

ST Reha 2015

Contenu et format du relevé des données

Contacts:

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

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

Version 0.10.2: 09.12.2014

Les modifications par rapport à la version 0.9 précédente du projet partiel 1 (Neuro/Musculo) sont **marquées en jaune** (lorsque le titre est marqué en jaune, l'ensemble du chapitre a été remanié!).
Les modifications par rapport à la version 0.10.1 précédente sont **marquées en turquoise**.

Sommaire

1.	Introduction	3
2.	Aperçu des modifications par rapport aux directives précédentes (versions 0.9 et 0.10.1)	4
3.	Aperçu des données à relever	7
4.	Directives du relevé	8
4.1.	Délimitation des cas livrés	8
4.2.	Définition des quatre domaines de prestations	10
4.3.	Indications supplémentaires des semaines patients	11
4.4.	Processus de relevé	12
4.4.1.	Echelle de la douleur	12
4.4.2.	HAQ	12
4.4.3.	Recours au MIF ou à l'Indice de Barthel pour le domaine de prestations «Autres»	13
4.5.	Absences	13
5.	Structure et format des données	14
5.1.	Principes généraux régissant les données liées au cas	14
5.1.1.	Format des données	14
5.1.2.	Format des dates	14
5.1.3.	Format des indications sur les prestations hebdomadaires en minute	15
5.1.4.	Format des données de coûts	15
5.1.5.	Variable de liaison (numéro d'identification univoque du cas)	15
5.2.	Fichiers de données MB	15
5.3.	Fichiers de données RE	16
5.3.1.	Jour du relevé des données hebdomadaires – Deux possibilités	16
5.3.2.	Format de livraison des données Reha hebdomadaires	18
5.4.	Fichier de données CC	19
5.4.1.	Coût non-imputables	19
5.4.2.	Médicaments, implants et matériel médical	19
5.4.3.	Coûts d'utilisation des immobilisations (CUI)	20
5.4.4.	Formation universitaire et recherche (FU&R)	20
5.4.5.	Livraison des cas privés et semi-privés	20

5.4.6.	Honoraires des médecins.....	21
5.4.7.	Format de livraison des coûts par cas	21
5.5.	Relevé de données supplémentaire	22
5.6.	Questionnaire pour le relevé des données	22
5.7.	Questionnaire pour la saisie des coefficients de coûts	22
5.8.	Annnonce de livraison des données.....	23
6.	Date et volume de la livraison des données	24
7.	Protection des données	24
8.	Transmission des données à la ZHAW.....	24
9.	Contacts	24
10.	Annexe: Format de livraison des données.....	25
10.1.	Format de la statistique médicale OFS (fichier de données MB)	25
10.2.	Format des assessments PCS hebdomadaires (fichier RE)	26
10.3.	Format du fichier des coûts par cas (fichier CC)	31
11.	Extrait du Manuel de codage OFS	32
12.	Références	33

1. Introduction

SwissDRG SA a donné un mandat pour l'élaboration de la structure tarifaire ST Reha. Les mandataires sont la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM) et H+ Les Hôpitaux de Suisse qui dirigent l'organisation de projet ST Reha. A la demande de cette dernière, la Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) effectue les relevés et les évaluations des données afin de développer un système de classification des patients (PCS) pour la réadaptation stationnaire. Dans une première phase, la ZHAW a développé des systèmes de classification des patients pour la neuroréadaptation, la réadaptation musculosquelettique, la réadaptation cardiovasculaire et la réadaptation pulmonaire sur la base de semaines patients choisies de manière aléatoire dans plusieurs cliniques suisses de réadaptation. L'objectif principal était d'identifier des caractéristiques des patients qui permettent de prévoir au mieux la variabilité des coûts de traitement et de classer les patients dans des groupes de prestations et de coûts aussi homogènes que possible. La structure tarifaire ST Reha est conçue comme un système évolutif basé sur les données dont le développement se poursuit. Avec ces prescriptions pour le relevé des données version 0.10, il a été possible pour la première fois de saisir tous les cas de la réadaptation. Les objectifs de ce relevé complet sont:

1. Du côté des cliniques: application des assessments et intégration des processus en rapport avec la structure tarifaire dans les activités quotidiennes. En outre, des réunions ont été organisées au cours desquelles les cliniques participantes ont pu échanger et bénéficier mutuellement de leurs expériences.
2. Du côté de l'organisation de projet: collecte systématique des données de coûts et de prestations dans une partie des cliniques de réadaptation (cliniques de référence) afin de valider et de développer plus avant la structure tarifaire. Les cliniques de référence assument un rôle qui correspond à celui des hôpitaux de réseau dans le système SwissDRG. La participation de nouvelles cliniques permet d'élargir la base de données de la structure tarifaire dans la perspective de son introduction à l'échelle nationale. Contrairement à la première phase, les coûts par cas globaux sont désormais relevés, conformément au principe du financement hospitalier qui prévoit que les coûts imputables soient pris en compte. L'extension de la base de données permet aussi de vérifier dans quelle mesure la précision de la prévision peut être améliorée par l'utilisation de sous-échelles. Les écarts entre les tranches tarifaires du groupeur ainsi que la taille de chaque groupe se sont ainsi modifiés par rapport aux résultats de la première phase. Cela correspond au système évolutif visé pour la future structure tarifaire ST Reha.

L'objectif de ce document est de décrire le contenu et la forme du relevé des données actuel. Le document se base sur les dernières directives de SwissDRG SA à l'organisation de projet ST Reha (contrat de mandat/mission), sur les directives pour le relevé des données dans les hôpitaux de soins aigus (SwissDRG SA 2013) ainsi que sur les directives internes à l'organisation de projet ST Reha.

2. Aperçu des modifications par rapport aux directives précédentes (versions 0.9 et 0.10.1)

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

- Désormais, *tous* les cas peuvent être saisis dans tous les domaines de prestations.
- Le relevé de données supplémentaire est introduit. Son objectif consiste à enregistrer séparément les prestations qui ne relèvent pas de la réadaptation **ainsi que d'éventuelles prestations expliquant des coûts élevés** afin que des propositions reposant sur des données puissent être faites pour la prise en compte de ces prestations au sein des catégories de gravité ou en tant qu'indemnisation séparée.
- Avec l'intégration de nouveaux domaines de prestations (réadaptations cardiovasculaire et pulmonaire), de nouveaux paramètres font leur apparition dans le set de données RE: le test de marche de 6 minutes ainsi que les minutes de prestations de nouveaux groupes professionnels (thérapie respiratoire, etc.).
- Désormais, des informations destinées au développement de la structure tarifaire ST Reha sont mises à disposition de manière centralisée sur le site internet de la mandante SwissDRG SA (www.swissdrg.org → Réadaptation).

Modifications apportées aux directives pour le relevé Version 0.10.1:

Sur la base des réactions des cliniques lors de la rencontre avec le Sounding Board (Olten 24.9.2014 et lors de la séance d'info pour les partenaires IT (Olten, 10.9.2014), la ZHAW a soumis au comité de pilotage (Copil) de ST Reha plusieurs propositions de changement portant sur le relevé des données. Le Copil a discuté des propositions de la ZHAW, d'autres demandes envoyées directement par les cliniques et de divers retours lors de la présentation du système par SwissDRG (Berne, 17.11.2014) et a décidé le 24 novembre 2014 d'apporter les modifications suivantes aux directives pour le relevé 2015:

- **Jour du relevé:** Dès le 1^{er} janvier 2016, on passera d'un jour de référence absolu à un jour de référence relatif pour les relevés hebdomadaires. La date de ces derniers pourra être déterminée par l'entrée en clinique et non plus systématiquement le lundi. Ce changement se justifie en raison de la simplification apportée par l'abandon de la synchronisation sur un lundi et de la diminution des incertitudes dans le classement des données de prestations grâce à une mesure effectuée à un intervalle hebdomadaire précis. Durant une **phase de transition en 2015**, les cliniques pourront continuer à prendre le lundi comme jour de référence pour leurs relevés hebdomadaires. Le passage d'un jour de relevé absolu à un jour de relevé relatif pourra intervenir en tout temps mais au plus tard

au 1^{er} janvier 2016. Un changement aussi précoce que possible est cependant souhaitable.

- **Recours au MIF ou à l'Indice de Barthel pour les assessments dans le domaine de prestations «Autres»:** Il est possible désormais de recourir au MIF ou à l'Indice de Barthel (EBI) à la place du HAQ. Dès le 1^{er} janvier 2016, seuls le MIF et l'Indice de Barthel seront encore autorisés pour le relevé des activités de la vie quotidienne (ADL) dans le cadre du développement du tarif dans le domaine de prestations «Autres». Ce changement est justifié par le fait que le Copil de ST Reha constate dans les consultations que l'instrument HAQ pose des difficultés d'application quotidienne, en particulier dans une perspective tarifaire. Le remplissage par des tiers d'un questionnaire conçu pour les patients et le manque d'outils cognitifs constituent deux de ces difficultés. Les demandes à ce sujet adressées à SwissDRG SA ont également poussé le Copil à recourir pour le domaine de prestations «Autres» aux instruments MIF et EBI qui sont déjà reconnus dans les trois autres domaines pour le développement du tarif. Les cliniques qui utilisent le HAQ disposent d'une **phase de transition en 2015**. Le basculement du HAQ au MIF ou à l'EBI pourra intervenir en tout temps mais au plus tard au 1^{er} janvier 2016. Un changement aussi précoce que possible est cependant souhaitable.
- **Lignes RE 123 à 128 (variables 7.10.V16 à 7.10.V21):** Le relevé hebdomadaire de prestations telles que les médicaments, les examens, les analyses, le matériel, les coûts de transport et autres coûts dans les lignes RE 123 à 128 (variables 7.10.V16 à 7.10.V21) ont une importance moindre pour le développement du système depuis l'introduction du relevé de données supplémentaire. Il était prévu à l'origine de saisir dans ces lignes des prestations expliquant des coûts élevés et des prestations qui ne relèvent pas de la réadaptation. Le relevé supplémentaire permet d'identifier ces prestations au niveau des cas. Si la prestation n'est pas dépendante du degré de gravité, si elle est étrangère à la réadaptation ou si elle déborde sur plusieurs domaines de prestations, les informations tirées du relevé supplémentaire permettent d'élaborer une proposition pour la reproduction d'une telle prestation dans la structure ST Reha (p. ex. en dehors des classes de degré de gravité). Cela signifie que les lignes RE 123 à 128 constituent des informations facultatives dès le relevé des données 2015. Le relevé de données supplémentaire au niveau des cas est obligatoire, en revanche.
- **Absences:** Les absences du patient de plus de 24 heures durant la semaine de relevé sont saisies désormais dans les lignes RE. Cette adaptation s'est imposée car les coûts journaliers constituent la valeur de référence pour le calcul. En cas d'absences d'un ou de plusieurs jours, il est important pour le calcul de connaître ces jours d'absence dans la semaine de relevé. Les absences qui s'inscrivent dans la réalisation de l'objectif de la réadaptation et durant lesquels la fourniture de prestations ne cesse pas totalement **ne sont pas saisies** ici (p. ex. séjour du patient à la maison en compagnie d'un thérapeute).

- **Champs de données «vides»:** Les champs de données «vides» doivent être laissés vides dans tous les cas et ne doivent pas être complétés par un espace (« ») ou par n'importe quel autre signe (p. ex. «-»). Les champs de données «vides» sont autorisés uniquement pour les variables 7.02.V10 et 7.02.V11 (voir remarques sur ces deux variables au chapitre 10.2) et si un assessment du domaine de prestations correspondant n'est pas exigé (p. ex. HAQ pour le domaine de prestations Neurologique).
- **Relevé de données supplémentaire:** Les **groupes de médicaments** indiqués dans le relevé de données supplémentaires sont classés selon les **codes ATC**. Le classement ATC a été développé à temps et est attendu pour le premier trimestre 2015.

3. Aperçu des données à relever

Les quatre fichiers de données suivants doivent être réunis: MB, RE, CC et le relevé de données supplémentaire. La figure 1 présente quel type de données entre dans quel set de données. Les assessments à effectuer pour chaque domaine de prestations sont présentés dans la figure 2.

Figure 1: Aperçu des données à relever

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

Figure 2: Aperçu des assessments par domaine de prestations

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

4. Directives du relevé

4.1. Délimitation des cas livrés

Les cliniques de réadaptation livrent **tous** les cas stationnaires. Les services de réadaptation rattachés à des hôpitaux de soins aigus livrent tous les cas dont le centre de charges principal est attribué à la réadaptation selon la variable 1.4.V01 de la Statistique médicale (cf. page 25).

Distinction cas stationnaire / ambulatoire

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

Art. 3 Traitement hospitalier

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

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

Art. 5 Traitement ambulatoire

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

Afin d'assurer une mise en œuvre uniforme de cette définition, les partenaires du domaine de la santé ont convenu de l'interprétation suivante (cf. figure 3)

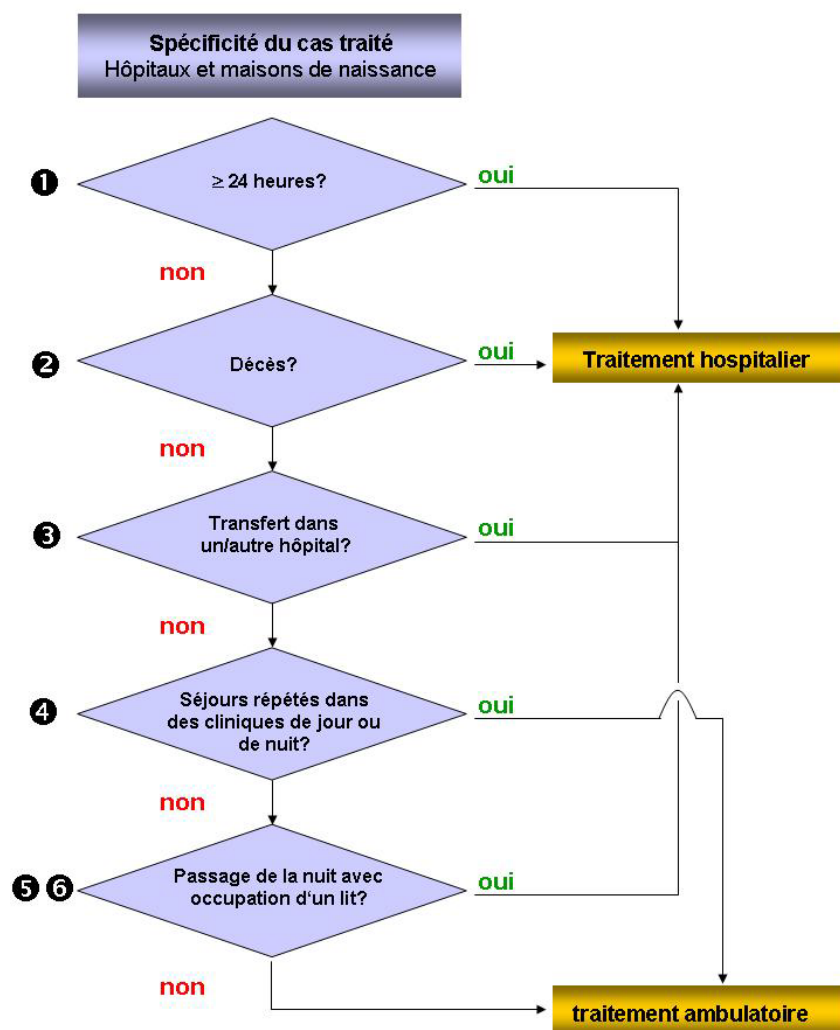
Explications des critères de délimitation

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

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

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

Figure 3: processus de décision stationnaire ou ambulatoire



©H+ Les Hôpitaux de suisse

Le critère ④ „Séjours répétés dans des cliniques de jour ou de nuit” est une décision médicale et fait partie intégrante du plan thérapeutique d'un patient. Les séjours répétés dans des cliniques de jour ou de nuit dans le domaine de la psychiatrie ainsi que les séjours répétés dans le cadre d'autres domaines de prestations médicales et thérapeutiques comme par exemple chimiothérapies ou radiothérapies, dialyses, traitements de la douleur à l'hôpital ou physiothérapies, sont considérés traitements ambulatoires.

Le critère ⑤ de „nuit” est mesuré et saisi à l'aide de la règle du passage de minuit. En d'autres termes, le critère est rempli lorsqu'un patient est dans l'hôpital ou dans la maison de naissance à minuit (00:00).

Le critère ⑥ „utilisation d'un lit”: un patient occupe un lit lorsqu'il s'agit d'un lit d'unité de soins. Le lit réservé aux femmes ayant accouché est assimilé au lit d'unité de soins. Le traitement de patients qui nécessite uniquement le service d'urgence ou la chambre de naissance (appelée à l'hôpital également salle d'accouchement), aussi bien de jour que de nuit, est considéré comme ambulatoire.

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

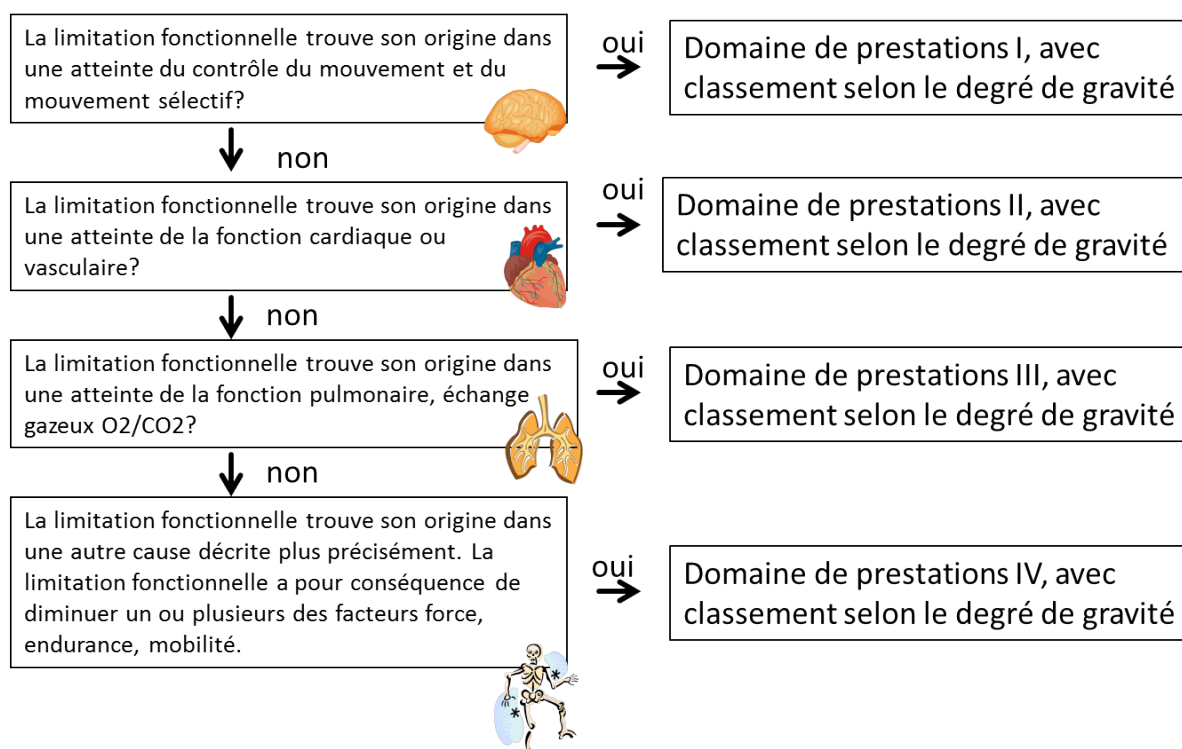
4.2. Définition des quatre domaines de prestations

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

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

Le classement d'un patient dans l'un des quatre domaines de prestations se fait en fonction du domaine dans lequel se trouve la cause de la limitation fonctionnelle (cf. figure 4). Avec la restriction suivante: si le classement résultant du questionnaire sur le cas aboutit au domaine de prestations II ou au domaine de prestations III, le fournisseur de prestations doit remplir les conditions de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), annexe 1, 11. Réadaptation, en particulier réadaptation des patients souffrant de maladies cardiovasculaires ou réadaptation pulmonaire, sinon le questionnaire du cas est poursuivi plus avant.

Figure 4: Questions sur le cas permettant une attribution sans ambiguïté



4.3. Indications supplémentaires des semaines patients

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

Patients gériatriques et pédiatriques

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

Types de réadaptation

En outre, les patients sont caractérisés selon les types de réadaptation décrits dans le document DefReha© Version 1.0. **Plusieurs mentions (jusqu'à 3) sont possibles:**

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

Réadaptation intensive

En outre, si durant la semaine de relevé, les patients se trouvent en réadaptation intensive – selon la définition du document DefReha© Version 1.0 (H+ 2013), cette indication supplémentaire doit figurer également. Cette option n'est possible que pour les patients en réadaptation interne ou cardiologique, cardiovasculaire, musculosquelettique, neurologique, oncologique et pulmonaire.

4.4. Processus de relevé

En principe, il convient d'appliquer les processus de relevés cliniques définis dans le Manuel des procédures de l'ANQ (ANQ 2013). Les compléments et les divergences sont décrits comme suit:

4.4.1. Echelle de la douleur

L'échelle de la douleur n'est pas incluse dans les relevés de l'ANQ. Le relevé de la douleur porte sur l'intensité moyenne de la douleur au cours des dernières 24 heures. La question au patient doit donc être formulée de la manière suivante: «Veuillez indiquer s'il vous plaît quelle a été l'intensité moyenne de la douleur que vous avez ressentie au cours des dernières 24 heures, sachant que 0 = pas de douleur et 10 = la plus forte intensité de douleur imaginable.»

4.4.2. HAQ

Pour le relevé du HAQ, les directives de l'ANQ ne suffisent pas pour répondre aux exigences de l'élaboration de la structure tarifaire. Comme pour les relevés 2013 et 2014, le complément suivant aux directives de l'ANQ pour le relevé du HAQ est applicable pour 2015:

Relevé à l'admission

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

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

Relevés hebdomadaires supplémentaires

Pour les relevés hebdomadaires supplémentaires dans le cadre de ST Reha, les professionnels de la santé identifient les changements dans le domaine ADL, avant tout dans leur travail quotidien auprès du patient et les saisissent systématiquement dans le secteur HAQ de la saisie des données (SIC). L'entreprise est libre de faire remplir les relevés hebdomadaires intermédiaires dans un premier temps d'abord par les patients au moyen d'un questionnaire. Dans ce cas, la seconde étape est indispensable. Dans l'organisation de projet, les entre-

prises doivent prévoir des mécanismes de contrôle qui garantissent que le relevé des données est effectué en temps voulu et complètement et que les données sont intégrées de manière fiable dans le système de saisie (SIC).

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

4.4.3. Recours au MIF ou à l'Indice de Barthel pour le domaine de prestations «Autres»

Il est possible désormais de recourir au MIF ou à l'Indice de Barthel étendu (EBI) à la place du HAQ. Dès le 1er janvier 2016, seuls le MIF et l'Indice de Barthel étendu seront encore autorisés pour le relevé des activités de la vie quotidienne (ADL) dans le cadre du développement du tarif dans le domaine de prestations «Autres». Les cliniques qui utilisent le HAQ disposent d'une **phase de transition en 2015**. Le basculement du HAQ au MIF ou à l'EBI pourra intervenir en tout temps mais au plus tard au 1er janvier 2016. Un changement aussi précoce que possible est cependant souhaitable.

Attention: La livraison des données dans le cadre des mesures de la qualité de l'ANQ durant l'année 2015 n'est pas concernée par cette adaptation du relevé des données ST Reha. Les cliniques livrent les données pour l'ANQ conformément aux prescriptions de cette dernière. SwissDRG SA et l'ANQ coordonneront les relevés des données en 2016, avec pour objectif d'atteindre au mieux les objectifs des deux institutions tout en imposant un travail aussi réduit que possible aux cliniques.

4.5. Absences

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

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

5. Structure et format des données

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

Figure 5: Aperçu des fichiers de données qui doivent être livrés

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

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

5.1. Principes généraux régissant les données liées au cas

5.1.1. Format des données

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

5.1.2. Format des dates

Les dates sont dans le format AAAAMMJJ.

5.1.3. Format des indications sur les prestations hebdomadaires en minute

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

5.1.4. Format des données de coûts

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

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

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

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

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

5.2. Fichiers de données MB

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

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

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

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

5.3. Fichiers de données RE

5.3.1. Jour du relevé des données hebdomadaires – Deux possibilités

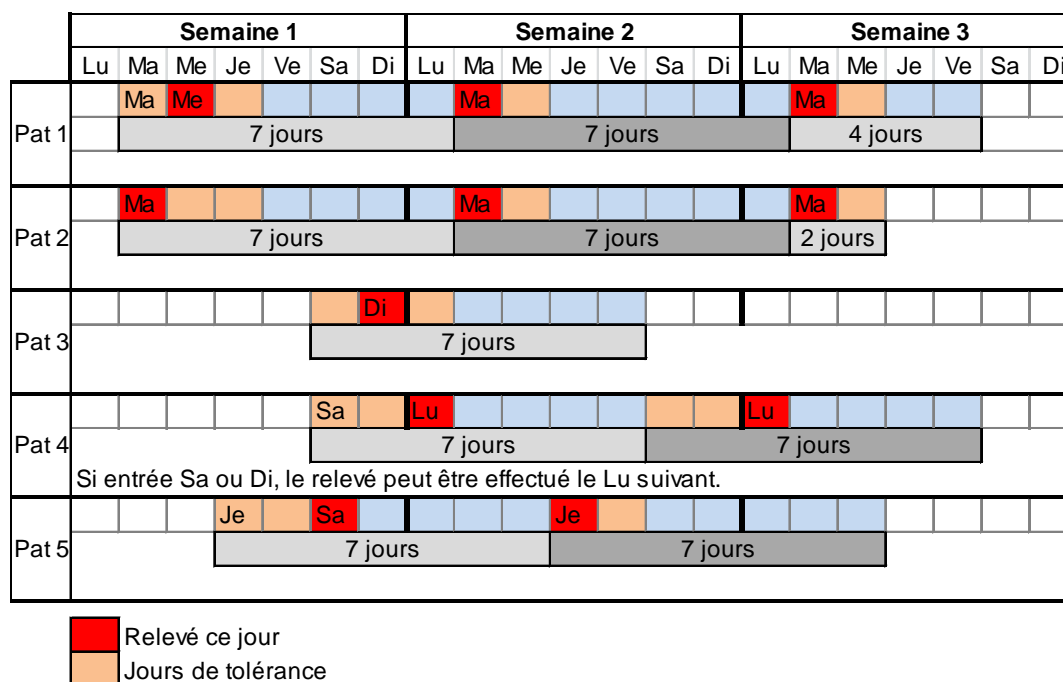
Dès le 1^{er} janvier 2016, on passera d'un jour de référence absolu à un jour de référence relatif pour les relevés hebdomadaires. La date de ces derniers pourra être fixée par rapport à l'entrée en clinique et non plus systématiquement le lundi. Durant une **phase de transition en 2015**, les cliniques pourront continuer à prendre le lundi comme jour de référence pour leurs relevés hebdomadaires. Le passage d'un jour de relevé absolu à un jour de relevé relatif pourra intervenir en tout temps mais au plus tard au 1^{er} janvier 2016. Un changement aussi précoce que possible est cependant souhaitable.

Les prescriptions spécifiques à ces deux possibilités sont exposées dans les deux paragraphes suivants.

5.3.1.1. Jour du relevé déterminé par l'entrée en clinique

Le premier relevé doit intervenir dans les 3 jours après l'entrée en clinique. Les relevés suivants sont alors effectués le même jour de la semaine que celui de l'entrée (tolérance: + 1 jour). En cas d'entrée un samedi, la tolérance est portée à + 2 jours (i.e. le relevé peut avoir le lundi). Ces prescriptions concernant le jour du relevé déterminé par l'entrée en clinique sont illustrées à la figure 6.

Figure 6: Prescriptions pour un jour de relevé déterminé par l'entrée en clinique pour 5 patients



5.3.1.2. Jour du relevé fixé au lundi

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

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

Première semaine: La première semaine dure du moment de l'entrée jusqu'au dimanche 24:00 h. En cas d'entrée dès le jeudi, les assessments ST Reha de la première semaine peuvent être repris pour la ligne RE de la deuxième semaine. Dans ce cas cependant, deux lignes de données doivent être livrées (une pour la première semaine et une pour la deuxième). Les assessments présentent donc les mêmes valeurs dans les deux lignes. En cas de sortie durant la première semaine (jusqu'au dimanche 24:00 h.), la première semaine dure depuis le moment de l'entrée jusqu'au moment de la sortie.

Jour d'entrée	Durée de la première semaine	Contenu de la ligne RE de la 1 ^{ère} semaine	Contenu de la ligne RE de la 2 ^e semaine
Lundi, mardi, mercredi,	Jour d'entrée jusqu'au dimanche 24:00	Mesure de la 1 ^{ère} semaine	Mesure de la 2 ^e semaine
Jeudi, vendredi, samedi, dimanche	Jour d'entrée jusqu'au dimanche suivant 24:00	Mesure de la 1 ^{ère} semaine	Mesure de la 1 ^{ère} semaine

Dernière semaine: La dernière semaine dure du lundi 00:00 h. jusqu'au jour de la sortie. Si le patient sort un lundi, mardi ou mercredi, les assessments ST Reha de la semaine précédente peuvent être repris. Dans ce cas cependant, deux lignes de données doivent être livrées (une pour la première semaine et une pour la deuxième). Les assessments présentent donc les mêmes valeurs dans les deux lignes. Les assessments déjà effectués (parce que l'entrée est intervenue à partir du jeudi) ne doivent pas être répétés la semaine suivante. Si le patient sort à partir du jeudi, les assessments ST Reha doivent être effectués le lundi de la semaine.

Jour d'entrée	Durée de la dernière semaine	Contenu de la ligne RE de la dernière semaine
Lundi, mardi, mercredi	Avant-dernier lundi de 00:00 au jour de sortie	Mesure de l'avant-dernière semaine
Jeudi, vendredi, samedi, dimanche	De lundi 00:00 au jour de sortie	Mesure de la dernière semaine

5.3.2. Format de livraison des données Reha hebdomadaires

Le set de données comprend pour chaque semaine de séjour du patient une ligne RE avec à chaque fois **128 champs (colonnes)**:

- Le champ 1 définit la ligne comme ligne RE
- Le champ 2 comprend le numéro d'identification de l'hôpital (REE)
- Le champ 3 indique si les données de coûts et de prestations ont été relevées durant la semaine de relevé
- Le champ 4 comprend le numéro d'identification interne à l'hôpital pour une identification unique du cas
- Le champ 5 comprend des informations **sur le domaine de prestations (correspond aux résultats des questions sur le cas)**
- Le champ 6 indique s'il s'agit d'un patient gériatrique
- Le champ 7 indique s'il s'agit d'un patient pédiatrique
- Les champs 8-10 renseignent sur **le type de réadaptation (selon DefReha®)**
- Le champ 11 indique s'il s'agit d'un patient nécessitant des soins continus
- Le champ 12 comprend la date du début de la semaine de relevé
- Les champs 13-14 indiquent si le patient est entré ou sorti durant la semaine de relevé
- le champ 15 informe si le patient s'est absenté une ou plusieurs fois pour des durées > 24 heures durant la semaine de relevé
- Les champs **16-34** sont réservés aux items MIF (~~seulement pour les domaines de prestations neurologique, cardio-vasculaire ou pulmonaire~~ selon l'hôpital EBI au lieu de MIF)
- Les champs **35-51** sont réservés aux items EBI (~~seulement pour les domaines de prestations neurologique, cardio-vasculaire ou pulmonaire~~ selon l'hôpital MIF au lieu d'EBI)
- Les champs **52-88** sont réservés aux items HAQ (seulement pour le **domaine de prestations «Autres»**)
- Les champs **89-103** sont réservés aux items CIRS (**seulement pour les domaines de prestations neurologique, cardiovasculaire ou «Autres»**)
- Les champs **104-105** sont réservés à l'échelle de la douleur (seulement pour **le domaine de prestations «Autres»**)
- Les champs **106-107** sont réservés au test de marche de 6 minutes (**seulement pour les domaines de prestations pulmonaire et cardiovasculaire**)
- Les champs **108-122** comprennent les prestations hebdomadaires par groupes de professions
- Les champs **123-128** informent sur les principales dépenses dans la semaine par groupes de coûts (par ex. médicaments, analyses, etc.). Seuls sont inscrits ici les coûts dépassant CHF 300 par groupe de coûts et par semaine. **Veuillez consulter les explications concernant ces lignes en page 5.**

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

5.4. Fichier de données CC

Ces instructions correspondent à celles de SwissDRG SA pour le relevé des données 2014 dans les hôpitaux de soins aigus (SwissDRG SA 2013). Comme elles ont été conçues pour les hôpitaux de soins somatiques aigus, elles comprennent aussi quelques positions de coûts qui ne sont pas pertinentes pour les cliniques de réadaptation et qui ne doivent donc pas être prises en compte (par ex. implants).

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

5.4.1. Coût non-imputables

Sont définis comme coûts non-imputables les coûts qui ne correspondent pas à une prestation du catalogue de l'assurance obligatoire de soins. Ainsi il convient d'exclure des coûts des cas les coûts qui sont à la charge du patient¹, les coûts qui ne concernent pas le patient², les transports primaires ou d'autres prestations non remboursées.

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

5.4.2. Médicaments, implants et matériel médical

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

La différenciation entre

- 1) médicaments et
- 2) produits sanguins

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

La différenciation entre

- 1) implants et
- 2) matériel médical

¹ Par ex. télévision, eau minérale, etc.

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

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

5.4.3. Coûts d'utilisation des immobilisations (CUI)

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

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

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

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

www.swissdrg.org → Relevé SwissDRG → Relevé 2014 (données 2013) → Documentation → Principes et règles pour la détermination des coûts d'utilisation des immobilisations (CUI)

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

5.4.4. Formation universitaire et recherche (FU&R)

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

5.4.5. Livraison des cas privés et semi-privés³

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

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

- la part des coûts qui est prise en charge par l'assurance complémentaire est soustraite au préalable (part des honoraires qui est prise en charge par l'assurance complémentaire, éventuellement les coûts supplémentaires d'hôtellerie ou de soins induits par les classes de lits privés ou semi-privés);
ou
- les honoraires sont livrés in extenso selon le type de médecin traitant (c'est-à-dire selon le format indiqué à l'Annexe 10.3).

5.4.6. Honoraires des médecins

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

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

5.4.7. Format de livraison des coûts par cas

Les données de coûts comportent 29 variables (cf. Figure 6, page 20):

1 variable de préfixe d'enregistrement (CC)

3 variables d'identification du cas: numéro d'identification de l'hôpital (REE), année du relevé et numéro d'identification univoque du cas (= numéro d'identification interne à l'hôpital).

23 variables comprenant les coûts imputables:

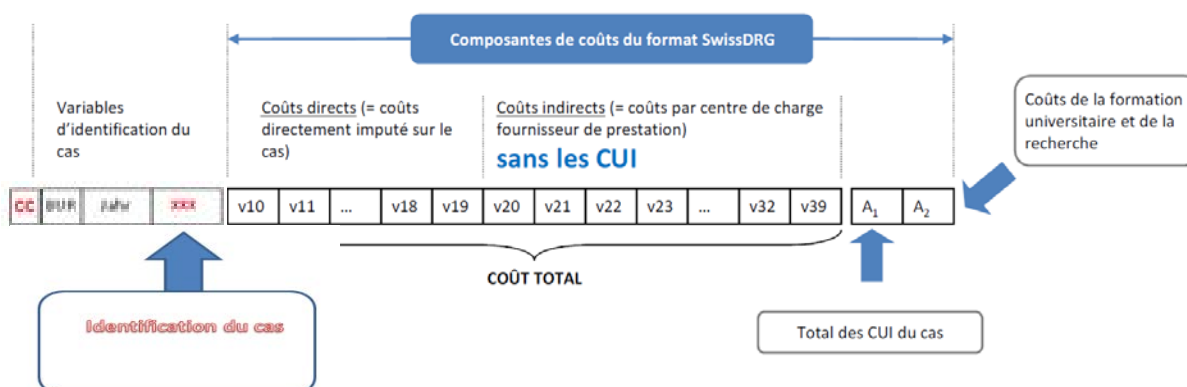
- 9 composantes pour les coûts isolés (v10-v19);
- 14 composantes pour les coûts des centres de charges fournisseurs de prestations selon REKOLE® (v20-v39).

1 variable (A1) comprenant l'ensemble des coûts d'utilisation des immobilisations qui sont compris dans les coûts totaux (composantes v10-v39).

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

Une description détaillée du contenu de ces variables est disponible à l'Annexe 10.3.

Figure 7: Coûts par cas selon les directives de SwissDRG SA



SwissDRG SA[®] (modifié)

5.5. Relevé de données supplémentaire

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

Le relevé de données supplémentaire s'inspire fortement du relevé supplémentaire introduit par SwissDRG SA pour le domaine des soins somatiques aigus. Les prestations concernées ont été définies par le comité de pilotage et peuvent être déduites du fichier Excel séparé. Le relevé est effectué au niveau du cas.

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

Ce fichier Excel est disponible sous: www.swissdrg.org → Réadaptation → Informations sur le relevé

5.6. Questionnaire pour le relevé des données

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

Ce questionnaire est disponible sous: www.swissdrg.org → Réadaptation → Informations sur le relevé

5.7. Questionnaire pour la saisie des coefficients de coûts

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

Ce fichier Excel est disponible sous: www.swissdrg.org → Réadaptation → Informations sur le relevé

5.8. Annonce de livraison des données

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

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

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

Nom des fichiers transmis	Préfixe d'enregistrement	Lignes entières dans le fichier	Date de création
Minimal Dataset MedStat	MB		
Assessments PCS hebdomadaires	RE		
Coûts par cas	CC		
Données supplémentaires	Excel sép.		
Questionnaire pour le relevé des données	Excel sép.	-	
Questionnaire pour la saisie des coefficients de coûts	Excel sép.	-	

6. Date et volume de la livraison des données

Pour les données 2015, les livraisons suivantes sont prévues:

Données de tous les patients relevées durant la période...	Type des données des patients à livrer	Date de la livraison
du 1.1.2015 au 31.12.2015 (toute l'année)	Lignes RE Lignes MB	Jusqu'au 1.3.2016
du 1.1.2015 au 31.12.2015 (toute l'année)	Lignes CC Relevé de données suppl. Questionnaire Questionnaire coefficients de coûts	Jusqu'au 1.5.2016

7. Protection des données

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

8. Transmission des données à la ZHAW

Le nom des données transmises est fixé comme suit:

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

Exemple: Valens_RE_20120822.txt

9. Contacts

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

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

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

10. Annexe: Format de livraison des données

10.1. Format de la statistique médicale OFS (fichier de données MB)

MB Ligne (Minimal Dataset)					
No	Variable	Description	Format	Exemple	Remarques
1	0.1.V01	Préfixe d'enregistrement	AN (2)	MB	
2	0.1.V02	Numéro de l'établissement (satellite santé du REE)	AN (8)	60611111	
3	0.1.V03	Site	AN (5)	8511A	
4	0.1.V04	Canton	AN (2)	SZ	Abréviation OFS du canton
5	0.2.V01	Code de liaison anonyme	AN (16)	A	
6	0.2.V02	Définition du cas	AN (1)	0	A, B, ou C
7	0.3.V01	Questionnaire nouveau-nés	N (1)	0	Devrait être 0 en réadaptation
8	0.3.V02	Questionnaire psychiatrique	N (1)	0	Devrait être 0 en réadaptation
9	0.3.V03	Questionnaire par groupe de patients	N (1)	0	Devrait être 0 en réadaptation
10	0.3.V04	Questionnaire cantonal	N (1)	1	
11	1.1.V01	Sexe	N (1)	.	
12	1.1.V02	Date de naissance (AAAAMMJJ)	N (8)	.	
13	1.1.V03	Age à l'admission	N (3)		
14	1.1.V04	Domicile (région)	AN (4)	.	
15	1.1.V05	Nationalité	AN (3)	.	
16	1.2.V01	Date et heure d'admission (AAAAMMJJhh)	N (10)	2015113009	
17	1.2.V02	Séjour avant l'admission	N (1)		
18	1.2.V03	Mode d'admission	N (1)		
19	1.2.V04	Décision d'envoi	N (1)		
20	1.3.V01	Préfixe de prise en charge	N (1)		
21	1.3.V02	Classe	N (1)		
22	1.3.V03	Séjour en soins intensifs (heures révolues)	N (4)	.	
23	1.3.V04	Congés administratifs, vacances (heures révolues)	N (4)		
24	1.4.V01	Centre de prise en charge des coûts	AN (4)	M950	
25	1.4.V02	Prise en charge des soins de base	N (1)		
26	1.5.V01	Date et heure de sortie (AAAAMMJJhh)	N (10)		
27	1.5.V02	Décision de sortie	N (1)		
28	1.5.V03	Séjour après la sortie	N (1)		
29	1.5.V04	Prise en charge après la sortie	N (1)		
30	1.6.V01	Diagnostic principal	AN (5)		
31	1.6.V02	Complément au diagnostic principal	AN (5)		
32	1.6.V03	1 ^{er} diagnostic supplémentaire	AN (5)		
...	1.6.V0...	...	AN (5)		
39	1.6.V10	8 ^e diagnostic supplémentaire	AN (5)		
40	1.7.V01	Traitement principal	AN (5)		
41	1.7.V02	Début du traitement principal (AAAAMMJJhh)	N (10)		
42	1.7.V03	1 ^{er} traitement supplémentaire	AN (5)		
...	1.7.V...	...	AN (5)		
50	1.7.V11	9 ^e traitement supplémentaire	AN (5)		
51	FID	Numéro d'identification du cas	AN(16)	1122334455	Numéro du cas interne à la clinique

10.2. Format des assessments PCS hebdomadaires (fichier RE)

No	Variable	Description	Format	Exemple	Echelle	Remarques
1	7.01.V01	Préfixe d'enregistrement	N (2)	RE		
2	7.01.V02	Numéro de l'établissement (satellite santé du REE)	AN(8)			
3	7.01.V03	Relevé des données de prestations et de coûts pour la semaine de référence	N (1)	0	0 1	0 = non; 1 = oui
4	FID	Numéro d'identification du cas	AN(16)	1122334455		Numéro du cas interne à la clinique
5	7.02.V02	Domaine de prestations – Résultat des questions	N (1)	1		1 = neurologique; 2 = cardiovasculaire; 3 = pulmonaire; 4 = autres
6	7.02.V03	Patient gériatrique	N (1)	1	0 1	0 = non; 1 = oui (au cas où un spécialiste en gériatrie participe à la prestation)
7	7.02.V04	Patient pédiatrique	N (1)	0	0 1	0 = non; 1 = oui (au cas où un pédiatre participe à la prestation)
8	7.02.V05	Type de réadaptation (selon DefReha [®])	N (2)	4	1 – 10	1 = gériatrique 2 = interne 3 = cardiovasculaire 4 = musculosquelettique 5 = neurologique 6 = oncologique 7 = pédiatrique 8 = en cas de paraplégie 9 = psychosomatique 10 = pulmonaire 99 = pas de mention
9	7.02.V06	Type de réadaptation (selon DefReha [®]) 2 ^e mention	N (2)	4	1 – 10	1 = gériatrique 2 = interne 3 = cardiovasculaire 4 = musculosquelettique 5 = neurologique 6 = oncologique 7 = pédiatrique 8 = en cas de paraplégie 9 = psychosomatique 10 = pulmonaire 99 = pas de 2 ^e mention
10	7.02.V07	Type de réadaptation (selon DefReha [®]) 3 ^e mention	N (2)	4	1 – 10	1 = gériatrique 2 = interne 3 = cardiovasculaire 4 = musculosquelettique 5 = neurologique 6 = oncologique 7 = pédiatrique 8 = en cas de paraplégie 9 = psychosomatique 10 = pulmonaire 99 = pas de 3 ^e mention
11	7.02.V08	Réadaptation intensive	N (1)	2	0 1	0 = non; 1 = oui (possible uniquement pour les réadaptations interne, cardiaque, musculosquelettique, neurologique, oncologique et pulmonaire)

12	7.02.V09	Date du début de la semaine de relevé (AAAAMMJJ)	N (8)	20150601		Doit être un lundi, sauf en cas d'admission durant la semaine de relevé. Peut être n'importe quel jour de la semaine si le jour de relevé est déterminé par l'admission
13	7.02.V10	Date d'admission si elle a lieu durant la semaine de relevé (AAAAMMJJ)	N (8)	20150601		Doit être laissé vide si l'admission n'est pas intervenue durant la semaine de relevé
14	7.02.V11	Date de sortie si elle a lieu durant la semaine de relevé (AAAAMMJJ)	N (8)	20150601		Doit être laissé vide si l'admission n'est pas intervenue durant la semaine de relevé
15	7.02.V12	Absences (nombre d'heures durant la semaine de relevé)	N (3)		48	Nombre d'heures complètes si une ou plusieurs absences >24 heures durant la semaine de relevé et qu'une place est restée attribuée au patient. A remplir uniquement si l'absence ne comporte pas de prestations de réadaptation 0 si ≤24 heures
MIF (cf. Manuel des procédures de l'ANQ version 2.0)						
16	7.03.V01	Date du relevé de la MIF (AAAAMMJJ)	N (8)	20150601		Seul, pour les domaines de prest. Neuro, Cardio ou Pulmo; Soit MIF soit EBI
17	7.03.V02	Manger / Boire	N (1)		1 à 7	
18	7.03.V03	Soins corporels	N (1)		1 à 7	
19	7.03.V04	Bain / Douche / Toilette	N (1)		1 à 7	
20	7.03.V05	Habillage en haut	N (1)		1 à 7	
21	7.03.V06	Habillage en bas	N (1)		1 à 7	
22	7.03.V07	Utilisation des toilettes	N (1)		1 à 7	
23	7.03.V08	Contrôle de la vessie	N (1)		1 à 7	
24	7.03.V09	Contrôle des intestins	N (1)		1 à 7	
25	7.03.V10	Transfert lit / chaise / chaise roulante	N (1)		1 à 7	
26	7.03.V11	Transfert aux toilettes	N (1)		1 à 7	
27	7.03.V12	Transfert douche / baignoire	N (1)		1 à 7	
28	7.03.V13	Marche / chaise roulante	N (1)		1 à 7	
29	7.03.V14	Montée des escaliers	N (1)		1 à 7	
30	7.03.V15	Compréhension	N (1)		1 à 7	
31	7.03.V16	Expression	N (1)		1 à 7	
32	7.03.V17	Comportement social	N (1)		1 à 7	
33	7.03.V18	Résolution de problème	N (1)		1 à 7	
34	7.03.V19	Mémoire	N (1)		1 à 7	
EBI (cf. Manuel des procédures de l'ANQ version 2.0)						
35	7.04.V01	Date du relevé de l'EBI (AAAAMMJJ)	N (8)	20150601		Seul, pour les domaines de prest. Neuro, Cardio ou Pulmo; Soit MIF soit EBI
36	7.04.V02	Manger / Boire	N (1)		0 2 3 4	
37	7.04.V03	Soins personnels	N (1)		0 1 2 3 4	
38	7.04.V04	Habillage/déshabillage	N (1)		0 1 2 4	
39	7.04.V05	Bain / douche/ toilette corporelle	N (1)		0 1 2 3 4	
40	7.04.V06	Passage de la chaise roulante au lit	N (1)		0 1 2 4	
41	7.04.V07	Déplacement sur sol plat	N (1)		0 1 2 3 4	
42	7.04.V08	Monter/descendre des escaliers	N (1)		0 1 2 4	

43	7.04.V09	Utilisation des toilettes	N (1)		0 1 2 4	
44	7.04.V10	Contrôle anal	N (1)		0 2 3 4	
45	7.04.V11	Contrôle des intestins	N (1)		0 1 3 4	
46	7.04.V12	Compréhension	N (1)		1 3 4	
47	7.04.V13	Intelligibilité	N (1)		0 1 3 4	
48	7.04.V14	Interaction sociale	N (1)		0 2 4	
49	7.04.V15	Résolution de problème	N (1)		0 2 4	
50	7.04.V16	Mémoire, capacité d'apprentissage, orientation.	N (1)		0 1 2 3 4	
51	7.04.V17	Vue / Neglect	N (1)		0 1 3 4	
HAQ (cf. Manuel des procédures de l'ANQ version 2.0 et chapitre 4.4 Processus de relevé, page 10)						
52	7.05.V01	Date du relevé du HAQ (AAAAMMJJ)	N (8)	20150601		Seul. pour le domaine de prestations Autres
53	7.05.V11	S'habiller (haq1)	N (1)		0 à 3	
54	7.05.V12	Se laver les cheveux (haq1)	N (1)		0 à 3	
55	7.05.V21	Se lever d'une chaise (haq2)	N (1)		0 à 3	
56	7.05.V22	Se mettre au lit, se lever du lit (haq2)	N (1)		0 à 3	
57	7.05.V31	Couper la viande avec un couteau (haq3)	N (1)		0 à 3	
58	7.05.V32	Porter un verre aux lèvres (haq3)	N (1)		0 à 3	
59	7.05.V33	Ouvrir une brique de boisson (haq3)	N (1)		0 à 3	
60	7.05.V41	Marcher en terrain plat (haq4)	N (1)		0 à 3	
61	7.05.V42	Monter des marches (haq4)	N (1)		0 à 3	
62	7.05.V13	Aide à l'habillement / aux soins corporels (haq1)	N (1)		0 1	
63	7.05.V23	Aide pour se lever (haq2)	N (1)		0 1	
64	7.05.V34	Aide pour manger (haq3)	N (1)		0 1	
65	7.05.V43	Aide pour marcher (haq4)	N (1)		0 1	
66	7.05.V14	Aide pour s'habiller / soins corporels (haq5)	N (1)		0 1	
67	7.05.V24	Aide pour se lever (haq2)	N (1)		0 1	
68	7.05.V35	Aide pour manger (haq3)	N (1)		0 1	
69	7.05.V44	Aide pour marcher (haq4)	N (1)		0 1	
70	7.05.V51	Se laver / sécher (haq5)	N (1)		0 à 3	
71	7.05.V52	Prendre un bain (haq5)	N (1)		0 à 3	
72	7.05.V53	Aller aux toilettes (haq5)	N (1)		0 à 3	
73	7.05.V61	Soulever deux kilos au-dessus de la tête (haq6)	N (1)		0 à 3	
74	7.05.V62	Se baisser pour ramasser un vêtement (haq6)	N (1)			
75	7.05.V71	Ouvrir une porte de voiture (haq7)	N (1)		0 à 3	
76	7.05.V72	Dévisser le couvercle d'un pot (déjà ouvert une fois) (haq7)	N (1)		0 à 3	
77	7.05.V73	Ouvrir et fermer un robinet (haq7)	N (1)		0 à 3	
78	7.05.V81	Faire ses courses (haq8)	N (1)		0 à 3	
79	7.05.V82	Monter et descendre de voiture (haq8)	N (1)		0 à 3	
80	7.05.V83	Travaux ménagers ou jardinage (haq8)	N (1)		0 à 3	
81	7.05.54	Aide pour les soins corporels (haq5)	N (1)		0 à 3	
82	7.05.V63	Aide pour lever (haq6)	N (1)		0 1	
83	7.05.V74	Aide pour attraper et ouvrir (haq7)	N (1)		0 1	
84	7.05.V84	Aide pour d'autres activités (haq8)	N (1)		0 1	
85	7.05.V55	Aide pour les soins corporels	N (1)		0 1	

		(haq5)				
86	7.05.V64	Aide pour lever (haq6)	N (1)		0 1	
87	7.05.V75	Aide pour attraper et ouvrir (haq7)	N (1)		0 1	
88	7.05.V85	Aide pour les courses et les travaux ménagers (haq8)	N (1)		0 1	
CIRS (cf. Manuel des procédures de l'ANQ version 2.0)						
89	7.06.V01	Date du relevé du CIRS (AAAAMMJJ)	N (8)		0 1	Seul. pour les domaines de prest. Neuro, Cardio et Autres
90	7.06.V02	Cœur uniquement	N (1)		0 à 4	
91	7.06.V03	Hypertension artérielle (sans complications - elles sont évaluées séparément pour chaque système d'organes)	N (1)		0 à 4	
92	7.06.V04	Système vasculo-hématopoïétique	N (1)		0 à 4	
93	7.06.V05	Poumons et voies respiratoires	N (1)		0 à 4	
94	7.06.V06	ORL et yeux	N (1)		0 à 4	
95	7.06.V07	Tractus gastro-intestinal supérieur	N (1)		0 à 4	
96	7.06.V08	Tractus gastro-intestinal inférieur	N (1)		0 à 4	
97	7.06.V09	Foie, bile et pancréas	N (1)		0 à 4	
98	7.06.V10	Reins	N (1)		0 à 4	
99	7.06.V11	Voies urogénitales	N (1)		0 à 4	
100	7.06.V12	Appareil locomoteur et peau	N (1)		0 à 4	
101	7.06.V13	Système nerveux	N (1)		0 à 4	
102	7.06.V14	Système endocrinien, métabolisme	N (1)		0 à 4	
103	7.06.V15	Troubles psychiques	N (1)		0 à 4	
Douleur (cf. chapitre 4.4, Processus de relevé, page 10)						
104	7.07.V01	Date du relevé des douleurs (AAAAMMJJ)	N (8)			Seul. pour le domaine de prestations Autres
105	7.07.V02	Echelle de la douleur	N (2)		00 à 10	
Test de marche des 6 minutes						
106	7.08.V01	Date du relevé du test de marche (AAAAMMJJ)	N (8)			Seul. pour le domaine de prestations Pulmo
107	7.08.V02	Test de marche des 6 minutes (mètres)	N (4)		0 à 1000	(Des valeurs de 0 à 1000 mètres sont plausibles) 0 si le test ne peut pas être effectué en raison de l'état de santé du patient
Soins						
108	7.10.V01	Soins (minutes durant la semaine de relevé)	N (5)			Arrondi en minutes entières 0 si aucune minute de prestation durant la semaine de relevé
109	7.10.V02	Médecins (minutes durant la semaine de relevé)	N (5)			Arrondi en minutes entières 0 si aucune minute de prestation durant la semaine de relevé
110	7.10.V03	Physiothérapie (minutes durant la semaine de relevé)	N (5)			Arrondi en minutes entières 0 si aucune minute de prestation durant la semaine de relevé
111	7.10.V04	Thérapie du mouvement/du sport (minutes durant la semaine de relevé)	N (5)			Arrondi en minutes entières 0 si aucune minute de prestation durant la semaine de relevé
112	7.10.V05	Ergothérapie (minutes durant la semaine de relevé)	N (5)			Arrondi en minutes entières 0 si aucune minute de prestation durant la semaine de relevé

113	7.10.V06	Thérapie respiratoire (minutes durant la semaine de relevé)	N (5)			Arrondi en minutes entières 0 si aucune minute de prestation durant la semaine de relevé
114	7.10.V07	Neuropsychologie (minutes durant la semaine de relevé)	N (5)			Arrondi en minutes entières 0 si aucune minute de prestation durant la semaine de relevé
115	7.10.V08	Psychologie clinique (minutes durant la semaine de relevé)	N (5)			Arrondi en minutes entières 0 si aucune minute de prestation durant la semaine de relevé
116	7.10.V09	Logopédie (minutes durant la semaine de relevé)	N (5)			Arrondi en minutes entières 0 si aucune minute de prestation durant la semaine de relevé
117	7.10.V10	Consultation en diabétologie (minutes durant la semaine de relevé)	N (5)			Arrondi en minutes entières 0 si aucune minute de prestation durant la semaine de relevé
118	7.10.V11	Consultation en nutrition (minutes durant la semaine de relevé)	N (5)			Arrondi en minutes entières 0 si aucune minute de prestation durant la semaine de relevé
119	7.10.V12	Consultation en cas d'insuffisance cardiaque	N (5)			Arrondi en minutes entières 0 si aucune minute de prestation durant la semaine de relevé
120	7.10.V13	Médecine traditionnelle chinoise (minutes durant la semaine de relevé)	N (5)			Arrondi en minutes entières 0 si aucune minute de prestation durant la semaine de relevé
121	7.10.V14	Service social (minutes durant la semaine de relevé)	N (5)			Arrondi en minutes entières 0 si aucune minute de prestation durant la semaine de relevé
122	7.10.V15	Autres thérapies (minutes durant la semaine de relevé)	N (5)			Arrondi en minutes entières 0 si aucune minute de prestation durant la semaine de relevé
123	7.10.V16	CHF médicaments, durant la semaine de relevé	N (6)			Arrondi en CHF 0 si aucune prestation durant la semaine de relevé
124	7.10.V17	CHF examens, durant la semaine de relevé	N (6)			Arrondi en CHF 0 si aucune prestation durant la semaine de relevé
125	7.10.V18	CHF laboratoire, durant la semaine de relevé	N (6)			Arrondi en CHF 0 si aucune prestation durant la semaine de relevé
126	7.10.V19	CHF matériel, durant la semaine de relevé	N (6)			Arrondi en CHF 0 si aucune prestation durant la semaine de relevé
127	7.10.V20	CHF coûts de transports durant la semaine de relevé	N (6)			Arrondi en CHF 0 si aucune prestation durant la semaine de relevé
128	7.10.V21	CHF autres coûts, durant la semaine de relevé	N (6)			Arrondi en CHF 0 si aucune prestation durant la semaine de relevé

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

No	Variable	Description	Format	Exemple	Facturation
1	CC	Préfixe d'enregistrement	AN(2)	CC	
2	REE	Numéro d'identification de l'hôpital (REE)	AN(8)		
3	year	Année du relevé	N(4)		
4	FID	Numéro d'identification du cas FID	AN(16)	1122334455	
Coûts directs					Plan comptable H+
5	v10	Médicaments	N (10)	12000	400
6	v11	Sang et produits sanguins			400
7	v12	Implants	N (10)		401
8	v13	Matériel médical	N (10)		401
9	v14	Honoraires de médecins, médecins d'hôpitaux	N (10)		380
10	v15	Honoraires de médecins, médecins agréés (assujettis aux charges sociales)	N (10)		381
11	v16	Honoraires de médecins, médecins agréés (non assujettis aux charges sociales)	N (10)		405*
12	v17	Ressources pour certificats et expertises	N (10)		386
13	v19	Autres coûts directs	N (10)		403+404+405**+ 480+484+485+486
Coûts indirects					Centres de charges obligatoires REKOLE
14	v20	Salles d'opération	N (10)		(20)
15	v21	Unités de soins intensifs (SI) et soins continus (intermediate care IC)	N (10)		(24)
16	v22	Urgences	N (10)		(25)
17	v23	Imagerie médicale et médecine nucléaire	N (10)		(26) + (28)
18	v24	Laboratoire (dons de sang inclus)	N (10)		(29)
19	v25	Dialyses	N (10)		(30)
20	v26	Corps médical	N (10)		(31)
21	v27	Thérapies non médicales et conseil (physiothérapie, ergothérapie, logopédie, conseil en diététique, thérapie d'activation)	N (10)		(32)+(33)+ (34)+(35)
22	v28	Diagnostic médical et thérapeutique	N (10)		(36)
23	v29	Service de soins	N (10)		(39)
24	v30	Hôtellerie	N (10)		(41)+(42)+(43)
25	v31	Salle d'accouchement	N (10)		(27)
26	V32	Anesthésie			(23)
27	v39	Autres fournisseurs de prestations (administration des patients; centrale d'intervention et d'urgences; service de sauvetage et d'ambulance)	N (10)		(44)+(45)+(10)+(77)***
Variables supplémentaires (dont)					Plan comptable H+
28	A1	Ensemble des charges d'utilisation des immobilisations du cas (= somme des charges d'utilisation des immobilisations du cas comprises dans les composantes v20 à v39)	N (10)		442+444+ 448
29	A2	Coûts de la formation universitaire et de la recherche	N (10)		-

* Seulement la partie Honoraires du compte 405 (cf. REKOLE, Plan comptable H+)

** Sans les honoraires (cf. REKOLE, Plan comptable H+)

*** Sans les coûts des transports primaires

11. Extrait du Manuel de codage OFS

Manuel de codage. Le manuel officiel des règles de codage en Suisse Version 2015
(Office fédéral de la statistique 2014)

D15c Transferts

Transfert pour suite de soins

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

En présence de plusieurs diagnostics, le diagnostic principal est choisi selon de la définition du diagnostic principal (règle G52).

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

Exemple 1

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

L'hôpital B code :

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

Exemple 2

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

L'hôpital B code :

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

Exemple 3

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

La clinique de réadaptation code :

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

Exemple 4

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

La clinique de réadaptation code :

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

12. Références

ANQ (2013). Plan national de mesure Réadaptation (modules 2 et 3): Manuel des procédures.

ANQ (2014). Plan national de mesure Réadaptation. Données des années 2013 - 2014. Manuel des données. Modules 2 et 3.

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

Office fédéral de la statistique OFS (2014). Manuel de codage - Le manuel officiel des règles de codage en Suisse - Version 2015. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique.

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

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

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

SwissDRG SA (2011) Documentation du relevé SwissDRG 2012 – Version actualisée.

SwissDRG SA (2013). Documentation du relevé SwissDRG 2014.