



Documentation du relevé TARPSY 2019
Format et contenu du relevé des données 2018

Version 2018/2019	31.01.2019 Les précisions apportées par rapport à la version 2018/2019 du 23.01.2018 sont surbrillées en jaune . Les précisions apportées par rapport à la version 2017/2018 du 25.10.2017 sont surbrillées en vert .
-------------------	---

Table des matières

1	Livraison des données	4
1.1	Upload-Tool	4
1.2	Format des données	5
1.3	Délais de livraison	5
2	Aperçu des données et cas à livrer	6
2.1	Données à livrer	6
2.2	Cas à livrer.....	7
2.3	Identification des patients et des cas	7
3	Données médico-administratives OFS.....	8
3.1	Contenu	8
3.1.1	Traitements et procédures.....	9
3.1.2	Congés	9
3.1.3	Domaine d'activité	9
3.1.4	Tarif pour la tarification.....	9
3.1.5	Regroupement de cas, sorties intermédiaires et réadmissions.....	9
3.1.6	Saisie des médicaments et des substances chers	9
3.2	Format.....	11
4	Coûts par cas (CC)	12
4.1	Coûts par cas selon le format TARPSY	12
4.1.1	Contenu	12
4.1.2	Format	13
4.2	Coûts par cas selon le relevé des unités finales d'imputation REKOLE®	14
4.2.1	Contenu	14
4.2.2	Format	14
5	HoNOS.....	15
5.1	HoNOS à l'admission et à la sortie.....	15
5.2	Format.....	15
6	HoNOSCA	16

6.1	Contenu	16
6.2	Format.....	16
7	Relevé détaillé	17
8	Protection des données.....	18
9	Contacts	18
10	Littérature.....	19
	Annexes	20
	Annexe A Exigences minimales pour les jeux de données.....	20
	Annexe B Délimitations et méthode de calcul des coûts par cas	22
	Annexe C Jeu de données des coûts par cas : format TARPSY (CC)	25
	Annexe D Jeu de données des coûts par cas selon le relevé des unités finales d'imputation REKOLE® (CC).....	26

1 Livraison des données

1.1 Upload-Tool

La livraison des données s'effectue directement à SwissDRG SA par l'intermédiaire d'une interface Web sécurisée. Cet outil de relevé des données donne aux hôpitaux un aperçu sur la qualité et la plausibilité de leurs données. Les hôpitaux peuvent voir quels cas sont susceptibles d'être éliminés et pour quelles raisons. Cela leur offre la possibilité d'apporter des informations supplémentaires pour chacun de ces cas. Toute la communication entre SwissDRG SA et les hôpitaux se déroule via cette interface Web.

La procédure de livraison comprend principalement les étapes suivantes :

- Lors du premier enregistrement, l'hôpital reçoit par la poste un code de sécurité et un lien vers l'interface Web. Les codes de sécurité déjà activés restent valables.
- Avec le code de sécurité et par le biais du lien, l'hôpital peut s'enregistrer et créer un compte. Il peut actualiser ses données (p. ex. la typologie des hôpitaux).
- L'hôpital répond à des questions qui concernent des informations spécifiques à l'hôpital via un questionnaire. Ce questionnaire doit être rempli avant le téléchargement des données. Des différences entre les réponses et les données livrées aboutissent à des jeux de données erronés et peuvent entraîner l'exclusion de données.
- Téléchargement des données via l'interface Web. A ce stade, la vérification des données est effectuée en deux étapes.
 - Validation : vérification automatique du format des jeux de données. Les détails concernant le format des jeux de données sont décrits dans la documentation présente. L'hôpital reçoit un message si la livraison recèle des erreurs. Dans ce cas, veuillez consulter le(s) message(s) d'erreur dans l'interface Web et télécharger à nouveau les jeux de données corrigés.
 - Plausibilisation : après la validation, les données livrées subissent plusieurs tests de plausibilité. Dès que l'importation des données est achevée, l'hôpital reçoit un message électronique indiquant que les résultats de la plausibilisation sont prêts. Les données livrées qui ne sont pas considérées comme plausibles et qui sont marquées erreur peuvent être commentés dans la colonne « justification ». Sans une telle explication, les cas ne sont pas intégrés dans la structure tarifaire. Après la remise des explications, la livraison des données est terminée pour l'hôpital.

A la fin du processus de la livraison de données, SwissDRG SA analyse les données livrées. Ce processus peut durer plusieurs mois, car chaque commentaire est pris en compte. Durant cette phase, SwissDRG SA peut contacter les hôpitaux pour des questions sur les données livrées. SwissDRG SA vous accompagnera tout au long de ce processus. Vous trouverez les coordonnées des interlocuteurs à la fin du présent document au chapitre 9 *Contacts*.

1.2 Format des données

Afin de pouvoir télécharger les données par l'intermédiaire de l'interface Web, les conditions minimales décrites dans l'annexe A doivent être remplies. Les conditions particulièrement importantes sont les suivantes :

- Les jeux de données doivent être codés avec UTF-8 ou «ISO8859-1».
- Les jeux de données doivent être livrés en format texte (ASCII).
- La clé primaire 4.6.V01 doit être présente dans tous les fichiers.
- Les variables doivent être séparées par des barres verticales (en anglais «pipes», code ASCII 124 : «|»).
- Uniquement les lignes de la statistique médicale des hôpitaux (dorénavant appelée « statistique médicale » ou « MS ») se terminent par une barre verticale. Tous les autres jeux de données n'ont pas de barres verticales après la dernière variable.
- Le CRLF (code ASCII 13 et 10) est utilisé pour le retour à la ligne.
- Les jeux de données doivent se terminer avec *.dat ou *.txt.

Une vérification des conditions minimales est réalisée en direct lors du téléchargement des données (validation). Si les conditions requises ne sont pas remplies, le téléchargement est interrompu.

1.3 Délais de livraison

- Le relevé 2019 concerne les données de l'année 2018.
- Toutes les données doivent être livrées simultanément entre le **01.03.2019 et le 30.04.2019**.

2 Aperçu des données et cas à livrer

2.1 Données à livrer

Les données suivantes seront relevées au printemps 2019 :

- Les données médicales et administratives (Statistique médicale des hôpitaux, [OFS 2018](#)).
- La mesure de l'intensité des symptômes chez les adultes à l'aide du questionnaire HoNOS. La saisie du questionnaire HoNOS à l'entrée et à la sortie seulement. Saisie dans la statistique médicale de l'OFS.
- La mesure de l'intensité des symptômes chez les enfants et adolescents se déroule à l'aide du questionnaire HoNOSCA à l'entrée et à la sortie selon l'ANQ. La saisie dans la statistique médicale de l'OFS.
- Les coûts par cas. Deux formats de livraison différents (annexes C et D).

Les données suivantes ne seront plus relevées :

- **Les données du diagnostic multiaxial (jeu de données PX) ne doivent plus être livrées.**

Des informations relatives aux hôpitaux, p. ex. sur le type de saisie des coûts, seront relevées par un questionnaire qui se trouvera sur l'interface Web sécurisée.

Figure 1 : Données à livrer

	Hôpital pour adultes	Hôpital pour enfants et adolescents	Hôpital combiné
MS: Statistique médicale y. c. HoNOS / HoNOSCA	×	×	×
CC: Fichier de coûts du cas	×	×	×
	2 jeux de données	2 jeux de données	2 jeux de données

Les hôpitaux qui saisissent des données aussi bien pour la psychiatrie des adultes que pour la psychiatrie d'enfants et d'adolescents effectuent une livraison combinée de leurs données. Cette procédure devrait faciliter le transfert des données et le processus de livraison.

La figure 1 présente un aperçu des données à livrer en distinguant si un hôpital saisit des données uniquement concernant la psychiatrie des adultes, la psychiatrie d'enfants et d'adolescents, ou concernant les deux.

2.2 Cas à livrer

Par l'intermédiaire de l'interface Web sécurisée, les hôpitaux livrent à SwissDRG SA toutes les données des cas stationnaires y c. des cas forensiques¹ qui ont été traités dans la clinique pendant la période du relevé et dont les coûts ont été complètement saisis.²

Les cas sont livrés indépendamment de la classe de traitement (variable MS 1.3.V02 *Classe*). Les cas communs, semi-privés ainsi que privés doivent être transmis.

2.3 Identification des patients et des cas

Le lien entre les différentes bases de données est établi grâce à la **clé primaire 4.6.V01 Numéro du cas dans la statistique des coûts par cas** de la statistique médicale (663^{ème} variable de la ligne MD). Dès lors, la clé doit impérativement être saisie et présente dans tous les jeux de données. Cela signifie que la livraison des données médico-administratives de l'OFS doit contenir la ligne MD. La clé primaire doit être unique et anonyme, et doit apparaître dans toutes les lignes de données appartenant à un cas :

Jeux de données	Clé primaire 4.6.V01
Statistique médicale (MS)	Champ 663 de la ligne MD
Jeu de données de coûts par cas (CC)	
- Format TARPSY	Champ 3
- REKOLE® relevé des unités finales d'imputation	Champ 2

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

Le tableau 1 présente un aperçu des données et des cas à livrer.

Tableau 1 : Aperçu du relevé de données 2019 (données 2018)

Cas à livrer	Jeu de données	Sigle	Description
Cas stationnaires traités dans l'hôpital pendant l'année de relevé et dont les coûts ont été complètement saisis.	Statistique médicale	MS	Saisie des items HoNOS / HoNOSCA dans la statistique médicale à l'aide les codes CHOP. Pour chaque cas, la ligne MP doit impérativement être codée.
	Coûts par cas	CC	-

¹ La définition d'un cas stationnaire se trouve dans les [Règles et définitions pour la facturation des cas selon TARPSY](#).

² Voir chapitre 4 pour plus d'information concernant les coûts complets.

3 Données médico-administratives OFS

3.1 Contenu

Les données médico-administratives sont déjà recueillies à titre obligatoire par les hôpitaux dans le cadre de la statistique médicale de l'OFS. Elles englobent les données minimales (MB), les données complémentaires psychiatrie (MP) et les données supplémentaires par groupe de patients (MD). Ces données doivent être fournies ensemble dans des lignes successives d'un même jeu de données. **Attention** : Pour la livraison de données à SwissDRG SA, la ligne MP doit impérativement être saisie pour tous les cas.

Conformément aux directives de l'OFS, le codage des diagnostics (diagnostics principaux et secondaires) se fait avec la version CIM-10-GM 2016. A noter que selon le Manuel de codage médical version 2018 ([OFS 2017a](#)), les diagnostics secondaires doivent également être codés. Nous vous prions de suivre cette instruction car la prise en compte des diagnostics secondaires est susceptible d'améliorer le pronostic des coûts par cas.

Conformément aux lignes directrices de l'OFS pour les données 2018 les prestations sont codées selon la Classification suisse des interventions chirurgicales 2018 ([OFS 2017b](#)).

Les deux premières lignes du jeu de données de la statistique médicale 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 du relevé, ❼ Date de fin de la période du 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 plusieurs lignes successives :

- Ligne 1 (ligne MB, données minimales) : 50 champs. Cette ligne contient les variables 0.1.V01 à 1.7.V11 de la statistique médicale.
- Ligne 2 (ligne MP, données complémentaires psychiatrie) : 34 champs. Contient les variables 3.1.V01 à 3.5.V04 de la statistique médicale.
- 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.

L'ordre des lignes des données du cas est strict et doit être suivi.

Les spécifications valables pour les variables de la statistique médicale sont décrites dans le document Variables de la statistique médicale de l'OFS ([OFS 2018](#)).

3.1.1 Traitements et procédures

Selon les directives de l'OFS, les diagnostics et les traitements doivent être codés dans la statistique médicale à l'aide des variables 4.2., resp. 4.3., des lignes MD. En outre, les 10 premiers diagnostics et traitements doivent être codés dans les variables 1.6., resp. 1.7., des lignes MB.

3.1.2 Congés

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

3.1.3 Domaine d'activité

Selon les directives de l'OFS, la variable 3.5.V04 *Domaine d'activité* doit désormais être saisi dans la ligne MP. Cette variable doit être saisie obligatoirement pour la livraison des données TARPSY.

3.1.4 Tarif pour la tarification

Selon les directives de l'OFS, la variable 4.8.V01 *Tarif pour la tarification* doit désormais être saisi dans la ligne MD. Cette variable doit être saisie obligatoirement pour la livraison des données TARPSY.

3.1.5 Regroupement de cas, sorties intermédiaires et réadmissions

A partir des données 2018, un regroupement de cas est obligatoire et doit être effectué par les hôpitaux selon les « Règles et définitions pour la facturation des cas selon TARPSY ». ³ Lorsqu'un hôpital effectue un regroupement de cas, les variables 4.7.V01 à 4.7.V33 ainsi que dans les variables 4.8.V17 à 4.8.V20 de la statistique médicale concernant les sorties intermédiaires et réadmissions doivent être impérativement saisies.

3.1.6 Saisie des médicaments et des substances chers

Tous les médicaments/substances figurant sur la « [Liste des médicaments/substances à relever dans la statistique médicale des hôpitaux](#) » doivent être relevés aux variables 4.8.V02 à 4.8.V15 de la statistique médicale (champs 678 à 691 dans les lignes MD). **La liste contient également les médicaments/substances ajoutées spécifiquement pour TARPSY.** Ces données serviront à des fins d'analyse et de calcul des rémunérations supplémentaires.

Les directives de la « [notice technique](#) » doivent être observées pour la saisie des médicaments/substances. En outre, les points suivants doivent être respectés :

³ La définition du regroupement de cas se trouve dans les [Règles et définitions pour la facturation des cas selon TARPSY](#).

Dose administrée

Les doses administrées avec le même mode d'administration et les mêmes données complémentaires doivent être cumulées par cas selon le code ATC.

Unité

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

Mode d'administration

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

Restriction

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

Données supplémentaires

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

Exemples concrets

Xeplion (substance active : Palipéridone) : Le code ATC doit être saisi dans l'unité mg. Le médicament ne doit être saisi qu'en cas d'injection intramusculaire (IM) sous forme dépôt. L'information complémentaire qui convient (« Données supplémentaires à coder ») doit être indiquée selon le format de la « notice technique ». Code : N05AX13;CXE;IM;100;mg.

Antithrombine III : Le code ATC doit être saisi dans l'unité U sans restriction concernant le mode d'administration ou l'indication (car la colonne « Restriction » est vide). Le mode d'administration doit néanmoins être précisé. Comme la colonne « Données supplémentaires à coder » est vide, aucune information supplémentaire ne doit être apportée. Code : B01AB02;;mode d'administration;2500;U

Facteur VIII de coagulation : l'information complémentaire qui convient doit être précisée (colonne « Données supplémentaires à coder ») selon le format de la « notice technique ». L'unité valable pour ce médicament est IU :

- B02BD02;Plas;mode d'admin;11000;IU pour la forme plasmatique
- B02BD02;Rec;mode d'admin;1000;IU pour la forme recombinante

Voriconazole (Posaconazole) : La donnée supplémentaire distingue entre suspension et tablette. Elle ne doit donc logiquement être remplie que pour l'application orale. Aucune restriction n'est prévue. Codes :

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

- J02AC03;;IV;1000;mg pour l'administration intraveineuse

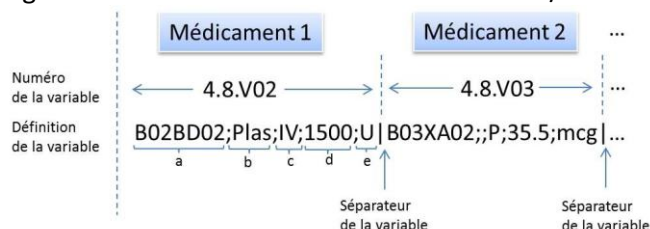
Remarque

- Lors de la saisie des médicaments chers, seule l'administration (en stationnaire) est déterminante et cela indépendamment d'éventuelles limitations dans les indications ou la prise en charge des coûts de la liste des spécialités
- En outre, il convient de relever que certains médicaments, resp. substances, spécifiquement marqués ne doivent être saisis que dans le domaine d'application de la structure tarifaire TARPSY.

Format

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

Figure 2 Format de la saisie des médicaments / substances chers



3.2 Format

Le format du jeu de données correspond au format du fichier de l'OFS. Le fichier MS doit remplir les exigences minimales selon l'annexe A. Pour une transmission des données réussie à SwissDRG SA, les critères suivants doivent être respectés :

- La ligne MB a 50 champs
- La ligne MB a 34 champs
- La ligne MB a 696 champs
- Le champ 663 de la ligne MD correspond à la variable 4.6.V01 (clé primaire). Elle doit être unique et anonyme. Il ne doit y avoir ni doublon ni enregistrement vide.
- La dernière variable d'une ligne doit être suivie d'une barre verticale :
 - 9 x « | » pour la ligne MX
 - 50 x « | » pour la ligne MB
 - 34 x « | » pour la ligne MP
 - 696 x « | » pour la ligne MD
- La variable 0.3.V01 *Questionnaire psychiatrique* doit être codé impérativement.
- La variable 0.2.V01 *Code de liaison anonyme* doit être codé impérativement et ensuite encryptée avec 16 caractères alphanumériques.
- Le numéro de l'établissement (numéro REE) dans la ligne MX doit être codé impérativement.

4 Coûts par cas (CC)

Les données de coûts par cas peuvent être livrées sous deux formats différents : soit sous le format TARPSY (annexe C), soit sous le format correspondant au relevé des unités finales d'imputation de REKOLE® (répartition des coûts, annexe D).

Les hôpitaux livrent à SwissDRG SA toutes les données des cas stationnaires⁴ qui ont été traités dans la clinique pendant la période du relevé et dont les coûts ont été complètement saisis. Les coûts **ne sont pas** considérés comme complets lorsque

- les coûts des traitements antérieurs à l'année du relevé n'ont pas été comptabilisés sur le cas.
- le séjour s'étend au-delà la période du relevé (sortie en dehors de la période du relevé).
- 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).

Les cas sont livrés indépendamment de la classe de traitement (la classe de traitement occupée dans le cadre d'une hospitalisation, variable MS 1.3.V02 *Classe*). Les cas communs, semi-privés ainsi que privés doivent être transmis. Les hôpitaux sont priés de déduire les surcoûts liés à la classe de traitement (p. ex. honoraires privés des médecins hospitaliers, part privée des honoraires des médecins agréés, etc.) avant la livraison des données.⁵ L'hôpital documente cet ajustement dans le questionnaire du relevé.

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

4.1 Coûts par cas selon le format TARPSY

4.1.1 Contenu

Lorsque les coûts par cas sont livrés avec le format TARPSY, le jeu de données CC contient une ligne par cas qui est composée de 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 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);

⁴ La définition d'un cas stationnaire se trouve dans les [Règles et définitions pour la facturation des cas selon TARPSY](#).

⁵ Pour la déduction des surcoûts liés à la classe de traitement, voir [ITAR_K](#) : Modèle de tarif intégré basé sur la comptabilité analytique par unité finale d'imputation.

- 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.
- Le champ dans la ligne 28 doit rester vide.

Les indications au sujet de la délimitation et de la méthode de calcul des coûts par cas se trouvent dans l'annexe B. Une description détaillée du contenu des variables est disponible dans l'annexe C du présent document.

4.1.2 Format

Le jeu de données CC doit remplir les exigences minimales selon l'annexe A. Pour une transmission réussie des données à SwissDRG SA, les critères suivants doivent être respectés :

- Le jeu de données contient 28 variables.
- La 3^{ème} colonne contient la clé primaire, resp. la variable 4.6.V01, de la statistique médicale.
- Les variables sont séparées avec des barres verticales (code ASCII 124 : « | »).
- La dernière variable d'une ligne **ne doit pas** être fermée avec une barre verticale « | ». Le jeu de données contient 27 barres verticales par ligne.
- Le jeu de données ne doit contenir aucun nom de variables.
- Les variables des coûts ne doivent contenir que des chiffres (pas de lettres).
- Les chiffres ne doivent pas contenir de formatage comme un séparateur de milliers, virgules inversées, espace etc.
- Le point est utilisé comme séparateur décimal (p.ex. 1234.50).
- Chaque cas doit comporter les coûts d'utilisation des immobilisations (A1). Les valeurs négatives ne sont pas acceptées.
- Les champs de réserve doivent rester vides.

Figure 3 : Exemple de deux cas dans le jeu de données des coûts par cas avec le format TARPSY

60611111 2018 5050286 79.00 57.00 0.00 0.00 0.00 42.00 0.00 ... 0.00
60611111 2018 5050297 31.00 27.00 0.00 0.00 0.00 34.00 0.00 ... 0.00
↑
Clé primaire. Correspond à la variable 4.6.V01 (variable 663 de la ligne MD) dans la statistique médicale.

4.2 Coûts par cas selon le relevé des unités finales d'imputation REKOLE®

4.2.1 Contenu

SwissDRG SA a pour mission d'améliorer continuellement la structure tarifaire TARPSY, afin d'assurer une rémunération adéquate dans le domaine des soins stationnaires psychiatriques. Le succès du développement et de l'ajustement de la structure tarifaire dépend de la qualité des données. L'amélioration de cette dernière représente donc un objectif fondamental.

Pour atteindre ce but, SwissDRG SA a décidé d'autoriser le format du relevé des unités finales d'imputation du cas administratif REKOLE® (format REKOLE®) pour le jeu de données des coûts par cas. Il en résulte que SwissDRG SA disposera d'informations plus détaillées sur les coûts par cas, ce qui permettra un calcul du catalogue PCG plus précis. Ce format se base sur les modifications apportées par la commission technique comptabilité H+ (REK).

Le jeu de données des coûts par cas selon le format REKOLE® est présenté en détail dans l'annexe D. Le format de ce jeu de données a été conçu de façon à ce qu'il soit aussi valable pour les relevés des données des prochaines années (sous réserve des nouvelles décisions de la REK). Cela devrait limiter le travail des hôpitaux.

4.2.2 Format

Le jeu de données CC avec le format REKOLE® doit remplir les exigences minimales selon l'annexe A. Pour une transmission réussie des données à SwissDRG SA les critères suivants doivent être respectés :

- Le jeu de données contient 80 variables.
- La 2^{ème} colonne contient la clé primaire qui correspond à la variable 4.6.V01 du jeu de données de la statistique médicale. Il ne doit y avoir ni doublon ni enregistrement vide.
- Les variables sont séparées par une barre verticale (code ASCII 124 : «|»). Le jeu de données contient 79 barres verticales par ligne.
- Le jeu de données ne doit pas contenir de noms de variables.
- Les variables de coûts ne peuvent contenir que des chiffres (non pas des lettres).
- Les chiffres ne doivent pas contenir de formatage comme séparateur de milliers, virgules inversées, espace etc.
- Le point est utilisé comme séparateur décimal (par ex. 1234.50).
- Certaines variables doivent rester vides, comme noté dans la description (voir annexe D).
- Chaque cas doit comporter les coûts d'utilisation des immobilisations (CUI). Les valeurs négatives ne sont pas acceptées.
- Les champs de réserve doivent rester vides.

5 HoNOS

5.1 HoNOS à l'admission et à la sortie

Les questionnaires HoNOS d'admission et de sortie sont déjà remplis obligatoirement par les hôpitaux pour l'association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ). Bien que le relevé de l'intensité des symptômes se fasse indépendamment du relevé ANQ, la livraison pour TARPSY se base sur les indications et le format exigés par l'ANQ.

Le relevé de l'intensité des symptômes resp. du questionnaire HoNOS s'appuie sur le document suivant qui se trouve sur le [site Web de SwissDRG SA](#) :

- [Directives concernant le relevé du HoNOS pour la structure tarifaire TARPS - Questionnaire, glossaire et conventions d'évaluation. Version 1.1 du 02.11.2016.](#)

Selon ces indications, le relevé HoNOS porte systématiquement sur les 7 jours écoulés. Le premier relevé HoNOS doit être établi dans les 3 jours (= 72 heures) qui suivent l'admission (HoNOS d'admission). Le dernier relevé HoNOS doit être effectué au plus tôt 3 jours avant la sortie (HoNOS de sortie). **Pour chaque cas, un HoNOS d'admission doit être saisi.** De plus amples informations concernant la saisie du questionnaire HoNOS se trouvent dans le document susmentionné.

Si un hôpital procède au relevé HoNOS plus fréquemment qu'exigé ici, cette manière de faire répond également aux exigences du relevé des données.

5.2 Format

La saisie des items HoNOS dans la statistique médicale se fait à l'aide des codes CHOP 94.A1. Cela concerne les variables 1.7.V01 à 1.7.V11 de la ligne MB (données minimales) ainsi que les variables 4.3.V010 à 4.3.V1007 de la ligne MD (données supplémentaires par groupes de patients).

6 HoNOSCA

6.1 Contenu

Les questionnaires HoNOSCA d'admission et de sortie sont déjà remplis obligatoirement par les hôpitaux pour l'ANQ. Bien que le relevé de l'intensité des symptômes se fasse indépendamment du relevé ANQ, la livraison pour TARPSY se base sur les indications et le format exigés par l'ANQ. Cela afin de minimiser l'effort et de faciliter la livraison pour les cliniques.

Le relevé du questionnaire HoNOSCA s'appuie sur le document suivant qui se trouve sur le [site Web de SwissDRG SA](#) :

- [Directives concernant le relevé du HoNOSCA pour la structure tarifaire TARPSY - Questionnaire, glossaire et conventions d'évaluation. Version 1.1 du 02.11.2016.](#)

Conformément aux indications définies dans ces documents, les relevés HoNOSCA à l'admission et à la sortie sont en général réalisés directement après l'admission ou avant la sortie effective. Les évaluations se rapportent toujours aux 7 jours précédents. Toutefois, le relevé à l'admission peut être finalisé au cours des deux premières semaines. Le relevé à la sortie a lieu en principe le jour de la sortie mais peut, exceptionnellement, être réalisé au plus tôt 7 jours avant la sortie et au plus tard 3 jours après. **Pour chaque cas, un HoNOSCA d'admission doit être saisi.** De plus amples informations concernant la saisie du questionnaire HoNOSCA se trouvent dans le document susmentionné.

Si un hôpital procède au relevé HoNOSCA plus fréquemment qu'exigé ici, cela ne pose aucun problème pour la livraison de données TARPSY.

6.2 Format

La saisie des items HoNOSCA dans la statistique médicale se fait à l'aide des codes CHOP 94.A2. Cela concerne les variables 1.7.V01 à 1.7.V11 de la ligne MB (données minimales) ainsi que les variables 4.3.V010 à 4.3.V1007 de la ligne MD (données supplémentaires par groupes de patients).

7 Relevé détaillé

SwissDRG SA effectue désormais un relevé détaillé pour calculer des rémunérations supplémentaires. Le relevé détaillé vise à collecter entre autres le coût des médicaments au moyen d'un fichier Excel. Il sert de base de données pour l'évaluation des rémunérations supplémentaires existantes et potentielles. Le relevé détaillé permet d'enregistrer les prix des médicaments figurant sur la *liste des médicaments/substances qui doivent être saisis selon l'année* dans la statistique médicale d'une part et les codes et coûts des produits, processus et procédures chers d'autre part.

Important : Les médicaments/substances onéreux administrés doivent être saisis au niveau du cas dans les variables 4.8.V02 à 4.8.V15 de la statistique médicale (voir chapitre 3.1.6).

Le tableau 1 ci-après indique les procédures aux coûts élevés à faire figurer dans le relevé détaillé 2019 (données 2018). Les anciens intercalaires ont été adaptés ou de nouveaux ont été créés pour les thèmes suivants :

- Traitements (TARPSY)
- Cas forensiques (TARPSY)
- Autre suivi (TARPSY)

Vous trouverez plus d'informations sur les différentes thématiques dans le relevé détaillé (fichier Excel). Celui-ci est publié sur notre page Web sous la rubrique *Relevé des données* > [Relevé 2019 \(données 2018\)](#). Merci de bien vouloir respecter les nouvelles dates de livraison du relevé détaillé : 01.03.2019 – 15.05.2019.

Médicaments (code ATC)

Vous pouvez consulter la liste des médicaments qui concernent les données 2018 : [Liste des médicaments/substances à relever dans la statistique médicale des hôpitaux 2018](#). Merci de bien vouloir tenir compte de la [Notice technique 2018](#). Vous trouverez les nouveaux médicaments à saisir dans la [documentation des changements](#) correspondante.

Tableau 1 : Procédés onéreux (CHOP)

No.	CHOP 2018	Désignation
T34	94.26	Thérapie par électrochoc subconvulsif (TARPSY)
T35	94.27	Thérapie par électrochoc, autre (TARPSY)

8 Protection des données

La protection des données du relevé est réglementée par le contrat de livraison des données. Si vous n'avez pas encore signé de contrat, veuillez prendre contact avec nous.

9 Contacts

Pour toute information complémentaire, veuillez-vous adresser à :

Nadine Juvet, 031 544 12 28, tarpsy@swissdrg.org

10 Littérature

OFS (2017a). Manuel de codage médical. Le manuel officiel des règles de codage en Suisse, version 2018, Neuchâtel, Office fédéral de la statistique. URL :

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/nomenclatures/medkk/instruments-codage-medical.assetdetail.3482646.html>, [consulté le 19.12.2017].

OFS (2017b). Classification Suisse des Interventions Chirurgicales (CHOP). Index systématique, version 2018, Neuchâtel, Office fédéral de la statistique. URL :

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/nomenclatures/medkk/instruments-codage-medical.assetdetail.1940912.html>, [consulté le 19.12.2017].

OFS (2018). Statistique médicale des hôpitaux - Variables de la statistique médicale. Spécifications valables dès 1.1.2018. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique. URL :

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/enquetes/ms.assetdetail.4242275.html>, [consulté le 08.01.2018].

SwissDRG SA (2016a). Règles et définitions pour la facturation des cas selon TARPSY. URL :

<https://www.swissdrg.org/fr/psychiatrie/systeme-tarpsy-10/regles-et-definitions>, [consulté le 19.12.2017].

SwissDRG SA (2016b). Directives concernant le relevé du HoNOS pour la structure tarifaire TARPS - Questionnaire, glossaire et conventions d'évaluation. Version 1.1 du 02.11.2016. URL :

https://www.swissdrg.org/application/files/1214/9381/3532/SwissDRG_Erfassung_HoNOS_V1.1_f.pdf, [consulté le 19.12.2017].

SwissDRG SA (2016c). Directives concernant le relevé du HoNOSCA pour la structure tarifaire TARPSY - Questionnaire, glossaire et conventions d'évaluation. Version 1.1 du 02.11.2016. URL :

https://www.swissdrg.org/application/files/1814/9381/3571/SwissDRG_Erfassung_HoNOSCA_V1.1_f.pdf, [consulté le 19.12.2017].

Annexes

Annexe A Exigences minimales pour les jeux de données

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

Description	
<i>Tests généraux</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Les jeux de données doivent être codés avec UTP-8 ou "ISO8859-1".
<input checked="" type="checkbox"/>	Les jeux de données doivent être livrés en format texte (ASCII).
<input checked="" type="checkbox"/>	La clé primaire 4.6.V01 doit apparaître dans tous les jeux de données.
<input checked="" type="checkbox"/>	Les variables sont séparées avec des barres verticales (code ASCII 124 « »).
<input checked="" type="checkbox"/>	Le CRLF (code ASCII 13 et 10) est utilisé comme passage à la ligne.
<input checked="" type="checkbox"/>	Extension du jeu de données '*.dat' ou '*.txt'
<i>Jeu de données des variables de la statistique médicale (jeu de données MS)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Lignes MB : 50 colonnes
<input checked="" type="checkbox"/>	Lignes MP : 34 colonnes
<input checked="" type="checkbox"/>	Lignes MD : 696 colonnes
<input checked="" type="checkbox"/>	Sur la ligne MD, la colonne 663 correspond à la variable 4.6.V01 (clé primaire).
<input checked="" type="checkbox"/>	La variable 4.6.V01 doit impérativement être codée. Elle doit être unique et anonyme, pas de doublons ni enregistrement vides.
<input checked="" type="checkbox"/>	La variable 0.2.V01 doit être codé et encryptée avec 16 caractères alphanumériques.
<input checked="" type="checkbox"/>	Le numéro REE de la ligne MX doit impérativement être codé.
<input checked="" type="checkbox"/>	La définition des variables ci-après (N° Var.) doit impérativement être respectée : 0.2.V02, 1.1.V01, 1.1.V02, 1.1.V03, 1.2.V01, 1.2.V02, 1.2.V03, 1.3.V01, 1.3.V02, 1.3.V03, 1.3.V04, 1.4.V01, 1.5.V01, 1.5.V02, 1.5.V03, 3.3.V03, 3.5.V04, 4.5.V01, 4.7.V01, 4.7.V02, 4.7.V11, 4.7.V12, 4.7.V21, 4.7.V22, 4.7.V31, 4.7.V32, 4.8.V01.
<input checked="" type="checkbox"/>	Correspondance des lignes MB et MD : pour tous les codes ICD et CHOP on a 1.6.V01 = 4.2.V010, 1.6.V02 = 4.2.v020, 1.6.v03 = 4.2.v030, etc. Le test porte seulement sur l'équivalence des 5 premières positions conformément au format de la statistique médicale des hôpitaux (seuil de tolérance : 95%).
<input checked="" type="checkbox"/>	La variable 0.3.V02 <i>Questionnaire psychiatrique</i> doit impérativement être codée.
<input checked="" type="checkbox"/>	Le jeu de données doit contenir des cas pertinents TARPSY (0.3.V02 <i>Questionnaire psychiatrique</i> = 1).
<input checked="" type="checkbox"/>	Les jeux de données ne doivent pas contenir d'indications de médicaments non valables (4.8.V02 - 4.8.V15, Médicament 1 - 14, numéros de variables 678 - 691).
<input checked="" type="checkbox"/>	Les variables 0.3.V01, 0.3.V02, 0.3.V03 et 0.3.V04 doivent être codées au moyen des chiffres 0 ou 1. La ligne correspondante (MN, MP, MD ou MK) doit apparaître, au cas contraire, la ligne correspondante ne doit pas apparaître.
<input checked="" type="checkbox"/>	Les lignes doivent être codées dans l'ordre MB, MN, MP, MD, MK. Des lignes manquantes sont autorisées (ne pas insérer des lignes vides!).
<i>Jeu de données des coûts par cas selon le format TARPSY (jeu de données CC)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Le jeu de données contient 28 variables.
<input checked="" type="checkbox"/>	La 3e colonne est une clé primaire 4.6.V01 : il ne doit y avoir ni doublon ni enregistrement vide.
<input checked="" type="checkbox"/>	Les variables sont séparées par des barres verticales (« »).

Description	
<input checked="" type="checkbox"/>	Les lignes ne se terminent pas par une barre verticale (« »). Le jeu de données contient 27 barres verticales par ligne.
<input checked="" type="checkbox"/>	Le jeu de données ne doit contenir aucun nom de variables.
<input checked="" type="checkbox"/>	Les variables des coûts ne doivent contenir que des chiffres et pas de lettres.
<input checked="" type="checkbox"/>	Les chiffres ne doivent pas contenir de formatage comme séparateur de milliers, virgules inversées, espace etc.
<input checked="" type="checkbox"/>	Le point est utilisé comme séparateur décimal (par ex. 1234.50).
<input checked="" type="checkbox"/>	Chaque cas doit indiquer les coûts d'utilisation des immobilisations (A1, des valeurs négatives ne sont pas tolérées).
<input checked="" type="checkbox"/>	Le champ de réserve 28 doit rester vide.
<i>Jeu de données des coûts par cas selon le relevé des unités finales d'imputation REKOLE® (jeu de données CC)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Le jeu de données contient 80 variables.
<input checked="" type="checkbox"/>	La 2e colonne est une clé primaire 4.6.V01 : il ne doit y avoir ni doublon ni enregistrement vide.
<input checked="" type="checkbox"/>	Les variables sont séparées par des barres verticales (« »).
<input checked="" type="checkbox"/>	Les lignes ne se terminent pas par une barre verticale (« »). Le jeu de données contient 79 barres verticales par ligne.
<input checked="" type="checkbox"/>	Le jeu de données ne doit contenir aucun nom de variables.
<input checked="" type="checkbox"/>	Les variables des coûts ne doivent contenir que des chiffres et pas de lettres.
<input checked="" type="checkbox"/>	Les chiffres ne doivent pas contenir de formatage comme séparateur de milliers, virgules inversées, espace etc.
<input checked="" type="checkbox"/>	Le point est utilisé comme séparateur décimal (par ex. 1234.50).
<input checked="" type="checkbox"/>	Chaque cas doit indiquer les coûts d'utilisation des immobilisations (des valeurs négatives ne sont pas tolérées).
<input checked="" type="checkbox"/>	Tous les champs de réserve (72-73, 76-80) doivent rester vide.

Annexe B Délimitations et méthode de calcul des coûts par cas

Ces instructions sont conformes au format du jeu de données des coûts par cas livré dans le cadre du relevé SwissDRG. Vu que ce relevé a été élaboré pour les hôpitaux de soins somatiques, **il comporte quelques positions de coûts non déterminantes pour les hôpitaux psychiatriques** et dont il n'est pas nécessaire de tenir compte (p. ex. : implants).

Méthode de comptabilité de gestion REKOLE®

Pour la détermination des coûts par cas, SwissDRG SA exige la méthode de comptabilité de gestion REKOLE®.

Coûts imputables

Les coûts par cas doivent contenir seulement les coûts représentés dans le catalogue des prestations LAMal. Le catalogue des prestations LAMal est également valable pour la LAA, l'AI et l'AM.

Les coûts non imputables comprennent les coûts de prestations non comprises dans le catalogue des prestations LAMal. Ainsi, les frais à la charge des patients,⁶ les coûts non liés aux patients,⁷ les transports primaires ou autres prestations non remboursées doivent être exclus des coûts par cas.

De plus, les coûts des prestations d'intérêt général (art. 49, al. 3 LAMal) doivent être exclus des coûts par cas ou comptabilités séparément. Cela concerne notamment les coûts de la formation universitaire et de la recherche.

Médicaments et produits sanguins

Il est recommandé de saisir tous les médicaments et tous les produits sanguins sous la rubrique des coûts directs (voir REKOLE®). Ceux dont les coûts sont supérieurs à 200 francs par cas **doivent obligatoirement** être saisis sous cette rubrique. La distinction entre

- 1) médicaments (v10 sous format TARPSY, v101 sous format REKOLE®) et
- 2) produits sanguins (v11 sous format TARPSY, v102 sous format REKOLE®)

dans le compte H+ 400 « médicaments (sang et produits sanguins inclus) » est judicieuse pour le calcul de la structure tarifaire TARPSY. 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 » (v10 resp. v101). Le cas échéant, nous vous remercions de nous le signaler dans le questionnaire, à la question prévue à cet effet.

Implants et matériel médical

Il est recommandé de saisir tous les implants et tout le matériel médical sous la rubrique des coûts directs (voir REKOLE®). Ceux dont les coûts sont supérieurs à 200 francs par cas doivent obligatoirement être saisis sous cette rubrique. En sont exclus les implants, y c. matériel d'ostéosynthèse, où la limite est fixée à 50 francs. La distinction entre

⁶ Ex. : télévision, eau minérale etc.

⁷ Ex. : cafétéria ou autres prestations aux personnels ou à des tiers

- 1) matériel médical (v13 sous format TARPSY, v103 sous format REKOLE®) et
- 2) implants (v12 sous format TARPSY, v104 sous format REKOLE®)

dans le compte H+ 401 „Matériel, instruments, ustensiles, textiles“ est judicieuse pour le calcul de la structure tarifaire SwissDRG. Les hôpitaux sont priés de faire la distinction. 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 » (v12 resp. v104). Le cas échéant, nous vous remercions de nous le signaler dans le questionnaire, à la question prévue à cet effet.

Coûts d'utilisation des immobilisations (CUI)

Par coût d'utilisation des immobilisations, on entend l'ensemble des coûts liés à l'utilisation des immobilisations (amortissements calculés, charges d'intérêts calculées et charges d'intérêts des leasings financiers). Les CUI correspondent aux comptes 442, 444 et 448 du plan comptable H+. Le calcul des CUI par cas doit impérativement refléter la consommation effective des ressources.

SwissDRG SA exige que les CUI soient calculés selon la méthode décrite dans REKOLE®. Les [principes et règles pour la détermination des coûts d'utilisation des immobilisations selon REKOLE®](#) sont disponibles sur le site internet de SwissDRG SA.

Conformément au format REKOLE®, pour chaque variable il faut comptabiliser séparément :

- les coûts indirects sans CUI
- uniquement les CUI

Formation universitaire et recherche

Selon les bases légales (LAMal, art. 49 et OCP, art. 7), les coûts d'enseignement universitaire et de recherche sont des coûts non imputables sur les coûts par cas pertinents pour l'assurance obligatoire des soins AOS. Ces coûts sont des prestations d'intérêt général et sont -selon la comptabilité analytique des hôpitaux- imputables à des unités finales d'imputation spécifiques. Les coûts par cas transmis ne doivent donc pas contenir de frais d'enseignement universitaire et de recherche.

Une imputation de ces coûts sur le cas administratif n'est pas autorisée selon REKOLE®. La composante de coûts A2 du format TARPSY (annexe C, ligne 28) resp. les composantes v430 et v431 du format REKOLE® (annexe D, lignes 72 et 73) doivent rester vides. 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.

Classe de traitement privée et semi-privée

Les cas, qui sont saisis comme privés ou semi-privé selon la variable 1.3.V02 de la Statistique Médicale, sont en principe utilisés pour le développement la structure tarifaire. Toutefois, leurs coûts doivent être apurés des surcoûts liés à la classe de traitement. L'hôpital est prié de faire ces ajustements avant la livraison des données.⁸ Dans le cas contraire, SwissDRG SA doit procéder à une réduction

⁸ Pour la déduction des surcoûts liés à la classe de traitement, voir [ITAR_K](#) : Modèle de tarif intégré basé sur la comptabilité analytique par unité finale d'imputation.

approximative, ce qui peut conduire à des imprécisions et, dans les cas extrêmes, aux exclusions des cas.

Honoraires des médecins

Selon REKOLE®, les honoraires sont imputés selon la catégorie du médecin traitant :

- honoraires des médecins hospitaliers (compte H+ 380) → composant v14, resp. v107;
- honoraires des médecins agréés assujettis aux assurances sociales (compte H+ 381) → composant v15 resp. v108;
- honoraires des médecins agréés non assujettis aux assurances sociales (partie du compte H+ 405 qui comporte les honoraires) → composant v16, resp. v106.
- frais pour certificats et expertises (compte H+ 386 n'existe plus, selon REKOLE® ces frais sont comptabilisés dans les comptes 380, 381 ou 405) → v17 devrait rester vide selon REKOLE®.

Annexe C Jeu de données des coûts par cas : format TARPSY (CC)

Détails sur le contenu des variables des coûts par cas selon le format TARPSY.

N°	Variable	Désignation	
Données référentielles générales			
1	BUR	Numéro d'établissement (REE-satellite santé)	
2	year	Année des données	
3	4.6.V01	Numéro du cas administratif (voir 663ème variable de la ligne MD)	[CLÉ-PRIMAIRE]
Coûts directs			Plan comptable H+
4	v10	Médicaments	400
5	v11	Sang et produits sanguins	400
6	v12	Implants	401
7	v13	Matériel médical	401
8	v14	Honoraires de médecins, médecins hospitaliers	380
9	v15	Honoraires de médecins, médecins agréés (soumis aux assurances sociales)	381
10	v16	Honoraires de médecins, médecins agréés (non-soumis aux assurances sociales)	405*
11	v17	Honoraires de médecins versés pour certificats et rapports médicaux	
12	v19	Autres coûts directs	403 + 404 + 405** + 480 + 485 + 486
Coûts indirects			Centre de charges obligatoire REKOLE®
13	v20	Salles d'opération	(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)***
Variables supplémentaires			
27	A1	Total des coûts d'utilisation des immobilisations (CUI)	
28		<i>Champs de réserve, laisser vide</i>	-

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

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

*** Sans les coûts des transports primaires

Annexe D Jeu de données des coûts par cas selon le relevé des unités finales d'imputation REKOLE® (CC)

Détails sur le contenu des variables des coûts par cas selon le format REKOLE®.

N°	Variable	Désignation	
Données référentielles générales			
1	year	Année des données	
2	4.6.V01	Numéro du cas administratif (voir 663ème variable de la ligne MD)	[CLÉ-PRIMAIRE]
Coûts directs			Plan comptable H+
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 ¹	(10)
16	v210	Salles d'opérations, coûts indirects sans CUI	(20)
17	v211	Salles d'opérations, CUI ¹	(20)
18	v212	Corps médical salles OP – Activités 6a, coûts indirects sans CUI	(31)
19	v213	Corps médical salles OP – Activités 6a, CUI	(31)
20	v220	Anesthésie, coûts indirects sans CUI	(23)
21	v221	Anesthésie, CUI ¹	(23)
22	v230	Soins intensifs(SI), coûts indirects sans CUI	(24)
23	v231	Soins intensifs (SI), CUI ¹	(24)
24	v232	Corps médical SI – Activités 6b ₁ , coûts indirects sans CUI	(31)
25	v233	Corps médical SI – Activités 6b ₁ , CUI	(31)
26	v240	Unités reconnues de soins intermédiaires (IMC), coûts indirects sans CUI	(38)
27	v241	Unités reconnues de soins intermédiaires (IMC), CUI	(38)
28	v242	Corps médical IMC – Activités 6b ₂ , coûts indirects sans CUI	(31)
29	v243	Corps médical IMC – Activités 6b ₂ , CUI	(31)
30	v250	Urgences, coûts indirects sans CUI	(25)
31	v251	Urgences, CUI ¹	(25)

N°	Variable	Désignation	
32	v252	Corps médical Urgences – Activités 6b ₃ , coûts indirects sans CUI	(31)
33	v253	Corps médical Urgences – Activités 6b ₃ , CUI	(31)
34	v260	Imagerie médicale et médecine nucléaire sans CUI	(26)
35	v261	Imagerie médicale, CUI	(26)
36	v270	Salle d'accouchement, coûts indirects sans CUI	(27)
37	v271	Salle d'accouchement, CUI ¹	(27)
38	v272	Corps médical Salle d'accouchement – Activités 6b ₄ , coûts indirects sans CUI	(31)
39	v273	Corps médical Salle d'accouchement – Activités 6b ₄ , CUI	(31)
40	v280	Médecine nucléaire et radio-oncologie, coûts indirects sans CUI	(28)
41	v281	Médecine nucléaire et radio-oncologie, CUI ¹	(28)
42	v290	Laboratoire, coûts indirects sans CUI	(29)
43	v291	Laboratoire, CUI ¹	(29)
44	v300	Dialyse, coûts indirects sans CUI	(30)
45	v301	Dialyse, CUI ¹	(30)
46	v310	Corps médical, activités 1-5, coûts indirects sans CUI	(31)
47	v311	Corps médical, activités 1-5, CUI ¹	(31)
48	v320	Physiothérapie, coûts indirects sans CUI	(32)
49	v321	Physiothérapie, CUI ¹	(32)
50	v330	Ergothérapie, coûts indirects sans CUI	(33)
51	v331	Ergothérapie, CUI ¹	(33)
52	v340	Logopédie, coûts indirects sans CUI	(34)
53	v341	Logopédie, CUI ¹	(34)
54	v350	Thérapies non médicales et conseils, coûts indirects sans CUI	(35)
55	v351	Thérapies non médicales et conseils, CUI ¹	(35)
56	v360	Diagnostic médical et thérapeutique, coûts indirects sans CUI	(36)
57	v361	Diagnostic médical et thérapeutique, CUI ¹	(36)
58	v362	Corps médical Diagnostic médical et thérapeutique – Activités 6b ₅ , coûts indirects sans CUI	(31)
59	v363	Corps médical Diagnostic médical et thérapeutique – Activités 6b ₅ , CUI	(31)
60	v370	Soins, coûts indirects sans CUI	(39)
61	v371	Soins, CUI ¹	(39)
62	v380	Hôtellerie chambre, coûts indirects sans CUI	(41)
63	v381	Hôtellerie chambre, CUI ¹	(41)
64	v390	Hôtellerie cuisine, coûts indirects sans CUI	(42)
65	v391	Hôtellerie cuisine, CUI ¹	(42)
66	V400	Hôtellerie service, coûts indirects sans CUI	(43)
67	v401	Hôtellerie service, CUI ¹	(43)
68	v410	Autres fournisseurs de prestations, coûts indirects sans CUI	(44)
69	v411	Autres fournisseurs de prestations, CUI ¹	(44)
70	v420	Pathologie, coûts indirects sans CUI	(45)
71	v421	Pathologie, CUI ¹	(45)
72	v430	Recherche et formation universitaire, coûts indirects sans CUI	(47)

N°	Variable	Désignation	
73		<i>Champs de réserve, laisser vide</i>	
74		<i>Champs de réserve, laisser vide</i>	
75	v441	Service de sauvetage et d'ambulance (uniquement transports secondaires), CUI ¹	(77)
Champs de réserve			
76		<i>Champs de réserve, laisser vide</i>	
77		<i>Champs de réserve, laisser vide</i>	
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.