



## Documentation du relevé SwissDRG 2017

Format et contenu des données

Procédure de livraison des données

Relevé détaillé des médicaments, implants et procédés onéreux

Version du 04.01.2017	
-----------------------	--

© 2016 SwissDRG SA, Berne, Schweiz

## Sommaire

<b>1. APERÇU DU RELEVÉ 2017 .....</b>	<b>3</b>
1.1. DÉLAIS .....	3
1.2. CONTACTS.....	3
1.3. FORMAT .....	3
1.4. CODAGE .....	3
1.5. LISTE DES ARTICLES.....	4
1.6. RELEVÉ DÉTAILLÉ .....	4
<b>2. LIVRAISON DES DONNÉES 2017.....</b>	<b>4</b>
2.1. PREMIÈRE LIVRAISON DE DONNÉES D'UN HÔPITAL .....	4
2.2. UPLOAD-TOOL.....	4
2.3. TÉLÉCHARGEMENT DES DONNÉES.....	4
<b>3. DÉLIMITATION ET MÉTHODE DE CALCUL DES COÛTS PAR CAS.....</b>	<b>5</b>
3.1. MÉTHODE DE COMPTABILITÉ ANALYTIQUE .....	5
3.2. COÛTS IMPUTABLES .....	5
3.3. MATÉRIEL MÉDICAL, MÉDICAMENTS ET PRODUITS SANGUINS.....	5
3.4. IMPLANTS ET MATÉRIEL MÉDICAL .....	5
3.5. LES COÛTS D'UTILISATION DES IMMOBILISATIONS (CUI) .....	6
3.6. FORMATION UNIVERSITAIRE ET RECHERCHE (FU&R) .....	6
3.7. CAS DE CLASSE PRIVÉ OU SEMI-PRIVÉ .....	6
<b>4. DÉLIMITATION DES CAS À LIVRER .....</b>	<b>7</b>
4.1. DÉFINITION DES CAS SWISSDRG.....	7
4.2. SORTIES INTERMÉDIAIRES ET RÉADMISSIONS.....	7
4.3. LIVRAISON DE CAS REGROUPÉS .....	7
4.4. CAS À LIVRER .....	7
<b>5. FORMAT DE LA LIVRAISON DES DONNÉES .....</b>	<b>8</b>
5.1. RÉCAPITULATIF.....	8
5.2. DONNÉES DE LA STATISTIQUE MÉDICALE .....	8
5.2.1. <i>Format</i> .....	8
5.2.2. <i>Saisie des médicaments/substances chers</i> .....	9
5.3. DONNÉES DE COÛTS PAR CAS .....	10
5.3.1. <i>Format</i> .....	10
5.3.2. <i>Variables</i> .....	11
5.3.3. <i>Stroke Unit</i> .....	11
5.3.4. <i>Honoraires des médecins</i> .....	11
<b>6. APRÈS LA LIVRAISON DES DONNÉES .....</b>	<b>12</b>
6.1. PLAUSIBILISATION AUTOMATIQUE DES DONNÉES .....	12
6.2. NOUVELLE LIVRAISON DES DONNÉES .....	12
<b>7. RELEVÉ DÉTAILLÉ .....</b>	<b>13</b>
7.1. INFORMATIONS GÉNÉRALES .....	13
7.2. PAGE D'ACCUEIL.....	14
7.3. MÉDICAMENTS .....	14
7.4. IMPLANTS .....	14
7.5. PROCÉDÉS ONÉREUX .....	15
7.6. COEURS ARTIFICIELS .....	17
7.7. PRESTATIONS FINANCÉES PAR DES TIERS .....	17
<b>8. PROTECTION DES DONNÉES.....</b>	<b>17</b>

<b>9. RÉFÉRENCES.....</b>	<b>17</b>
<b>10. CONTACTS .....</b>	<b>18</b>
<b>11. ANNEXES .....</b>	<b>18</b>
ANNEXE A.....	18
ANNEXE B.....	19
ANNEXE C.....	20
ANNEXE D.....	20
<i>Nouveau format du fichier des coûts par cas .....</i>	<i>20</i>
<i>Ancien format du fichier des coûts par cas.....</i>	<i>23</i>

## Table des illustrations

Figure 1: exemple statistique médicale .....	9
--	---

## 1. Aperçu du relevé 2017

### 1.1. Délais

- Date du début du relevé **01.03.2017**
- Le relevé 2017 concerne les **données de l'année 2016**.
- Les données doivent contenir des données de coûts et de prestations.
- Pour recevoir l'accès au Webfeedback, la livraison complète des données doit être effectuée jusqu'au **30.04.2017**.
- **Une livraison complète des données doit impérativement être effectuée jusqu'au 15.05.2017. Toute livraison après cette date est considérée comme livraison ultérieure.**
- **Du 16.05.2017 au 31.05.2017 des livraisons ultérieures ne sont acceptées que si une première livraison a été effectuée jusqu'au 15.05.2017.**
- Après expiration de ce délai, aucune ultérieure livraison de données n'est acceptée.
- Les hôpitaux qui téléchargent des données à SwissDRG SA jusqu'au **31.05.2017**, reçoivent un feedback restreint sur les données livrées (examen de plausibilisation).

### 1.2. Contacts

Monsieur Ivan Jivkov                      Tél. +41 (31) 544 12 29  
Relevé des données: [datenerhebung@swissdrg.org](mailto:datenerhebung@swissdrg.org)

Monsieur Rémi Guidon                    Tél. +41 (31) 544 12 26  
Relevé des données: [datenerhebung@swissdrg.org](mailto:datenerhebung@swissdrg.org)

### 1.3. Format

Les données de la statistique médicale doivent être saisies comme jusqu'à présent. Dès 2016, une nouvelle variable „âge gestationnel \_12M“ doit être saisie. (4.8.V16). Pour la statistique médicale cette variable doit être livrée encodée. Pour SwissDRG SA la variable doit être livrée non codée, si possible.

Pour le téléchargement des données via l'interface web, les fichiers doivent correspondre aux critères minimaux selon l'annexe B. Ces critères minimaux ont été révisés et adaptés par rapport à l'année précédente. **Il est à noter**, que pour la livraison 2017 (données 2016) le fichier des coûts par cas peut être livré en deux formats : d'une part dans le format utilisé jusqu'à présent (par ex, pour la livraison du relevé 2016), d'autre part dans le nouveau format (conseillé) adapté au relevé de l'unité finale d'imputation selon REKOLE®. Voir annexe D.

### 1.4. Codage

Codage selon les directives de l'OFS valable pour les données 2016, notamment :

- codage des interventions selon la **CHOP 2016**
- codage des diagnostics selon la **ICD-10 GM 2014**
- manuel de codage médical, **Version 2016**

---

### 1.5. Liste des articles

Dans la liste de l'annexe A est précisée l'attribution des coûts de certains produits aux composantes de coûts correspondants. Dans le relevé des données SwissDRG 2016, la liste révisée et harmonisée selon REKOLE® est déterminante. Cette liste est publiée sur le site de SwissDRG SA ([liste des articles pour l'imputation obligatoire des coûts directs](#)).

### 1.6. Relevé détaillé

Le relevé détaillé ainsi que la documentation du relevé 2016 adaptée sont spécifiés sous chapitre 7.

## 2. Livraison des données 2017

### 2.1. Première livraison de données d'un hôpital

Le document introductif contient les informations essentielles pour les hôpitaux qui participent pour la première fois au relevé SwissDRG ([Document introductif pour les nouveaux hôpitaux](#)). Pour de plus amples informations, veuillez-vous adresser directement aux personnes de contact.

### 2.2. Upload-Tool

La livraison des données à SwissDRG SA s'effectue par l'intermédiaire d'une interface Web sécurisée ([interface Web](#)). Toute la communication entre SwissDRG SA et les hôpitaux s'effectue par l'intermédiaire de l'interface. Cela inclut notamment tout le domaine des feedbacks au sujet des cas erronés et le webfeedback.

Chaque personne qui veut accéder à l'Upload-Tool, doit d'abord créer un compte. Chaque hôpital dispose de trois comptes. Les comptes existants restent valables et peuvent être utilisés.

### 2.3. Téléchargement des données

- La procédure de livraison comprend principalement trois étapes:
- Remplir le questionnaire avec les informations spécifiques de l'hôpital.
- Charger les données par l'interface. Les détails pour le format des fichiers des données sont présentés dans les annexes B, C et D de ce document.
- Recevoir une confirmation de réception des données. Si vous ne recevez pas cette confirmation, la transmission des données n'a pas abouti. Dans ce cas, veuillez prendre note du ou des messages d'erreur et téléchargez une nouvelle fois les fichiers adaptés.

### 3. Délimitation et méthode de calcul des coûts par cas

#### 3.1. Méthode de comptabilité analytique

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

#### 3.2. Coûts imputables

Sont définis comme imputables, tous les coûts des prestations compris dans le catalogue des prestations LAMal. Le catalogue des prestations LAMal est aussi valable pour l'AA, l'AI et l'AM.

Sont définis comme non imputables, tous les coûts des prestations qui ne sont pas compris dans le catalogue des prestations LAMal. Ainsi, les frais à la charge du patient, les coûts non liés aux patients, les transports primaires ou autres prestations non remboursées par l'assurance obligatoire des soins, ne doivent pas être inclus dans les coûts par cas. De plus, les coûts des prestations d'intérêt général (art. 49, al. 3 LAMal) qui sont contenus dans les coûts par cas doivent être retirés. C'est notamment le cas des coûts de la formation universitaire et de la recherche.

#### 3.3. Matériel médical, médicaments et produits sanguins

Les médicaments et les produits sanguins doivent tous être saisis en coûts directs (recommandé, voir REKOLE®, p. 274.), mais au minimum tous ceux dont le coût du traitement médicamenteux est supérieur à 1'000 francs par cas. La distinction entre

- 1) médicaments (v101, respectivement v10 pour la livraison selon le relevé 2016) et
- 2) produits sanguins (v102, respectivement v11 pour la livraison selon le relevé 2016)

dans le compte H+ 400 « médicaments (sang et produits sanguins inclus) » est judicieuse pour le calcul de la structure tarifaire, il est recommandé de faire la distinction si possible. Si la distinction n'est pas réalisable, l'intégralité des coûts pour les médicaments et produits sanguins doit être contenue dans la composante « médicaments » v101 (respectivement v10 pour la livraison selon le relevé 2016)). Le cas échéant, nous vous remercions de nous le signaler dans le questionnaire, à la question prévue à cet effet.

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

#### 3.4. Implants et matériel médical

Les implants et le matériel médical doivent tous être saisis en coûts directs (recommandé, voir REKOLE®, p. 274.), mais au minimum tous ceux dont le coût du traitement médicamenteux est supérieur à 1'000 francs par cas. La distinction entre

- 1) matériel médical (v103, respectivement v13 pour la livraison selon le relevé 2016) et
- 2) Implants (v104, respectivement v12 pour la livraison selon le relevé 2016)

dans le compte H+ 401 „Matériel, instruments, ustensiles, textiles“ est judicieuse pour le calcul de la structure tarifaire, il est recommandé de faire la distinction si possible. Si la distinction n'est pas réalisable, l'intégralité des coûts pour les implants et le matériel médical doit être contenue dans la composante « implant » v104 (respectivement v12 pour la livraison selon le relevé 2016). Le cas échéant, nous vous remercions de nous le signaler dans le questionnaire, à la question prévue à cet effet.

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

### 3.5. Les coûts d'utilisation des immobilisations (CUI)

Les CUI correspondent aux comptes 442, 444 et 448 du plan comptable H+. Le calcul des CUI par cas doit refléter la consommation effective des ressources de l'utilisation des immobilisations. Dans l'ancien format du fichier des coûts par cas, on entend par coût d'utilisation des immobilisations l'ensemble des coûts liés à l'utilisation des immobilisations. Dans le nouveau format adapté les CUI dans les frais généraux doivent être déclarés séparément dans les composantes de coûts correspondantes. Selon le nouveau format du fichier des coûts par cas, les frais généraux par variable sont déclarés d'une part exclus les CUI et d'autre part la part de CUI de la même variable est déclarée.

SwissDRG SA exige le calcul des CUI selon la méthode REKOLE®. Les principes et règles pour la détermination des coûts d'utilisation des immobilisations selon REKOLE® sont disponibles sur le site de SwissDRG SA à l'adresse suivante ([Principes et règles pour la détermination des coûts d'utilisation des immobilisations \(CUI\)](#)).

### 3.6. Formation universitaire et recherche (FU&R)

Selon les bases légales (LAMal, art. 49 et OCP, art. 7), la formation universitaire et la recherche sont des coûts non imputables. Ces coûts ne sont donc pas financés par le système SwissDRG. Dès lors, ces coûts doivent être retirés des coûts par cas et, si possible, identifiés au niveau du cas v430 ou v431 (respectivement A2 pour livraison selon relevé 2016). Si la suppression de ces coûts n'est pas réalisable, l'hôpital n'effectue aucun ajustement, mais l'indique dans le questionnaire, à la question prévue à cet effet.

### 3.7. Cas de classe privé ou semi-privé

Tous les cas stationnaires de soins somatiques aigus ayant des coûts complets (indépendamment de la classe du lit, variable 1.3.V02 dans la statistique médicale) et qui se situent dans le champ d'application SwissDRG sont utilisés pour le développement de la structure tarifaire. Cependant, les surcoûts liés à la classe du lit doivent être nettoyés avant la livraison des données. Dans l'idéal, l'hôpital lui-même procède à ce nettoyage avant la livraison des données. Au cas contraire, SwissDRG SA doit effectuer une décote approximative, ce qui peut conduire à des imprécisions et dans le cas extrême à l'exclusion de cas. Pour cette raison, SwissDRG SA recommande aux hôpitaux de procéder aux ajustements correspondants avant le téléchargement des données.

---

## 4. Délimitation des cas à livrer

### 4.1. Définition des cas SwissDRG

Il est impérativement nécessaire de coder la variable 4.8.V01 « Statut DRG » de la statistique médicale de l'OFS. Elle est utilisée lors du développement de la structure tarifaire pour sélectionner les cas SwissDRG.

### 4.2. Sorties intermédiaires et réadmissions

Dans la statistique médicale, les sorties intermédiaires et réadmissions sont saisies dans les variables 4.7.V01 à 4.7.V33.

### 4.3. Livraison de cas regroupés

Les cas regroupés pour une réadmission ou un transfert doivent être livrés dans chaque fichier comme un seul cas.

### 4.4. Cas à livrer

Les hôpitaux livrent à SwissDRG SA tous les cas stationnaires de soins somatiques aigus, désignés dans la statistique médicale comme cas de **statistique A** (Variable 0.2.V02), ayant des coûts complets et qui se situent dans le champ d'application SwissDRG (Variable 4.8.V01 = 1). Ne sont pas considérés comme coûts complets si:

- pour des high-outliers, les coûts des traitements antérieurs à l'année du relevé n'ont pas été comptabilisés sur le cas.
- une partie des honoraires ou des prestations de tiers n'a pas pu être comptabilisée (p.ex. en attente de facturation, facture non disponible, etc.) lors de l'établissement de la comptabilité analytique).

Sont également livrés tous les cas de réadaptation neurologique précoce, de médecine palliative ou de paraplégiologie ayant des coûts complets, mais qui ne se situent pas dans le champ d'application SwissDRG. Ces cas présentent la saisie „0“ dans la variable 4.8.V01..

Les cas sont livrés indépendamment de la classe du lit (classe de lit occupée dans le cadre du séjour hospitalier, variable 1.3.V02 dans la statistique médicale). Autrement dit sont livrés les cas communs, mi- privés et privés. Comme mentionné, les hôpitaux sont invités à exclure **les surcoûts liés à la classe du lit** avant la livraison des données (p.ex. honoraires privés des médecins hospitaliers, part privée des honoraires des médecins agréés, etc.). L'hôpital doit documenter cet ajustement dans le questionnaire du relevé.



## 5. Format de la livraison des données

### 5.1. Récapitulatif

Pour le relevé 2017 aussi bien le nouveau que l'ancien format SwissDRG du fichier des coûts par cas sont acceptés. Le nouveau format SwissDRG constitue le format officiel du relevé SwissDRG et correspond au relevé de l'unité finale d'imputation selon REKOLE® (Part de coûts) ([Mesures supplémentaires d'amélioration de la qualité des données](#)).

Deux fichiers en format SwissDRG sont transmis à SwissDRG SA:

### 5.2. Données de la statistique médicale

#### 5.2.1. Format

Le fichier contenant les données de la statistique médicale correspond au fichier de la Statistique médicale de l'OFS. Pour une transmission réussie des données à SwissDRG SA, les critères minimaux selon l'annexe B doivent être respectés. Pour rappel, les principales caractéristiques du fichier :

Les deux premières lignes du fichier permettent d'identifier les données de l'hôpital:

- Ligne 1 (ligne MX, = avis de livraison) : 9 champs (❶ L'identifiant de la première ligne (MX), ❷ Le numéro REE, ❸ Nom de l'établissement, ❹ Date de création du fichier, 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 fichier, ❾ clé de cryptage)
- Ligne 2 (ligne MB) : ligne MB particulière, dont seule la 1ère et la 5ème variable 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 deux ou trois lignes:

- Ligne 1 (ligne MB, données minimales) : 50 champs contenant les données administratives et médicales (9 premiers diagnostics et 9 premiers traitements). Cette ligne contient les variables 0.1.V01 à 1.7.V11 de la statistique médicale des hôpitaux (OFS, Variables de la statistique médicale, spécifications valables dès le 01.01.2016) ;
- Ligne 2 (ligne MN, complément naissance) : 18 champs contenant les données supplémentaires sur les nouveau-nés. Contient les variables 2.1.V01 à 2.3.V08 de la statistique médicale des hôpitaux ;
- Ligne 3 (ligne MD, données supplémentaires par groupes de patients) : 696 champs. Contient les variables 4.1.V01 à 4.8.V20 de la statistique médicale des hôpitaux.

Les détails sur chaque variable sont énumérés dans l'annexe C. L'ordre des lignes des données du cas est prescrit. L'ordre décrit plus haut est à suivre, la deuxième (MN) ne doit être indiquée que pour les nouveau-nés.

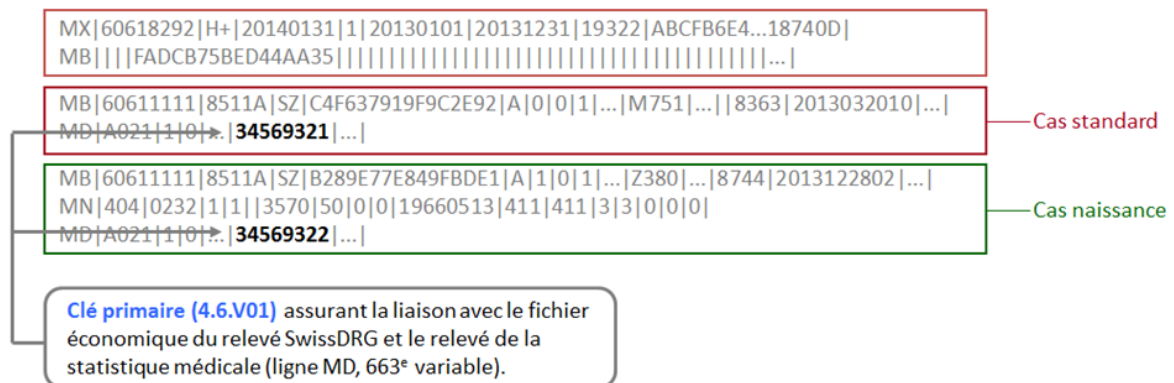


Figure 1: exemple statistique médicale

### 5.2.2. Saisie des médicaments/substances chers

Seuls les médicaments/substances figurant sur la liste des médicaments / substances à relever dans la statistique médicale des hôpitaux sont à relever „ [la liste des médicaments / substances à relever dans la statistique médicale des hôpitaux](#) “. Veuillez respecter les directives de la „[notice technique](#)“. Pour la saisie des médicaments chers, les consignes suivantes doivent être observées:

#### Dose administrée:

- Les doses administrées avec la même mode d'administration et les mêmes données complémentaires par code-ATC à un seul cas doivent être cumulées.

#### Unité:

- Il est impératif de respecter le format des unités et de n'utiliser que les formats indiqués dans „la liste des médicaments / substances à relever dans la statistique médicale des hôpitaux “. Des multiples d'une unité **ne sont pas autorisés**.
- Il est impératif de respecter le format des unités et de n'utiliser que les formats indiqués dans la fiche technique. D'autres abréviations ou variations orthographiques ne sont pas permises.

#### Mode d'administration :

- En principe il faut indiquer le mode d'administration pour chaque médicament.
- Les modes d'administration doivent être indiqués strictement comme prévu sur la feuille technique. D'autres abréviations ou variations orthographiques ne sont pas permises.

#### Restriction :

- Si selon „la liste des médicaments / substances à relever dans la statistique médicale des hôpitaux“, un mode d'administration ou une indication est explicitement prévu, le médicament ne doit être déclaré que pour les cas concernés.

#### Données complémentaires:

- Les données complémentaires d'un médicament ne doivent être apportées que pour les médicaments prévus comme tels dans la „la liste des médicaments / substances à relever dans la statistique médicale des hôpitaux“. Pour tous les autres médicaments, la case reste vide.

## Exemples concrets:

- Antithrombin III : Le code ATC doit être saisi dans l'unité U et sans restriction concernant la forme ou l'indication (colonne « Formes / Indications concernées » vide). Cette dernière doit être cependant indiquée. Comme la « Données supplémentaires à coder » est vide, l'information complémentaire n'est pas à saisir.  
→ B01AB02; ;*mode d'admin* ; 2500 ; U
- Facteur VIII de coagulation : Le code-ATC doit être saisi seulement lorsque la substance est administrée dans la forme « plasmatique » ou « recombinant (voir colonne « Formes / Indications concernées »). De plus, l'information sur les données supplémentaires est nécessaire et doit correspondre à ce qui est inscrit dans la colonne « Données supplémentaires à coder ». L'unité valable pour ce code est IU.  
→ B02BD02; Plasmatisch; *mode d'admin* ; 11'000 ; IU pour la forme plasmatique  
→ B02BD02; Rekombinant; *mode d'admin* ; 1000; IU pour la forme recombinante
- Sildenafil : Le code ATC ne doit être saisi que si le médicament a été indiqué dans un « cas de traitement d'une hypertension artérielle pulmonaire ». L'unité valable est le mg. Ce code ne nécessite pas de données supplémentaire à coder (colonne « Données supplémentaires à coder » vide)  
→ G04BE03; ; *mode d'admin* ;98;mg
- Voriconazol (Posaconazol): Les données complémentaires différencient entre 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, seul l'administration (secteur stationnaire) est déterminante et cela indépendamment d'éventuelles limitations dans les indications ou la prise en charge des coûts.
- En outre il convient de noter, que les médicaments /substances Olanzapin (N05AH03), Risperidon (N05AX08), Aripiprazol (N05AX12), et Paliperidon (N05AX13) ne doivent être saisis que dans le domaine de la structure tarifaire TARPSY.

### 5.3. Données de coûts par cas

#### 5.3.1. Format

Le fichier contenant les données de coûts par cas sont saisis dans un format à part par SwissDRG SA, chaque cas correspond à une ligne du fichier des données de coûts par cas. Pour une transmission réussie des données à SwissDRG SA, les exigences minimales pour les fichiers selon l'annexe B doivent être respectées.

### 5.3.2. Variables

Pour le relevé 2017 (Données 2016) deux formats des données de coûts sont autorisés:

#### 5.3.2.1. Nouveau format du fichier des coûts par cas (selon REKOLE®, obligatoire dès le relevé 2018)

Le fichier des coûts par cas contient 80 variables par cas (63 variables + 17 champs de réserve):

- 2 variables d'identification des cas : l'année du relevé et le numéro du cas (= clé primaire, correspond à la variable 4.6.V01 du fichier de la statistique médicale).
- 61 variables contenant l'ensemble des coûts imputables dont:
  - 11 composantes de coûts avec coûts directs (v101-v111);
  - 50 composantes contenant les coûts des centres de charges fournisseurs de prestations obligatoires REKOLE® (v200-v501). Selon le nouveau format du fichier des coûts par cas, les frais généraux par variable sont déclarés une fois exclus les CUI et une fois y compris la part de CUI de la même variable.

#### 5.3.2.2. Ancien format du fichier des coûts par cas

Le fichier des coûts par cas contient **28 variables** :

- 3 variables d'identification des cas : numéro d'identification de l'hôpital, l'année du relevé et le numéro du cas (= clé primaire, correspond à la variable **4.6.V01** du fichier de la statistique médicale)
- 23 variables contenant l'ensemble des coûts imputables dont :
  - 9 composantes contenant les coûts directement imputés sur le cas (v10-v19) ;
  - 14 composantes contenant les coûts des **centres de charges fournisseurs de prestations obligatoires REKOLE®** (v20-v39). Ces derniers **ne contiennent pas les coûts d'utilisation des immobilisations**.
  - 1 variable (A1) regroupant l'intégralité des coûts d'utilisation des immobilisations.
  - 1 variable (A2) contenant les coûts pour la formation universitaire et la recherche.

Une description détaillée du contenu des variables est disponible dans l'annexe D du présent document.

### 5.3.3. Stroke Unit

Conformément à REKOLE® page 156 les coûts pour la Stroke Unit doivent être saisis dans la composante de coûts v230 ou 231 (respectivement v21 lors de la livraison relevé 2016).

### 5.3.4. Honoraires des médecins

Conformément à REKOLE®, les honoraires sont comptabilisés distinctement selon le statut du médecin traitant :

- Honoraires des médecins hospitaliers (compte H+ 380) → composante v107 (respectivement v14 lors de la livraison relevé 2016)
- Honoraires des médecins agréés assujettis aux assurances sociales (compte H+ 381) → composante v108 (respectivement v15 lors de la livraison relevé 2016)
- Honoraires des médecins agréés non assujettis aux assurances sociales (part du comptes H+ 405, qui contient des honoraires) → composante v106 (respectivement v16 lors de la livraison relevé 2016)

## 6. Après la livraison des données

### 6.1. Plausibilisation automatique des données

Après le téléchargement réussi des données, chaque hôpital obtient l'accès aux résultats des contrôles automatiques de la plausibilisation via l'interface Web. Le feedback établi par SwissDRG SA comprend:

- Aperçu du test de l'ensemble des cas livrés:  
Nombre/ pourcentage de cas de l'hôpital qui n'ont pas réussi aux tests.
- Aperçu au niveau du cas: Chaque cas qui n'a pas passé le test est indiqué. Il est uniquement indiqué si le test concerné porte à l'exclusion.

Toute la communication concernant les feedbacks se fait via l'interface web. Les tableaux avec les résultats des examens de plausibilisation peuvent être exportés via l'interface web comme document .csv.

Dans les feedbacks, chaque test est attribué à un type de test. **En vue de la livraison des données effective**, les types de test signifient:

- Error:  
Les cas défectueux ne sont pas utilisés dans le calcul de la structure tarifaire! Veuillez examiner les cas, les corriger et effectuer une nouvelle livraison.
- Warning:  
Cas douteux qui pourraient présenter une erreur dans le codage ou d'autres domaines. Veuillez examiner les cas, les corriger si besoin et effectuer une nouvelle livraison.
- Infos:  
Informations générales sur les données livrées par l'hôpital. Pas d'examen ou de correction nécessaire.

SwissDRG SA s'emploie à constamment développer la logique de test. Au cas où les hôpitaux pensent que la logique de certains tests ne fonctionne pas correctement ou devrait être révisée, ils peuvent le noter dans le champ « commentaires » du test en question. **Veillez noter que les commentaires au niveau cas et test doivent être saisis directement dans l'interface web. Un téléchargement du fichier .csv n'est techniquement pas encore possible.**

### 6.2. Nouvelle livraison des données

Tous les hôpitaux qui ont livré **jusqu'au 15.5.2017** ont la possibilité de transmettre une nouvelle livraison de données (respectivement données de la statistique médicale et données des coûts par cas) au besoin corrigée à SwissDRG SA jusqu'au 31.5.2017.

Pour des raisons d'organisation, les livraisons de données après le délai limite de livraison ne peuvent plus être acceptées.

## 7. Relevé détaillé

Le relevé détaillé vise à collecter le coût des médicaments, des implants et des procédés onéreux.

**Nouveau** : sont à saisir les **cas** qui

- Contiennent des frais de transplantations d'organes, financés selon le contrat SVK.
- Qui présentent des coûts incomplets dans certains domaines. Cela est surtout le cas lorsque des produits, par ex. des médicaments et implants, sont subventionnés/financés par des tiers.

Le relevé détaillé est effectué à l'aide d'un fichier Excel. Il se subdivise en divers sous-relevés. Il s'agit entre autre des produits ou des procédures faisant l'objet d'une rémunération supplémentaire dans le système tarifaire SwissDRG. Le relevé détaillé permet ainsi de calculer la rémunération supplémentaire et de retirer ces coûts par cas dans le calcul des cost-weights. Ces données servent aussi au développement de la structure tarifaire. **Une évaluation précise, correcte et pertinente des rémunérations complémentaires n'est possible que si la qualité de la saisie des données requises est élevée et que tous les hôpitaux de réseau fournissent le relevé détaillé.**

SwissDRG SA se réserve le droit d'exclure des données non plausibles du calcul des rémunérations supplémentaires. L'estimation de la validité des données se fait via une comparaison avec la liste des spécialités fournie par l'Office fédérale de la santé publique (OFSP). Les prix relevés dans le relevé détaillé se conforment à la version respectivement en vigueur de la liste des médicaments/ substances à relever dans la statistique médicale des hôpitaux. La liste des médicaments /substances à relever ainsi que le choix des implants et des procédures onéreuses sont évalués à nouveau chaque année. A part les groupes de travail internes la procédure de demande annuelle contribue au développement de la structure tarifaire SwissDRG.

### 7.1. Informations générales

- Veuillez **lire attentivement** les explications correspondant à **chaque relevé**, avec les informations et la procédure pour remplir le relevé.
- Tous les prix relevés sont les prix de vente du médicament, **TVA incluse**, après déduction des rabais, escomptes et primes. Les frais de transport, de stockage, de préparation, des pharmacies externes etc. ne doivent pas être comptabilisés.
- Le relevé des prix de médicaments se fait au niveau du produit.
- Les procédés onéreux ne peuvent plus contenir des CUI selon REKOLE®.
- Le relevé des cœurs artificiels se fait toujours au niveau cas.
- Pour les prestations financées par des tiers voir le registre „prestation financée par des tiers“.
- Vous trouvez dans l'annexe un aperçu de tous les codes CHOP relevés par SwissDRG ainsi que leur attribution au relevé respectif dans le registre „annexe“.
- Certaines prestations sont nouvellement saisies avec les schémas détaillés.
- Pour les montants comptabilisés en monnaie étrangère, veuillez utiliser les cours moyens annuels de la rubrique «Cours moyens annuels».
- Pour les commentaires une colonne „commentaires“ est à disposition pour chaque relevé. Des commentaires généraux peuvent être notés dans le registre „page d'accueil“.
- Veuillez ne remplir que les champs marqués **en jaune**. Merci de n'effacer ni modifier aucun formatage des tableaux.

## 7.2. Page d'accueil

La page d'accueil donne un aperçu sur tout le relevé détaillé. Vous y trouvez toutes les informations sur la livraison du relevé détaillé ainsi que les personnes de contact. **Veillez lire attentivement la procédure pour remplir le relevé.** Veuillez noter de ne remplir que les champs marqués en jaune. Les **champs marqués en orange sont calculés automatiquement.** Sur la page d'accueil sont relevés le nom de l'établissement ainsi que des commentaires généraux sur le relevé détaillé.

## 7.3. Médicaments

Dans le registre médicaments les prix ne sont plus relevés au niveau médicament mais au niveau produit. Dans le tableau des médicaments se trouve la liste de tous les médicaments ou préparations connus avec les codes ATC à appliquer dès janvier 2017.<sup>1</sup>

Pour tous les médicaments utilisés pour l'année de données 2016 en secteur stationnaire, conformément à la liste de la Statistique médicale indiquant les médicaments/substances à relever, veuillez indiquer les prix coûtant (PC) par emballage. Le prix coûtant (PC) par emballage doit se référer à l'unité d'emballage correspondante, selon le pharmacode ou la désignation de l'article. En cas de différences entre les prix unitaires pour l'année en cours, veuillez indiquer le prix le plus avantageux pour chaque produit (pas de moyenne annuelle).

Exemple:

Code ATC	Substance	...	PC par emballage	PàE	Commentaire
L04AB01	Etanercept		CHF 823.56	CHF 32.94	

Les prix à l'unité (PàE) affichés sont automatiquement convertis dans l'unité exigée par SwissDRG (ce qui peut faire une différence par rapport à l'unité des médicaments). Le calcul automatique rend obsolète la conversion qui prend du temps et peut générer des erreurs dans l'unité exigée par SwissDRG.

Pour les médicaments<sup>2</sup>, qui ne figurent pas dans la liste des médicaments, veuillez utiliser la liste „médicaments manquants“ dans le registre » médicaments– médoc. manquants“. Si un médicament, à relever selon la liste de la Statistique médicale indiquant les médicaments/substances, manque dans la liste, veuillez enregistrer une nouvelle entrée dans ce tableau pour les médicaments manquants, dans la rubrique «Médicaments - médic. manquants». Dans ces cas les prix par unité doivent être calculés manuellement.

## 7.4. Implants

Le relevé des implants reste au niveau produit sur la base de codes CHOP sélectionnés. Veuillez ne remplir que le registre „Implants - Schéma produits“. Le registre „Implants-annexe“ n'est qu'un moyen auxiliaire pour relier les codes CHOP choisis avec leur appellation. Pour pouvoir mieux comparer les prix et vérifier leur plausibilité, nous relevons de façon standard le nom du produit ou l'appellation commerciale des implants utilisés.

Pour tous les implants utilisés pour l'année de données 2016 en secteur stationnaires selon la liste des codes CHOP, veuillez indiquer les prix coûtants (PC) par unité. Ils correspondent au prix d'achat

<sup>1</sup> Source: HCI Solutions AG. ne prétend pas à l'exhaustivité

<sup>2</sup> Les substances, qui ne figurent pas dans la liste des médicaments, sont saisies dans la documentation du relevé détaillé.

de l'implant **par unité**. Les frais du traitement ne peuvent être saisis, même si ils sont impliqués par le code CHOP. En cas de différences entre les prix unitaires pour un même produit, pour l'année en cours, veuillez indiquer le prix d'achat le plus avantageux (pas de moyenne annuelle).

**Notice:** En raison de la protection de la feuille Excel les tableaux ne peuvent être étendus que moyennant le menu contexte „insérer ligne“. En vous positionnant sur le **résultat** du tableau, avec un clic droit de la souris, sélectionnez «Insérer une ligne/une colonne - décaler les cellules vers le haut» ou «Insérer une ligne/une colonne - décaler les cellules vers le bas».

Le résultat (cadre vert) ainsi que la dernière colonne prix moyen se calculent automatiquement. Veuillez ni effacer ni modifier les champs marqués en orange.

### Exemple

Registre „Implants– schéma produits“

**I1a "Embolisation par coils de vaisseaux intracrâniens, (CHOP 39.72.11),  
[...] vaisseaux rachidiens (CHOP 39.79.28)"**

N0	Nom(s) du produit	PC par unité	Quantité utilisée	Prix moyen	Commentaire
I1a	GDC VortX Platinspirale	700 CHF	20	14'000 CHF	
I1a	Target 360 Ultra Coil	800 CHF	10	8'000 CHF	
<b>Résultat</b>			<b>30</b>	<b>733.33 CHF</b>	

## 7.5. Procédés onéreux

Le relevé des procédés onéreux se fait comme pour les implants sur la base de codes CHOP sélectionnés.


Dans la mesure du possible, pour tous les procédés onéreux utilisés pour l'année de données 2016 en secteur stationnaire, veuillez indiquer l'ensemble des coûts au niveau de la prestation. L'ensemble des coûts de la prestation est en principe composé des dépenses pour le corps médical, le personnel soignant, les médicaments, les produits sanguins, les implants, le matériel médical, l'utilisation des appareils, ainsi que d'autres frais, si cela s'avère judicieux.

Pour les procédés continus, les frais fixes et variables sont relevés. Sont considérés comme frais fixes les frais indépendants de la durée du procédé, à savoir tous les frais de montage, de démontage et d'entretien des appareils nécessaires, ainsi que le matériel utilisé à chaque intervention. Les variables sont marqués par un ‚b‘. Sont considérés comme frais variables les frais dépendant de la durée du procédé, à savoir les frais réitérés chaque heure du procédé (ex. amortissement des appareils, frais de personnel, etc.). Les frais des centres de charges fournisseurs de service (Overheadkosten) **ne peuvent pas** être facturés. Les frais pour l'utilisation des appareils ne peuvent contenir que les frais d'utilisation, de fonctionnement et d'entretien, c'est-à-dire pas de CUI selon REKOLE®.

Afin d'assurer une unification et donc une meilleure comparaison des frais relevés vous trouvez un schéma pour le calcul des procédés en particulier dans le registre „procédés onéreux-schéma frais“. Pour les produits sanguins veuillez utiliser le registre „produits sanguins“.

**Remarque:** Pour un meilleur aperçu (groupage) et pour en faciliter le traitement, la feuille de ce registre n'est pas protégée. Merci de n'effacer ni modifier aucun formatage des tableaux, afin d'assurer le calcul correct.



Un groupe en particulier peut être ouvert avec un clic sur le symbole  ou avec le bouton „Données – afficher détails“. De cette façon et en marquant toute la feuille de travail le groupage de tous les groupes peut s’ouvrir en même temps.

Registre „procédés onéreux – schéma frais“

**T7 Durée de traitement avec un système d’assistance cardio-vasculaire et pulmonaire, avec pompe, avec (y compris élimination de CO2), extracorporel, veino-veineux (ECMO - ILA**

	Type de frais	No	Désign.	D/M	Unité	Frais	Unité	Frais totaux	FT
Corps médical	fixe	1	OA	20	Min	x	2.1 CHF / Min	= 42.00	CHF 114.00
		2	AA	60	Min	x	1.2 CHF / Min	= 72.00	
	variable	1	AA	60	Min	x	0.8 CHF / Min	= 48.00	CHF 84.00
		2	UA	60	Min	x	0.6 CHF / Min	= 36.00	
Personnel soignant	fixe	1	ID	60	Min	x	1.2 CHF / Min	= 72.00	CHF 88.00
		2	FAGE	20	Min	x	0.8 CHF / Min	= 16.00	
	variable	1	ID	60	Min	x	1.2 CHF / Min	= 72.00	CHF 120.00
		2	FAGE	60	Min	x	0.8 CHF / Min	= 48.00	
Médicaments	fixe	1	Dor-micum	10	mg	x	2.8 CHF / mg	= 28.00	CHF 28.00
	variable	1	Heparin	18	TIU par h	x	1.0 CHF / TIU par h	= 18.00	CHF 38.00
		2	Fentanyl	0.5	mg par h	x	40 CHF / mg par h	= 20.00	
Produits sanguins	fixe	1	FFP	18	Conc	x	151 CHF / Conc.	= 2'718	CHF 2'718
	variable	2	EC	2	Conc	x	205 CHF / Conc.	= 410.00	CHF 410.00
Impl.	fixe	1	Canule	2	Pièce	x	160 CHF / Pièce	= 320.00	CHF 320.00
Matériel médical	fixe	1	Introductuer	1	Set	x	CHF / Set	= 42.00	CHF 42.00
	variable	1			...	x	CHF / ...	= 0.00	CHF 0.00
Appareils utilisés	variable	1	ECMO	60	Min	x	0.52 CHF / Min	= 31.20	CHF 31.20
Autres	fixe	1	Cardio-technicien	30	Min	x	0.9 CHF / Min	= 27.00	CHF 27.00
	Variable	1	Cardio-technicien	60	Min	x	0.9 CHF / Min	= 54.00	CHF 54.00

Les frais totaux se calculent automatiquement (dernière colonne).

## 7.6. Cœurs artificiels

Le relevé des cœurs artificiels se fait toujours au niveau cas.

Pour tous les cœurs artificiels utilisés pour l'année de données 2016, veuillez indiquer les prix d'achat (PA) par composant, en utilisant une ligne par composant. En cas de différences entre les prix unitaires pour l'année en cours, veuillez indiquer le prix le plus avantageux pour chaque produit (pas de moyenne annuelle). Pour la conversion d'une devise étrangère en francs suisses un convertisseur uniforme est à disposition “.

### Exemple

Clé primaire	CHOP 2016		Désignation / Nom commercial	Composants	Nombre	PA par composants	Commentaire
123456	37.6A.31	...	Heartware	Hospital Implant Set	1	CHF 20'000	Prix original en \$
123456	37.6A.31		Heartware	Patient Set	1	CHF 100'000	Prix original en \$

## 7.7. Prestations financées par des tiers

**Nouveau :** sont à saisir les cas qui

- Contiennent des frais de transplantations d'organes, financés selon le contrat SVK.
- Qui présentent des coûts incomplets dans certains domaines. Cela est surtout le cas lorsque des produits, par ex. des médicaments et implants, sont subventionnés/financés par des tiers.

**Remarque:** Dans la colonne „coûts théoriques de la prestation“ il s'agit de saisir le montant des coûts pour la prestation, si le prix du produit était connu ou devait être autofinancé.

## 8. Protection des données

La protection des données est assurée par un contrat de livraison de données entre l'hôpital et SwissDRG SA. Nous vous prions de prendre contact avec nous, si votre hôpital n'a pas encore signé ce contrat afin que nous puissions vous le faire parvenir.

## 9. Références

1. Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal), [RS 832.10].
2. Ordonnance du 3 juillet 2002 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].
3. Statistique médicale des hôpitaux - Variables de la statistique médicale – Spécifications variables à partir du 1.1.2012, Neuchâtel, Office fédéral de la statistique.
4. Manuel REKOLE® - Comptabilité de gestion à l'hôpital, 4e édition, 2013, Berne, H+ Les Hôpitaux de Suisse.
5. Plan comptable - 8e édition, 2014, Berne, H+ Les Hôpitaux de Suisse.
6. Règles et définitions pour la facturation des cas dans le système SwissDRG, 2015, SwissDRG SA.

## 10. Contacts

Pour tout complément d'information, veuillez-vous adresser à :

Monsieur Ivan Jivkov                      Tél. +41 (31) 544 12 29  
[datenerhebung@swissdrg.org](mailto:datenerhebung@swissdrg.org)

Monsieur Rémi Guidon                    Tél. +41 (31) 544 12 26  
[datenerhebung@swissdrg.org](mailto:datenerhebung@swissdrg.org)

## 11. Annexes

### Annexe A

[La liste des articles pour l'imputation obligatoire des coûts directs](#) précise l'affectation des coûts de certains produits aux composantes de coûts correspondants.

## Annexe B

Les exigences suivantes sont les exigences minimales pour les fichiers. Si les fichiers ne correspondent pas à ces exigences minimales, le téléchargement via l'interface web est interrompu.

Désignation
Tests généraux
<input type="checkbox"/> Extension du fichier: *.dat oder *.txt
<input type="checkbox"/> Les fichiers doivent être codés avec "ISO8859-1"
<input type="checkbox"/> Les variables sont séparées par des pipes (ASCII-Code 124: „ “)
<input type="checkbox"/> CRLF (ASCII-Codes 13 et 10) est utilisé comme saut de ligne.
<input type="checkbox"/> La dernière variable d'une ligne ne finit pas par un pipe.
<input type="checkbox"/> Correspondance des clés primaires (4.6.V01) dans les deux fichiers. Les cas saisis dans un seul fichier ne peuvent ni être plausibilisés ni importés dans la banque de données.
Fichier de la statistique médicale (SM)
<input type="checkbox"/> Ligne MB: 50 colonnes
<input type="checkbox"/> Ligne MN: 18 colonnes
<input type="checkbox"/> Ligne: 696 colonnes
<input type="checkbox"/> La colonne 663 de la ligne MD correspond à la variable 4.6.V01 (clé primaire)
<input type="checkbox"/> La variable 4.6.v01 (colonne 663, ligne MD) est une clé primaire : pas de doublons ni d'enregistrements vides
<input type="checkbox"/> Mises à part les champs avec les informations sur des médicaments les (4.8.V02 - 4.8.V15, Médicament 1 - 14, numéros de variables 678 - 691) les fichiers ne doivent pas contenir de texte.
<input type="checkbox"/> Le fichier ne doit pas contenir d'indications non valides de médicaments (4.8.V02 - 4.8.V15, Médicament 1 - 14, numéros de variables 678 - 691).
Fichier des coûts par cas (FK)
<input type="checkbox"/> Chaque ligne du fichier des coûts par cas correspond à un cas.
<input type="checkbox"/> Le fichier contient 80 variables.
<input type="checkbox"/> Le fichier ne doit contenir aucun nom de variable.
<input type="checkbox"/> Les variables des coûts ne doivent contenir que des chiffres et pas de lettres.
<input type="checkbox"/> Les chiffres ne doivent pas contenir de formatage comme des séparateurs des milliers, des apostrophes, des espaces, etc.
<input type="checkbox"/> Le point est utilisé comme séparateur décimal (par ex. 1234.50).
<input type="checkbox"/> Si mentionné dans la description, certaines variables doivent rester vides.
<input type="checkbox"/> La clé primaire dans la deuxième colonne correspond à la variable 4.6.V01 de la Statistique Médicale des hôpitaux. Ne sont permises ni nominations doubles, ni champs libres.
<input type="checkbox"/> Chaque cas doit indiquer les coûts d'utilisation des immobilisations, des valeurs négatives ne sont pas tolérées.
<input type="checkbox"/> Chaque cas doit indiquer les coûts de formation universitaire et recherche (v430/v431), si indiqués dans le questionnaire (des valeurs négatives ne sont pas tolérées).

## Annexe C

Lien pour les détails sur le contenu [des variables de la statistique médicale, valable à partir du 1.1.2016.](#)

**Remarque:** Dès 2017, une nouvelle variable „âge gestationnel\_12M“ doit être saisie. (4.8.V16). Pour la statistique médicale cette variable doit être livrée encodée. Pour SwissDRG SA la variable doit être livrée non codée, si possible.

## Annexe D

### Nouveau format du fichier des coûts par cas

Détails sur le contenu des variables des coûts par cas.

N°	Variable	Désignation	
Données référentielles générales			
1	year	Année des données	
2	4.6.V01	Numéro du cas administratif (voire variable rangée 663 de la ligne MD)	[clé primaire]
Coûts directs			Plan comptable H+ <sup>2</sup>
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 (non-compris honoraires médicaux)	405
8	v106	Honoraires médicaux (non-soumis aux assurances sociales)	405
9	v107	Honoraires de médecins, médecins hospitaliers (soumis aux assurances sociales)	380
10	v108	Honoraires de médecins, médecins agréés (soumis aux assurances sociales)	381
11	v109	Transports de patients fournis par des tiers	480
12	v110	Autres prestations de tiers liées au patient	485
13	v111	Autres frais liés aux patients	486
Coûts indirects			Centre de charges obligatoire REKOLE®
14	v200	Administration des patients, coûts indirects sans CUI	(10)
15	v201	Administration des patients, CUI <sup>1</sup>	(10)
16	v210	Salle d'opérations, coûts indirects sans CUI	(20)
17	v211	Salle d'opérations, CUI <sup>1</sup>	(20)
18		<i>Reste vide dans le relevé 2017</i>	
19		<i>Reste vide dans le relevé 2017</i>	
20	v220	Anesthésie, coûts indirects sans CUI	(23)
21	v221	Anesthésie, CUI <sup>1</sup>	(23)
22	v230	Unité de soins intensifs (IPS) Unité de soins intermédiaires (IMC), coûts indirects sans CUI	(24)
23	v231	Unité de soins intensifs (IPS) Unité de soins intermédiaires (IMC), CUI <sup>1</sup>	(24)

24		<i>Reste vide dans le relevé 2017</i>	
25		<i>Reste vide dans le relevé 2017</i>	
26		<i>Reste vide dans le relevé 2017</i>	
27		<i>Reste vide dans le relevé 2017</i>	
28		<i>Reste vide dans le relevé 2017</i>	
29		<i>Reste vide dans le relevé 2017</i>	
30	v250	Urgences, coûts indirects sans CUI	(25)
31	v251	Urgences, CUI <sup>1</sup>	(25)
32		<i>Reste vide dans le relevé 2017</i>	
33		<i>Reste vide dans le relevé 2017</i>	
34	v260	Procédé d'imagerie médicale, coûts indirects sans CUI	(26)
35	v261	Procédé d'imagerie médicale, CUI <sup>1</sup>	(26)
36	v270	Salle d'accouchement, coûts indirects sans CUI	(27)
37	v271	Salle d'accouchement, CUI <sup>1</sup>	(27)
38		<i>Reste vide dans le relevé 2017</i>	
39		<i>Reste vide dans le relevé 2017</i>	
40	v280	Médecine nucléaire et radiooncologie, coûts indirects sans CUI	(28)
41	v281	Médecine nucléaire et radiooncologie, CUI <sup>1</sup>	(28)
42	v290	Laboratoire, coûts indirects sans CUI	(29)
43	v291	Laboratoire, CUI <sup>1</sup>	(29)
44	v300	Dialyses, coûts indirects sans CUI	(30)
45	v301	Dialyses, CUI <sup>1</sup>	(30)
46	v310	Corps médical, activités 1-5, coûts indirects sans CUI	(31)
47	v311	Corps médical, activités 1-5, CUI <sup>1</sup>	(31)
48	v320	Physiothérapie, coûts indirects sans CUI	(32)
49	v321	Physiothérapie, CUI <sup>1</sup>	(32)
50	v330	Ergothérapie, coûts indirects sans CUI	(33)
51	v331	Ergothérapie, CUI <sup>1</sup>	(33)
52	v340	Logopédie, coûts indirects sans CUI	(34)
53	v341	Logopédie, CUI <sup>1</sup>	(34)
54	v350	Thérapies non médicales et conseils, coûts indirects sans CUI	(35)
55	v351	Thérapies non médicales et conseils, CUI <sup>1</sup>	(35)
56	v360	Diagnostic médical et thérapeutique, coûts indirects sans CUI	(36)
57	v361	Diagnostic médical et thérapeutique, CUI <sup>1</sup>	(36)
58		<i>Reste vide dans le relevé 2017</i>	
59		<i>Reste vide dans le relevé 2017</i>	
60	v370	Soins, Coûts indirects sans CUI	(39)
61	v371	Soins, CUI <sup>1</sup>	(39)
62	v380	Hôtellerie chambre, coûts indirects sans CUI	(41)
63	v381	Hôtellerie chambre, CUI <sup>1</sup>	(41)

N°	Variable	Désignation	
			<b>Centre de charges obligatoire REKOLE®</b>
<b>Coûts indirects</b>			
64	v390	Hôtellerie cuisine, coûts indirects sans CUI	(42)
65	v391	Hôtellerie cuisine, CUI <sup>1</sup>	(42)
66	v400	Hôtellerie service, coûts indirects sans CUI	(43)
67	v401	Hôtellerie service, CUI <sup>1</sup>	(43)
68	v410	Autres fournisseurs de prestations, coûts indirects sans CUI	(44)
69	v411	Autres fournisseurs de prestations, CUI <sup>1</sup>	(44)
70	v420	Pathologie, coûts indirects sans CUI	(45)
71	v421	Pathologie, CUI <sup>1</sup>	(45)
72	v430	Recherche et formation universitaire, coûts indirects sans CUI	(47)
73	v431	Recherche et formation universitaire, CUI <sup>1</sup>	(47)
74	v440	Service de sauvetage et d'ambulance (uniquement transports secondaires), coûts indirects sans CUI	(77)
75	v441	Service de sauvetage et d'ambulance (uniquement transports secondaires), CUI <sup>1</sup>	(77)
76	V500	Corps médical, activité 6, coûts indirects sans CUI (ne sera plus relevé sous cette forme dès le relevé 2018).	(31)
77	V501	Corps médical, activité 6, CUI <sup>1</sup> (ne sera plus relevé sous cette forme dès le relevé 2018).	(31)
<b>Champs de réserve</b>			
78		<i>Champs de réserve, laisser vide</i>	
79		<i>Champs de réserve, laisser vide</i>	
80		<i>Champs de réserve, laisser vide</i>	

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

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

## Ancien format du fichier des coûts par cas

N°	Variable	Description	
<b>Informations générales</b>			
1	REE	No. d'identification de l'hôpital (REE)	
2	year	Année de données	
3	4.6.V01	<b>Numéro du cas</b> (cf. Variable de rang 663 de la ligne MD)	<b>[CLE PRIMAIRE]</b>
<b>Coûts directs</b>			<b>Plan comptable H+</b>
4	V10	Médicaments	400
5	v11	Sang et produits sanguins	400
6	v12	Implants	401
7	v13	Matériel médical	401
8	v14	Honoraires de médecins – médecins hospitaliers	380
9	v15	Honoraires de médecins – médecins agréés (soumis aux assurances sociales)	381
10	v16	Honoraires de médecins – médecins agréés (non-soumis aux assurances sociales)	405*
11	v17	Honoraires de médecins versés pour certificats et rapports médicaux	
12	v19	Autres coûts directs	403 + 404 + 405** + 480 + 485 + 486
<b>Coûts indirects</b>			<b>Centre de charges obligatoire REKOLE®</b>
13	v20	Salles d'opérations	(20)
14	v21	Unités de soins intensifs (SI) et intermediate care (IC)	(24)
15	v22	Urgences	(25)
16	v23	Imagerie médicale et médecine nucléaire	(26) + (28)
17	V24	Laboratoire (inclus dons sanguins)	(29)
18	v25	Dialyses	(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	Service de 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)***
<b>Autres variables</b>			<b>Plan comptable H+</b>
27	A1	Total des charges d'utilisation des immobilisations du cas (CUI)	442 + 444 + 448
28	A2	Coûts de la formation universitaire et la recherche (Fu&R)	-

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

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

\*\*\* Sans les coûts des transports primaires