à relever dans la statistique médicale des hôpitaux*.

Les segments doivent être séparés par un point-virgule (ASCII 59 « ; ») et les variables par des barres verticales (ASCII 124 « | »). Voir la Figure 2 de la [Notice technique](#).

⁹ Ces exemples proviennent de la somatique aiguë et sont donnés à titre d'illustration.

Figure 2 Exemple du format de la saisie des médicaments/substances chers



4. Coûts par cas

4.1. Délimitations et méthode de calcul des 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).

Le présent chapitre se base sur le format du jeu de données des coûts par cas pour les cas SwissDRG. Le jeu de données CC comprend aussi quelques composantes de coûts des hôpitaux de soins aigus qui ne concernent pas les cliniques de réadaptation et ne doivent pas être prises en compte (p. ex. implants, voir l'Annexe D et l'Annexe E).

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 selon SwissDRG SA.

4.1.1. Méthode de comptabilité analytique

SwissDRG SA a pour mission de développer une structure tarifaire avec des données récoltées de manière homogène pour assurer une rémunération adéquate dans le domaine des soins hospitaliers. Comme le développement de la structure tarifaire repose sur des données, la qualité de ces dernières revêt une importance capitale. Pour un relevé uniforme des données des coûts, il est nécessaire que les coûts par cas soient saisis selon le format REKOLE®. Les variables selon le format REKOLE® sont présentées dans l'Annexe D et l'Annexe E.

4.1.2. Coûts d'utilisation des immobilisations (CUI)

SwissDRG SA exige que les CUI soient calculés selon la méthode décrite dans REKOLE®. Les [Principes et règles pour la détermination des coûts d'utilisation des immobilisations](#) selon REKOLE® sont publiés sur le site Web de SwissDRG SA. Par coûts d'utilisation des immobilisations, on entend l'ensemble des coûts liés à l'utilisation des immobilisations. Les CUI correspondent aux comptes 442, 444 et 448 du plan comptable de H+. Le calcul des CUI par cas doit impérativement refléter la consommation effective des ressources.

Selon l'ancien format REKOLE®, les CUI par cas sont saisis pour chaque cas dans A1 (Annexe D). Selon le nouveau format REKOLE®, il convient de faire figurer les CUI dans les coûts indirects séparément dans les composantes de coûts correspondantes. Autrement dit, on inscrira donc une fois les coûts indirects sans CUI et une fois la part des CUI pour une même variable, p. ex. *v370 soins, coûts indirects sans CUI* et *v371 soins, CUI* (Annexe E).

4.1.3. Coûts complets (selon REKOLE®)

Les hôpitaux livrent à SwissDRG SA toutes les données des cas hospitaliers¹⁰ qui sont sortis de la clinique pendant la période du relevé et dont les **coûts** ont été **complètement saisis**. Les coûts **ne sont pas** considérés comme complets lorsque :

- les coûts des traitements antérieurs à l'année du relevé n'ont pas été comptabilisés sur le cas pour les cas hospitalisés sur deux ou plusieurs années.
- le séjour s'étend au-delà de la période du relevé (sortie en dehors de la période du relevé, cas statistiques C).
- une partie des honoraires ou des prestations de tiers n'a pas pu être comptabilisée (p.ex. en attente de facturation, facture non disponible, lors de l'établissement de la comptabilité analytique).

4.1.4. Coûts imputables

Les coûts par cas doivent contenir seulement les coûts imputables, indépendamment du fait qu'il s'agisse de cas AOS, AA, AM, AI ou autres. Les frais à la charge des patients¹¹, les coûts non liés aux patients¹², les transports primaires ou autres prestations non remboursées doivent être exclus des coûts par cas. De plus, les coûts des prestations d'intérêt général doivent être exclus des coûts par cas.

4.1.5. Médicaments et produits sanguins

Dans la mesure du possible, les médicaments et les produits sanguins devraient être facturés à titre de coûts directs (voir REKOLE®). Ceux dont les coûts sont supérieurs à **CHF 200** par cas doivent obligatoirement être saisis sous cette rubrique (selon décision REK 15_004).

Dans le compte H+ 400 *Médicaments (sang et produits sanguins inclus)*, la distinction entre

- 1) médicaments (v10 selon l'ancien format REKOLE®, resp. v101 selon le nouveau format REKOLE®)
- 2) produits sanguins (v11 selon l'ancien format REKOLE®, resp. v102 selon le nouveau format REKOLE®)

doit être effectuée.

L'Annexe A de ce document contient une liste des articles expliquant comment saisir les produits concernés.

¹⁰ Pour la définition des cas hospitaliers, les règles selon [l'OCP Art. 3](#) sont valables.

¹¹ Ex. : télévision, etc.

¹² Ex. : cafétéria ou autres prestations au personnel ou à des tiers

4.1.6. Implants et matériel médical

Dans la mesure du possible, les implants et tout le matériel médical devraient être facturés à titre de coûts directs (voir REKOLE®). Les cas dont les coûts sont supérieurs à **CHF 200** par cas, **resp. CHF 50** pour les implants, y compris le matériel d'ostéosynthèse, doivent obligatoirement être saisis sous cette rubrique (Décision REK 15_004).

Dans le compte H+ 401 *Matériel, instruments, ustensiles, textiles*, la distinction entre

- 1) matériel médical (v13 selon l'ancien format REKOLE®, resp. v103 selon le nouveau format REKOLE®)
- 2) implants (v12 selon l'ancien format, resp. v104 selon le nouveau format REKOLE®)

doit être effectuée.

L'Annexe A de ce document contient une liste des articles expliquant comment saisir les produits concernés.

4.1.7. Recherche et formation universitaire (RFU)

Selon les bases légales (LAMal, art. 49 et OCP, art. 7), les coûts de *recherche et de formation universitaire* 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 de *recherche et de formation universitaire*. **Une imputation de ces coûts sur le cas administratif n'est pas autorisée selon REKOLE®.**

4.1.8. Cas en division privée et semi-privée

Les cas doivent être livrés indépendamment de la classe de traitement (la classe de traitement occupée dans le cadre d'une hospitalisation, variable 1.3.V02 *Classe*). Autrement dit, les cas en division commune, semi-privée ainsi que privée doivent être transmis. Les cas qui sont saisis en privé ou en semi-privé, selon la variable 1.3.V02 de la statistique médicale, sont en principe utilisés pour le développement de la structure tarifaire. Cependant, les coûts du cas doivent être **apurés des surcoûts liés à la classe du lit** (p. ex. honoraires privés des médecins hospitaliers, part privée des honoraires des médecins agréés).¹³

Si l'hôpital ne le fait pas, SwissDRG SA doit effectuer une adaptation approximative, ce qui peut conduire à des imprécisions et, à l'extrême, à l'exclusion de cas. **Pour cette raison, SwissDRG SA recommande aux hôpitaux de procéder aux ajustements correspondants avant le téléchargement des données.** L'hôpital documente cet ajustement dans le questionnaire du relevé.

¹³ Pour la déduction des surcoûts liés à la classe de traitement, voir [ITAR K©](#) : Modèle de tarif intégré basé sur la comptabilité analytique par unité finale d'imputation.

4.1.9. Honoraires des médecins

Conformément à REKOLE®, les honoraires des médecins sont comptabilisés de la façon suivante :

- Honoraires des médecins hospitaliers (compte H+ 380) → composante v14, resp. v107
- Honoraires des médecins agréés assujettis aux assurances sociales (compte H+ 381) → composante v15, resp. v108
- Honoraires des médecins agréés non assujettis aux assurances sociales (part du compte H+ 405, qui contient des honoraires) → composante v16, resp. v106

4.2. Jeu de données des coûts par cas (jeu de données CC)

Le format du jeu de données CC correspond à la part de coûts du relevé des unités finales d'imputation de REKOLE®, cependant pour une meilleure préparation SwissDRG SA le relève dans un format propre ([Mesures supplémentaires d'amélioration de la qualité des données](#)).

Le jeu de données CC peut être livré sous deux formats différents : soit sous l'ancien format (Annexe D), soit sous le nouveau format correspondant au relevé des unités finales d'imputation de REKOLE® (Annexe E).

La variable 4.6.V01 Numéro du cas dans la statistique des coûts par cas doit apparaître dans la statistique médicale ainsi que dans le jeu de données CC. Cette clé primaire doit être univoque et anonyme. Pour une transmission réussie des données à SwissDRG SA, le jeu de données des coûts par cas doit remplir les exigences minimales selon l'Annexe C. Les indications au sujet de la délimitation et de la méthode de calcul des coûts par cas se trouvent dans le chapitre 4.1.

4.2.1. Jeu de données des coûts par cas selon l'ancien format REKOLE®

Suite aux deux décisions REK pour la Psychologie (18_001) et le Laboratoire de cathétérisme cardiaque (18_003), le fichier des coûts par cas a été adapté. Le nombre total de 28 variables ainsi que l'ordre des variables existantes restent inchangés.

Ce format n'est autorisé que pour les données 2020. A partir des données 2021, les coûts par cas, y c. les coûts d'utilisation des immobilisations, doivent obligatoirement être déterminés et livrés en appliquant REKOLE® (format avec 80 variables, voir chapitre 4.2.2).¹⁴

Le jeu de données CC selon l'ancien format REKOLE® contient une ligne par cas qui est composée de 28 variables :

- 3 variables d'identification des cas :
 - le 1^{er} champ correspond au numéro REE de l'hôpital
 - le 2^{ème} champ correspond à l'année du relevé
 - le 3^{ème} champ correspond au numéro du cas (= clé primaire, correspond à la variable 4.6.V01 de la statistique médicale, il ne doit y avoir ni doublon ni champ vide)
- 24 variables contenant l'ensemble des coûts imputables dont :
 - 9 composantes contenant les coûts directement imputés sur le cas (v10-v19)
 - 15 composantes contenant les coûts des centres de charges fournisseurs de prestations obligatoires selon le format REKOLE® (v20-v40). Ces derniers ne contiennent pas les coûts d'utilisation des immobilisations.
- 1 variable (A1) regroupant l'intégralité des coûts d'utilisation des immobilisations
- 1 champ de réserve (doit rester vide)

Une énumération des variables de coûts par cas est disponible dans l'Annexe D.

¹⁴ Pour plus d'informations, voir [Adaptations du fichier des coûts par cas en vue du relevé des données 2021 \(données 2020\)](#)

Figure 3 Exemple de la ligne du jeu de données CC selon l'ancien format REKOLE®

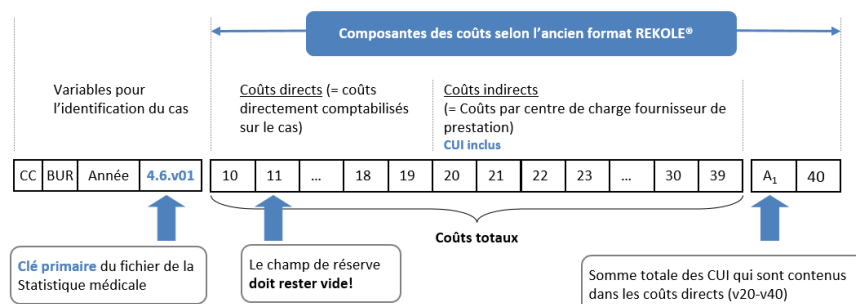


Figure 4 Exemple de deux lignes du jeu de données des coûts par cas (CC) selon l'ancien format REKOLE®

60611111		2020		5050286		79.00		57.00		0.00		0.00		0.00		42.00		0.00		...
60611111		2020		5050297		31.00		27.00		0.00		0.00		0.00		34.00		0.00		...

↑

Clé primaire. Correspond à la variable **4.6.V01** (variable 663 de la ligne MD) dans la statistique médicale.

4.2.2. Jeu de données des coûts par cas selon le nouveau format REKOLE®

Suite aux deux décisions REK pour la Psychologie (18_001) et le Laboratoire de cathétérisme cardiaque (18_003), le fichier des coûts par cas a été adapté. Le nombre total de 80 variables ainsi que l'ordre des variables existantes restent inchangés.¹⁵

Le jeu de données CC contient une ligne par cas qui est composée de 80 variables (79 variables + 1 champ de réserve) :

- 2 variables d'identification des cas :
 - le 1^{er} champ correspond à l'année du relevé
 - le 2^{ème} champ correspond au numéro du cas (= clé primaire, correspond à la variable 4.6.V01 de la statistique médicale, il ne doit y avoir ni doublon ni champ vide)
- 77 variables contenant les coûts imputables dont :
 - 11 composantes de coûts avec coûts directs (v101-v111)
 - 66 composantes contenant les coûts des centres de charges fournisseurs de prestations selon le format REKOLE® (v200-v421, v440-v461). Pour chaque composante de coûts, il convient d'indiquer une fois les coûts indirects sans CUI et une fois la part des CUI pour cette même composante.

Une énumération des variables de coûts par cas est disponible dans l'Annexe E.

¹⁵ Pour plus d'informations, voir [Adaptations du fichier des coûts par cas en vue du relevé des données 2021 \(données 2020\)](#)

Figure 5 Exemple de la ligne du jeu de données CC selon le nouveau format REKOLE®

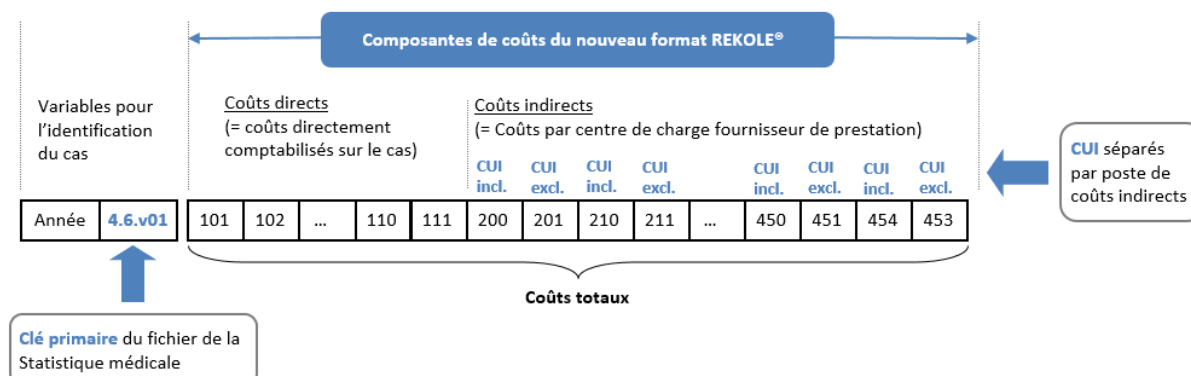


Figure 6 Exemple de deux lignes du jeu de données coûts par cas (CC) selon le nouveau format REKOLE®

2020	5050286	79.00	57.00	0.00	0.00	0.00	42.00	0.00	...	0.00
2020	5050297	31.00	27.00	0.00	0.00	0.00	34.00	0.00	...	0.00

↑

Clé primaire. Correspond à la variable **4.6.V01** (variable 663 de la ligne MD) dans la statistique médicale.

5. Relevé détaillé

Le relevé détaillé sert de base de données pour l'évaluation des rémunérations supplémentaires existantes et potentielles. Il permet d'enregistrer les prix des médicaments figurant sur la *Liste des médicaments/substances qui doivent être saisis* selon l'année dans la statistique médicale d'une part et les codes et coûts des produits, processus et procédures chers d'autre part.

Important : Les médicaments/substances onéreux administrés (voir Annexe B) doivent être saisis au niveau du cas dans les variables 4.8.V02 à 4.8.V15 de la statistique médicale (voir chapitre 3.2.10).

Toutes les informations relatives au relevé détaillé sont mentionnées dans le fichier Excel correspondant. Celui-ci sera publié au plus tard en janvier 2021 sur notre page Web sous la rubrique *Relevé des données*. Le [Relevé détaillé 2019 \(données 2018\)](#) donne un aperçu du contenu et du format. Pour la livraison du relevé détaillé, veuillez noter les délais suivants : 01.03.2021 – 15.05.2021.

Médicaments (code ATC)

Vous pouvez consulter la liste des médicaments qui concernent les données 2020 : [Liste des médicaments/substances à relever dans la statistique médicale des hôpitaux 2020](#). Merci de bien vouloir tenir compte de la [Notice technique 2020](#). Vous trouverez les nouveaux médicaments à saisir dans la [documentation des changements](#) correspondante.

Procédés onéreux et implants (CHOP)

Le relevé détaillé le plus actuel sert de modèle. Tout autre code CHOP demandé par rapport aux données de 2019 sera communiqué à la fin de 2020/début 2021.

6. Documents complémentaires

H+ Les Hôpitaux de Suisse (2018). Manuel REKOLE® - Comptabilité de gestion à l'hôpital, 5^e édition, Berne.

H+ Les Hôpitaux de Suisse (2014). Plan comptable - 8^e édition, Berne.

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse (1994). Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) [RS 832.10]. URL : <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19940073/index.html>, [consulté le 19.11.2019].

Le Conseil fédéral suisse (2002). Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP), [RS 832.104]. URL : <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20021333/index.html>, [consulté le 19.11.2019].

OFS (2019). Manuel de codage médical. Le manuel officiel des règles de codage en Suisse, version 2020, Neuchâtel, Office fédéral de la statistique. URL : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/nomenclatures/medkk/instruments-codage-medical.assetdetail.9927930.html>, [consulté le 19.11.2019].

OFS (2019). Classification Suisse des Interventions Chirurgicales (CHOP). Index systématique, version 2020, Neuchâtel, Office fédéral de la statistique. URL : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/nomenclatures/medkk/instruments-codage-medical.assetdetail.9286148.html>, [consulté le 19.11.2019].

OFS (2019). Statistique médicale des hôpitaux - Variables de la statistique médicale. Spécifications valables dès 1.1.2020. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique. URL : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/enquetes/ms.html>, [consulté le 19.11.2019].

SwissDRG SA (2019). Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG et TARPSY. Valable à partir du 1.1.2020. URL : https://www.swissdrg.org/application/files/2415/6051/1599/Regeln_und_Definitionen_zur_Fallabrechnung_unter_SwissDRG_und_TARPSY_f.pdf, [consulté le 19.11.2019].

Vous trouverez d'autres documents sur le site Web de SwissDRG SA sous Relevé des données > Statistique médicale : URL : <https://www.swissdrg.org/fr/readaptation/st-reha/releve-des-donnees/statistique-medecale>, [consulté le 19.11.2019].

Annexes

Annexe A Liste des articles pour l'imputation obligatoire des coûts directs

Le lien ci-après permet de télécharger la [Liste des articles pour l'imputation obligatoire des coûts directs](#), qui définit l'affectation des coûts de certains produits aux composantes de coûts correspondantes. Cette liste se trouve sur le site internet de SwissDRG SA sous Relevé des données > Statistique médicale.

Annexe B Variables de la statistique médicale

Le lien ci-après permet de télécharger les [Variables de la statistique médicale](#), applicables à partir du 01.01.2020 (publication prévue dès décembre 2019).

Annexe C Exigences minimales pour les jeux de données

Les exigences suivantes sont les exigences minimales pour les jeux de données. Si les jeux de données ne correspondent pas à ces exigences minimales, aucun téléchargement des données via l'interface Web n'est possible.

Désignation
Tests généraux
☐ Extension de jeu de données : *.dat ou *.txt
☐ Les jeux de données doivent être codés avec <i>ISO8859-1</i>
☐ Les jeux de données doivent être livrés en format texte (ASCII).
☐ Les variables sont séparées par des barres verticales (code ASCII 124 : « »)
☐ CRLF (codes ASCII 10 et 13) est utilisé comme saut de ligne.
☐ Correspondance des clés primaires (4.6.V01) dans les deux jeux de données. Les cas qui n'apparaissent que dans un des jeux de données ne peuvent être ni plausibilisés ni intégrés dans la banque de données. Les doublons et les champs vides ne sont pas permis.
Jeu de données de la statistique médicale (SM)
☐ Lignes MB : 50 colonnes. La ligne contient 50 barres verticales.
☐ Lignes MD : 696 colonnes. La ligne contient 696 barres verticales.
☐ Les lignes se terminent par une barre verticale.
☐ Le numéro REE/BUR de la ligne MX doit impérativement être codé.
☐ Les lignes doivent être codées dans l'ordre MB, MN, MP, MD, MK, en considérant que, selon le type de structure tarifaire, il n'est pas nécessaire de remplir toutes les lignes (ne pas insérer des lignes vides).
☐ Les variables 0.3.V01, 0.3.V02, 0.3.V03 et 0.3.V04 doivent être codées au moyen des chiffres 0 ou 1. Lorsque 1 est codé, la ligne correspondante (MN, MP, MD ou MK) doit apparaître. Lorsque 0 est codé, la ligne correspondante ne doit pas apparaître.
☐ Correspondance des lignes MB et MD : pour tous les codes CIM et CHOP, on a 1.6.V01 = 4.2.V010, 1.6.V02 = 4.2.V020, 1.6.V03 = 4.2.V030, etc. Le test porte sur l'équivalence des 5 premières positions conformément au format de la statistique médicale de l'OFS.
☐ La colonne 663 de la ligne MD correspond à la variable 4.6.V01 (<i>Numéro du cas dans la statistique des coûts par cas</i>). Cette clé primaire doit être univoque et anonyme et elle ne peut avoir ni doublons ni champs vides.
☐ La variable 0.2.V01 <i>Code de liaison anonyme</i> doit être codée et cryptée avec 16 caractères alphanumériques.
☐ La définition des variables ci-après (N° Var.) 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, 4.8.V01, 4.8.V17, 4.8.V18, 4.8.V19, 4.8.V20.
☐ Sauf dans les champs dédiés aux indications sur les médicaments (4.8.V02 - 4.8.V15, médicament 1 - 14, numéros de variable 678 - 691), les fichiers ne doivent contenir aucun texte.
☐ Les fichiers ne doivent pas contenir d'indications de médicaments non valables (4.8.V02 - 4.8.V15, médicament 1 - 14, numéros de variable 678 - 691).
Jeu de données des coûts par cas selon l'ancien format REKOLE® (jeu de données CC)
☐ Chaque ligne du jeu de données CC correspond à un cas.
☐ Le jeu de données contient 28 variables. La ligne contient 27 barres verticales.
☐ Les lignes ne se terminent pas par une barre verticale.
☐ Le 3 ^{ème} champ est une clé primaire 4.6.V01 de la statistique médicale : il ne doit y avoir ni doublon ni champ vide.
☐ Les variables sont séparées par des barres verticales.
☐ Le jeu 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, apostrophes, espaces, etc.

Documentation du relevé de données ST Reha 2021 (données 2020)

- ☐ Le point est utilisé comme séparateur décimal (par ex. 1234.50).
- ☐ Chaque cas doit indiquer les coûts d'utilisation des immobilisations (A1). Des valeurs négatives ne sont pas tolérées.
- ☐ Si mentionné dans la description, les champs de réserve (**champ 11**) doivent rester vides.

Jeu de données des coûts par cas selon le nouveau format REKOLE® (jeu de données CC)

- ☐ Chaque ligne du jeu de données CC correspond à un cas.
- ☐ Le jeu de données contient 80 variables. La ligne contient 79 barres verticales.
- ☐ Les lignes **ne se terminent pas** par une barre verticale.
- ☐ Le 2^{ème} champ est une clé primaire 4.6.V01 de la statistique médicale : il ne doit y avoir ni doublon ni champ vide.
- ☐ Les variables sont séparées par une barre verticale.
- ☐ Le jeu de données ne doit contenir aucun nom de variable.
- ☐ Les variables des coûts ne doivent contenir que des chiffres et pas de lettres.
- ☐ Les chiffres ne doivent pas contenir de formatage comme des séparateurs de milliers, des apostrophes, des espaces, etc.
- ☐ Le point est utilisé comme séparateur décimal (ex. 1234.50).
- ☐ Chaque cas doit indiquer les coûts d'utilisation des immobilisations. La somme des coûts d'utilisation des immobilisations doit être supérieure à zéro.
- ☐ Si mentionné dans la description, les champs de réserve (champ 80) doivent rester vides.

Annexe D Coûts par cas selon l'ancien format REKOLE® (jeu de données CC)

Ce format n'est autorisé que pour les données 2020. A partir des données 2021, les coûts par cas, y c. les coûts d'utilisation des immobilisations, doivent obligatoirement être déterminés et livrés en appliquant REKOLE® (format avec 80 variables, voir 4.2.1).

N°	Variable	Description	
Informations générales			
1	REE	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		Champs de réserve, laisser vide	
12	v19	Autres coûts directs	403 + 404 + 405** + 480 + 485 + 486
Coûts indirects			Centre de charges obligatoire REKOLE®
13	v20	Salles d'opérations et laboratoire de cathétérisme cardiaque	(20) + (21)
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 don du sang)	(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)	
28	v40	Psychologie	(40)

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

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

*** Sans les coûts des transports primaires

Annexe E Coûts par cas selon le nouveau format REKOLE® (jeu de données CC)

N°	Variable	Désignation	
Informations générales			
1	year	Année des données	
2	4.6.V01	Numéro du cas (cf. variable 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 de médecins (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 aux patients	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'opération, coûts indirects sans CUI	(20)
17	v211	Salles d'opération, CUI ¹	(20)
18	v212	Corps médical de la salle d'opération - activités 6a ₁ , coûts indirects sans CUI	(31)
19	v213	Corps médical de la salle d'opération - activités 6a ₁ , CUI ¹	(31)
20	v220	Anesthésie, coûts indirects sans CUI	(23)
21	v221	Anesthésie, coûts indirects CUI ¹	(23)
22	v230	Soins intensifs (SI), coûts indirects sans CUI	(24)
23	v231	Soins intensifs (SI), CUI ¹	(24)
24	v232	Corps médical des SI - activités 6b ₁ , coûts indirects sans CUI	(31)
25	v233	Corps médical des SI - activités 6b ₁ , CUI ¹	(31)
26	v240	Centres d'Intermediate Care reconnus (IMC), coûts indirects sans CUI	(38)
27	v241	Centres d'Intermediate Care reconnus (IMC), CUI ¹	(38)
28	v242	Corps médical des IMC - activités 6b ₂ , coûts indirects sans CUI	(31)
29	v243	Corps médical des IMC - activités 6b ₂ , CUI ¹	(31)
30	v250	Urgences, coûts indirects sans CUI	(25)

Documentation du relevé de données ST Reha 2021 (données 2020)

N°	Variable	Désignation	
Coûts indirects			Centre de charges obligatoire REKOLE®
31	v251	Urgences, CUI ¹	(25)
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	Imagerie médicale, coûts indirects sans CUI	(26)
35	v261	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 sans 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)

Documentation du relevé de données ST Reha 2021 (données 2020)

N°	Variable	Désignation	Centre de charges obligatoire REKOLE®
Coûts indirects			
67	v401	Hôtellerie service, CUI ¹	(43)
68	v410	Autres fournisseurs de prestations, coûts indirects sans CUI	(44)
69	v411	Autres fournisseurs de prestations, CUI ¹	(44)
70	v420	Pathologie, coûts indirects sans CUI	(45)
71	v421	Pathologie, CUI ¹	(45)
72	v460	Psychologie, Coûts indirects sans CUI	(40)
73	v461	Psychologie, CUI ¹	(40)
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)
76	v450	Laboratoire de cathétérisme cardiaque, Coûts indirects sans CUI	(21)
77	v451	Laboratoire de cathétérisme cardiaque, CUI ¹	(21)
78	v452	Corps médical du laboratoire de cathétérisme cardiaque – Activités 6a ₂ , Coûts indirects sans CUI	(31)
79	v453	Corps médical du laboratoire de cathétérisme cardiaque - Activités 6a ₂ , CUI ¹	(31)
Champs de réserve			
80	Champs 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 des unités finales d'imputation REKOLE®. Ces coûts sont calculés comme coûts indirects.