



Juin 2008

---

# **Adaptation de la statistique médicale aux exigences d'un financement des hôpitaux axé sur les prestations (SwissDRG)**

## **Les modifications en détail, Version 1.0**

---

La documentation concernant la révision partielle de la statistique médicale des hôpitaux se compose des trois rapports suivants ::

## **Révision partielle de la statistique médicale des hôpitaux**

***Résultats de l'évaluation de l'ensemble des modifications requises et des adaptations exigées de toute urgence par SwissDRG***

## **Adaptation de la statistique médicale aux exigences d'un financement des hôpitaux axé sur les prestations (SwissDRG)**

***Les modifications en détail***

## **Variables de la statistique médicale Spécifications valables dès 2009**

***(« Conception d'interface »)***

Tous les rapports peuvent être téléchargés séparément à l'adresse suivante :

Office fédéral de la statistique > Infothèque > Enquêtes, sources > 14.4. > Statistique médicale des hôpitaux > Conception ou

[http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen\\_quellen/blank/blank/mkh/02.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/mkh/02.html)

**Suivi des modifications:**

<b>Versio n</b>	<b>Date</b>	<b>Nom ou rôle</b>	<b>Remarques</b>
0.1	11.12.200 7	PSC/MDI	Ebauche de projet
0.2	27.12.200 7	MDI	Premier projet sous toit
0.3	28.12.200 7	MDI	Remaniement
0.4	11.01.200 8	PSC/MDI	Remaniement
0.5	18.01.200 8	MDI/PSC	Modifications d'après les résultats des consultations préliminaires
0.6	22.01.200 8	MDI/PSC	Remaniement
0.7	25.01.200 8	MDI/PSC	Envoi aux partenaires pour première prise de position
0.8		MDI/PSC	Texte complété d'après les résultats de la 1 <sup>re</sup> phase de consultation
0.9	29.4.2008	PSC/MDI	Texte complété d'après les résultats de la 2 <sup>e</sup> phase de consultation
1.0	15.5.2008	MDI/PSC	Document définitif
1.0	30.6.2008		Version française

Auteurs : PSC = Patrick Schwab ; MDI = Monika Diebold

<b>1</b>	<b>Situation initiale</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Introduction : déroulement et calendrier</b>	<b>6</b>
2.1	Instances responsables des modifications et processus de communication .....	6
2.2	Calendrier .....	6
<b>3</b>	<b>Liste des modifications prévues</b>	<b>7</b>
3.1	Distinction du type de cas pendant un séjour .....	7
3.2	Regroupement de cas lors de séjours répétés .....	8
3.3	Possibilité de saisir jusqu'à 50 diagnostics et 100 traitements .....	8
3.4	Introduction de la classification des diagnostics CIM 10-GM : extension à 6 positions des champs de diagnostic .....	9
3.5	Introduction de la classification complétée des interventions CHOP : extension à 6 positions des champs d'intervention.....	9
3.6	Côté(s) du corps faisant l'objet d'un traitement ou d'un diagnostic .....	10
3.7	Activité de la tumeur .....	10
3.8	Traitement en soins intensifs et heures de ventilation .....	11
3.9	Poids à l'admission des nourrissons .....	11
3.10	Traitement ambulatoire extra-muros .....	12
3.11	Localisation de l'hôpital .....	13
3.12	Date du traitement .....	13
3.13	Périmètre crânien à la naissance .....	13
3.14	Numéro du cas dans la statistique des données économiques par cas.....	14
3.15	Champs de réserve .....	14
<b>4</b>	<b>Liste des propositions de modification rejetées</b>	<b>15</b>
4.1	Centres de prise en charge des coûts .....	15
4.2	Motifs d'une admission extra-cantonale.....	15
4.3	Médicaments et implants.....	15
4.4	Séjour avant la réadmission (lors d'un regroupement de cas) .....	15
	<b>Annexe A – Règle de codage concernant la distinction entre cas aigus et cas non aigus</b>	<b>16</b>
	<b>Annexe B – Codage des heures de ventilation pour G-DRG</b>	<b>18</b>
	<b>Annexe C – « Minimal Dataset » de la Société suisse de médecine intensive</b>	<b>21</b>
	<b>Annexe D – Spécifications de la statistique médicale à partir de 2009</b>	<b>21</b>

# 1 Situation initiale

Depuis 1998, l'Office fédéral de la statistique établit annuellement la statistique médicale des hôpitaux. Cette statistique collecte des informations sur toutes les hospitalisations en Suisse (variables sociodémographiques, données sur les séjours, codes de diagnostic et d'intervention). Chaque hôpital livre les données requises selon les règles définies dans l'Ordonnance concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux (RS 431.012.1). La statistique médicale des hôpitaux poursuit les objectifs suivants :

1. « Garantir la surveillance épidémiologique de la population résidente suisse. Doivent notamment pouvoir être constatées l'incidence et la prévalence des principales maladies au sein de la population résidente des cantons et de la Suisse. Il s'agit des maladies infectieuses soumises à déclaration, du cancer, des malformations ainsi que du genre de traitement et des risques inhérents à ce traitement.
2. Poser les bases d'une saisie homogène des prestations médicales et du contrôle de la qualité dans les hôpitaux tels qu'ils sont fixés dans l'art. 49 de la LAMal (statistique des prestations). Grâce à des systèmes de classification des patients (p. ex. DRG 'diagnosis related groups'), les cas d'hospitalisation peuvent être décrits d'après des critères médicaux en vue d'une tarification par cas ou de la formation d'enveloppes budgétaires.
3. Offrir des données médicales de base pour étudier les structures intercantionales offrant des prestations dans le domaine hospitalier. Cela est particulièrement important compte tenu de la diversité cantonale des couvertures hospitalières et des mesures de planification hospitalières exigées par la loi (voir art. 39 LAMal).
4. Offrir des données pour des statistiques de synthèse intercantionales ou internationales, pour la recherche scientifique et pour le public.»<sup>1</sup>

La révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10), qui prévoit l'introduction de forfaits par cas pour assurer un financement des hôpitaux axé sur les prestations (objectif 2) nécessite l'adaptation de la statistique médicale des hôpitaux. A l'avenir, les données collectées seront utilisées aussi bien à des fins statistiques que pour permettre un fonctionnement uniforme, à l'échelle nationale, du système de financement des hôpitaux SwissDRG. Les principales modifications devront être introduites en 2009 déjà, afin de respecter le délai légal fixé pour l'introduction des forfaits par cas.

Swiss-DRG repose sur le modèle allemand de forfaits par cas G-DRG, lui-même inspiré du système australien. Le système G-DRG se fonde sur des informations très détaillées. Pour assurer la compatibilité de SwissDRG avec son modèle allemand, il faudra accroître le degré de détail des informations collectées. Cela se fera d'une part en introduisant de nouvelles variables, d'autre part en remaniant en profondeur plusieurs des classifications utilisées, à savoir la CIM 10 (édition de l'OMS) et la classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP). L'introduction du système allemand nécessitera également l'adaptation de certaines règles de codage. Nous présentons ici uniquement les modifications à apporter aux variables et à l'interface informatique. L'adaptation des classifications et des directives de codage fera l'objet d'autres documents.

Outre les adaptations de la statistique rendues nécessaires par l'introduction de forfaits par cas, d'autres propositions de modification ont été formulées ces derniers temps par différents partenaires. Profitant d'une révision imminente de l'interface, l'OFS a décidé d'examiner la faisabilité des changements proposés. Dans l'impossibilité de mener une véritable consultation, par manque de temps, il a mandaté une étude de faisabilité intégrant deux séries d'entretiens structurés, réalisés

---

<sup>1</sup> Extrait de la conception détaillée de la statistique médicale (dernier accès : 10.5.2008)

[http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebung\\_quellen/blank/blank/mkh/02.Document.90753.pdf](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebung/quellen/blank/blank/mkh/02.Document.90753.pdf)

après d'un échantillon de partenaires. Il s'est ensuite fondé sur le rapport intermédiaire qui lui a été remis pour arrêter les modifications définitives<sup>2</sup>.

Tous les partenaires interrogés par Monsieur M. Spinatsch, l'expert mandaté, ont indiqué que les changements proposés étaient en principe réalisables, tout en émettant pour la plupart de sérieuses réserves quant à la possibilité de respecter le calendrier initialement prévu, très serré. En dépit d'une législation très restrictive, il est donc possible de modifier légèrement le calendrier, de telle sorte que les hôpitaux du réseau modifient leur interface avant la collecte des données 2009<sup>3</sup>, alors que les autres disposeraient d'une année supplémentaire pour adapter la leur.

## 2 Introduction : déroulement et calendrier

L'OFS avait décidé il y a plusieurs années déjà, au début du projet SwissDRG, de coopérer avec l'association du même nom et d'adapter la statistique médicale en conséquence. Cette collaboration, qui évite que des données ne soient relevées à double, n'a pas été remise en question. Les travaux réalisés ont permis de clarifier les points suivants :

- Instances responsables des modifications et processus de communication
- Calendrier
- Liste détaillée des modifications prévues (voir chapitre 3)

### 2.1 Instances responsables des modifications et processus de communication

**L'organisation actuelle du relevé n'est pas touchée par les modifications apportées à la statistique.** La répartition des compétences reste inchangée : les modifications sont élaborées et validées par l'OFS, qui les communique aux partenaires directs chargés du relevé (services cantonaux chargés des relevés et H+). Ceux-ci informent à leur tour les services de relevé locaux (hôpitaux). Les services de relevé locaux et cantonaux doivent veiller à disposer, à leur niveau, des ressources humaines et techniques nécessaires pour pouvoir transmettre les nouvelles données dans les délais. En ce qui concerne l'informatique, les outils de codage et les interfaces de transmission devront probablement être modifiés.

Remarque : par respect du principe d'égalité de traitement, l'OFS ne peut pas informer lui-même les sociétés informatiques concernées.

### 2.2 Calendrier

Les partenaires consultés dans l'étude de faisabilité (voir chiffre 1) estiment que les modifications peuvent être introduites, mais considèrent pour la plupart que le calendrier est très serré. Ce dernier a donc été adapté comme suit :

- 1. Conformément aux besoins de SwissDRG, les modifications doivent être introduites obligatoirement dès 2009 dans les hôpitaux du réseau.**
- 2. A partir des données 2010, les nouveaux formats seront obligatoires pour tous les hôpitaux<sup>4</sup>.** L'OFS prie tous les hôpitaux n'appartenant pas au réseau d'utiliser si possible les

---

<sup>2</sup> Le rapport intermédiaire a été rédigé à l'usage interne de l'OFS uniquement. Le rapport final, qui paraîtra en été 2008, sera mis à la disposition du public.

<sup>3</sup> Les hôpitaux en réseau livrent sur une base volontaire leurs données sur les coûts à SwissDRG.

<sup>4</sup> Voir les exceptions plus bas.

nouveaux formats d'interface dès 2009 également. Au cas où cela se révélerait impossible pour des raisons techniques, les données pourront être livrées pendant un an encore dans l'ancien format.

3. **Les cliniques qui ne comptent que des cas psychiatriques ou de réadaptation** pourront continuer d'envoyer à l'avenir leurs données dans l'ancien format, aussi longtemps que SwissDRG n'aura pas élaboré de spécifications pour ce domaine.
4. Les adaptations relatives aux règles de codage et aux classifications seront introduites par tous les services participant au relevé (y c. les cliniques mentionnées au point 3) selon un calendrier distinct de celui prévu pour l'introduction des nouvelles interfaces informatiques.

### 3 Liste des modifications prévues

Dans le présent chapitre, nous présentons les propositions de modification qui vont être apportées à la statistique, expliquons les raisons de leur adoption et précisons les adaptations à effectuer dans l'interface informatique. L'annexe D contient des informations plus détaillées sur la nouvelle interface. En cas de divergences entre le contenu du présent document et celui de l'annexe, c'est cette dernière qui fait foi.

#### 3.1 Distinction du type de cas pendant un séjour

##### Description

Jusqu'ici, chaque cas était délimité dans la statistique médicale par le début et la fin du séjour hospitalier. SwissDRG applique une autre définition, qui fait une distinction, pour les séjours en hôpital de soins aigus, entre la partie du séjour où des soins aigus sont prodigués et celle où de tels soins ne sont plus dispensés. Il s'agit de reprendre cette définition, en considérant un cas comme clos dès que des soins aigus ne sont plus nécessaires. Un nouveau cas est ouvert pour le temps de séjour restant à l'hôpital de soins aigus. On indique alors pour le transfert une heure se situant entre 23h et 0h, afin d'éviter que le jour de traitement ne soit compté deux fois (cf. annexe A pour plus de détails).

##### Décision et motifs

Cette modification sera introduite à la demande de SwissDRG.

La séparation des cas est nécessaire pour calculer les forfaits par cas SwissDRG. Le système SwissDRG repose pour l'essentiel sur les soins aigus somatiques. Si la durée d'un séjour se prolonge au-delà des nécessités médicales pour des raisons d'organisation ou si une phase de réadaptation est considérée comme un séjour hospitalier en soins aigus, la durée moyenne de séjour calculée pour une combinaison donnée de traitements (DRG) est prolongée artificiellement, pour des raisons purement administratives. Il s'agit de supprimer cet effet.

Il appartient à la personne médicalement responsable de délimiter la durée du séjour en soins aigus qui est médicalement nécessaire<sup>5</sup>. L'OFS propose que SwissDRG établisse dans un proche avenir, en concertation avec l'OFS et les partenaires à l'œuvre sur le terrain, une liste de critères permettant de délimiter clairement les cas, car une appréciation subjective peut déboucher sur des conclusions très différentes.

##### Modifications nécessaires dans l'interface informatique

Aucune

Voir aussi l'annexe A : Règle de codage concernant la distinction entre cas aigus et cas non aigus

---

<sup>5</sup> Il reste à élaborer une définition permettant de distinguer les « cas aigus » des « cas non aigus ».

## 3.2 Regroupement de cas lors de séjours répétés

### Description

SwissDRG a fait élaborer d'autres définitions de cas par un groupe de travail, qui n'ont pas encore reçu l'aval de l'instance responsable. L'objectif consiste à regrouper en un seul cas différents séjours hospitaliers effectués dans un même hôpital, dans des conditions précises, et qui sont considérés actuellement comme autant de cas distincts. Afin de pouvoir continuer à comparer les cas à l'intérieur de la statistique médicale (à des fins d'assurance-qualité p. ex.), des informations supplémentaires sur les séjours (qui étaient jusqu'ici relevées au niveau du cas) doivent désormais être relevées. Ces informations concernent les dates d'entrée et de sortie des cas à regrouper, ainsi que des variables sur l'admission.

### Décision et motifs

Ces modifications ne seront introduites que lorsque SwissDRG aura donné son accord formel au regroupement de cas. L'OFS a déjà commencé à adapter l'interface, cette décision devant intervenir prochainement.

La saisie de ces données supplémentaires permettra de préserver des informations qui, sinon, disparaîtraient lors du regroupement des cas. Par rapport à la saisie individuelle des cas, telle qu'elle est pratiquée actuellement, le regroupement de cas similaires n'augmentera pas le coût du codage, puisque le nombre de caractères relevés actuellement est supérieur à celui des variables à compléter pour les cas à regrouper.

### Modifications nécessaires dans l'interface informatique

Ajout de champs destinés à 5 séjours regroupés au maximum (cf. annexe D pour plus de détails)

- 8 champs de date supplémentaires pour 4 dates d'entrée et 4 dates de sortie. (La première date d'entrée et la dernière date de sortie figurent déjà dans l'interface actuelle).
- Ajout d'un champ où seront précisés les motifs de l'admission pour chacune des 4 « admissions intermédiaires ». (Les variantes de réponses seront définies de manière détaillée lorsque SwissDRG aura arrêté sa décision).
- Ajout d'un champ pouvant être activé (coché) lors du regroupement de plus de 5 séjours.

## 3.3 Possibilité de saisir jusqu'à 50 diagnostics et 100 traitements

### Description

Jusqu'ici, il était possible de saisir dans la statistique médicale jusqu'à 30 diagnostics et 30 traitements par cas. Le système G-DRG utilisé par SwissDRG permet de relever jusqu'à 50 diagnostics et jusqu'à 100 traitements. SwissDRG a demandé que ces limites soient reprises.

### Décision et motifs

Cette modification sera introduite à la demande de SwissDRG.

Dans certains cas, la limitation à 30 du nombre de diagnostics ou de traitements ne permet pas de différencier suffisamment les factures établies selon le système utilisé par SwissDRG. L'augmentation de cette limite de devrait pas poser de problème au niveau du codage, pour autant que l'outil de codage soit bien conçu.

Remarque : En raison de la répartition des rôles dans le relevé, l'OFS se contente de définir l'enveloppe extérieure de l'interface de transmission, mais ne fournit aucune instruction aux sociétés informatiques pour la réalisation des outils de codage. Il appartient par conséquent aux hôpitaux de

commander aux sociétés informatiques une solution applicable (par exemple affichage des diagnostics supplémentaires en cas de besoin seulement).

#### **Modifications nécessaires dans l'interface informatique**

Introduction des champs supplémentaires nécessaires pour les diagnostics et les traitements (cf. annexe D).

### **3.4 Introduction de la classification des diagnostics CIM 10-GM : extension à 6 positions des champs de diagnostic**

#### **Description**

Jusqu'à présent, la statistique médicale était réalisée sur la base de l'édition OMS de la CIM 10. L'annexe de l'ordonnance concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux stipulait jusqu'ici l'utilisation d'un code à quatre positions, tandis qu'une cinquième position était laissée à la libre disposition des utilisateurs. A noter toutefois que l'édition OMS de la CIM 10 n'est pas utilisée à des fins de facturation, étant donné qu'elle n'offre pas d'indications suffisamment détaillées. SwissDRG demande donc l'adoption de la classification allemande CIM 10-GM, qui compte 5 positions obligatoires. Une sixième position est ajoutée pour d'autres spécifications éventuelles.

#### **Décision et motifs**

Cette modification sera introduite à la demande de SwissDRG.

Selon l'étude de faisabilité, il semble possible d'introduire cette innovation, avec l'aide de SwissDRG. Les hôpitaux doivent être rendus attentifs au fait que les informations en question sont nécessaires pour pouvoir affiner les codes de diagnostic.

#### **Modifications nécessaires dans l'interface informatique**

Extension de tous les champs de diagnostic à 6 positions (cf. annexe D).

Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, la CIM 10 ne compte que cinq positions ; la sixième position est introduite pour anticiper d'éventuels développements à venir. Elle pourrait ainsi servir à indiquer si un diagnostic était déjà posé au moment de l'admission à l'hôpital.

### **3.5 Introduction de la classification complétée des interventions CHOP : extension à 6 positions des champs d'intervention**

#### **Description**

La classification des interventions CHOP, qui compte actuellement quatre positions, est trop peu détaillée pour la facturation des forfaits par cas SwissDRG et devra donc être dotée de codes supplémentaires. Cela ne sera possible qu'à la condition d'en revoir la structure. Il a été décidé de faire passer les codes de quatre à six chiffres, afin de disposer d'une marge de manœuvre suffisante en vue d'adaptations futures.

#### **Décision et motifs**

Cette modification sera introduite à la demande de SwissDRG.

L'extension à six positions des champs Traitements permet d'intégrer les codes de la CHOP complétée.

#### **Modifications nécessaires dans l'interface informatique**

Extension à 6 positions de tous les champs Traitements (cf. annexe D).

### 3.6 Côté(s) du corps faisant l'objet d'un traitement ou d'un diagnostic

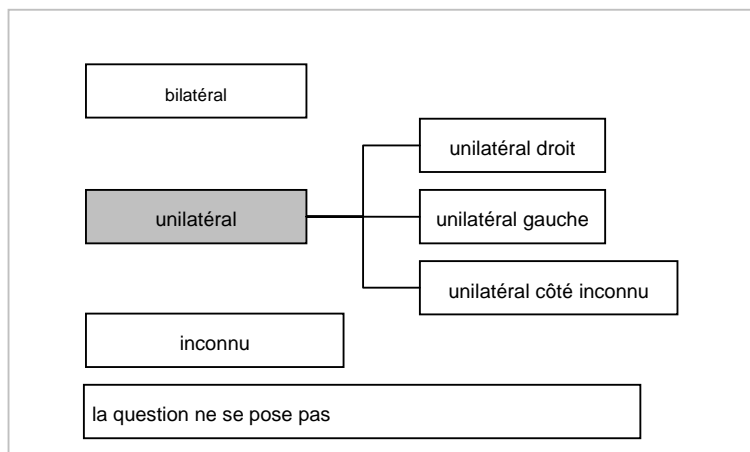
#### Description

Il s'agit là d'une variable supplémentaire permettant de distinguer le côté du corps (droite/gauche) concerné par le traitement ou le diagnostic.

Pour chaque diagnostic ou traitement permettant d'effectuer une telle distinction, on pourra choisir entre les indications suivantes :

- **bilatéral**
- **unilatéral droit**
- **unilatéral gauche**
- **unilatéral côté inconnu**
- **inconnu**
- **la question ne se pose pas.**

Voici les champs de code tels qu'ils sont envisagés (les champs blancs peuvent être codés) :



#### Décision et motifs

Cette innovation, introduite à la demande de SwissDRG, satisfait également aux vœux de l'OFS.

Savoir si un traitement a été effectué deux fois dans une même région ou une fois à droite et une fois à gauche peut se révéler utile aussi bien pour la facturation basée sur des forfaits par cas que pour des questions de qualité. Cette information est également importante pour le diagnostic.

#### Modification de l'interface informatique

Introduction d'un champ supplémentaire pouvant être complété de six valeurs à choix après chaque diagnostic et traitement (cf. annexe D).

Remarque à propos de la valeur « la question ne se pose pas » : cette valeur sera abandonnée dès qu'il sera possible d'écarter les réponses non pertinentes par un procédé de plausibilisation.

### 3.7 Activité de la tumeur

#### Description

Il s'agit d'une variable supplémentaire sur les diagnostics de tumeur (codes CIM C00-D49) qui renseigne sur l'activité d'une tumeur.

Définition de l'activité : par principe, une tumeur est considérée comme active. Elle est considérée comme inactive seulement lorsqu'un diagnostic usuel démontre l'absence d'activité tumorale.

#### **Décision et motifs**

Cette innovation est introduite à la demande de SwissDRG et de divers experts.

Les études épidémiologiques se fondent souvent sur l'activité tumorale dont il est question ici. Cette variable peut aussi servir au regroupement nécessaire au calcul des forfaits par cas.

#### **Modifications nécessaires dans l'interface informatique**

Introduction d'un champ numérique additionnel après chaque diagnostic (cf. annexe D).

### **3.8 Traitement en soins intensifs et heures de ventilation**

#### **Description**

Pour pouvoir différencier les forfaits par cas, il faut disposer d'informations fiables sur les traitements en soins intensifs, qui sont très coûteux. On recourra à cet effet aux données de la Société suisse de médecine intensive (SSMI), qui concernent la durée de séjour, les scores de gravité (p. ex. SAPS, PIM2, CRIB) et les scores de charge de travail (NEMS), ainsi que le nombre d'heures de ventilation. Pour rendre compte de ces dernières, on indiquera uniquement le nombre d'heures de ventilation, dans le champ prévu à cet effet. Cette information sera complétée, dans un champ Traitements, d'un code tiré de la CHOP précisant le type de ventilation.

Ces champs ne seront complétés que si l'hôpital dispose d'une unité de soins intensifs reconnue par la SSMI ou d'une unité de soins intensifs de néonatalogie reconnue.

#### **Décision et motifs**

Cette modification sera introduite à la demande de SwissDRG.

La reprise des définitions de la SSMI permet d'éviter les saisies à double, puisque les données de cette dernière sont déjà relevées dans de nombreux hôpitaux de Suisse.

#### **Modifications nécessaires dans l'interface informatique**

Les champs correspondants (cf. liste de l'annexe C) seront introduits (cf. annexe D pour les détails).

Remarque concernant les heures de ventilation (voir aussi l'annexe B) : la définition des heures de ventilation correspond à celle figurant dans les directives de codage allemandes. A signaler toutefois que seul le nombre d'heures de ventilation doit être indiqué dans ce champ, et non le type de ventilation. Cette information peut être calculée à partir des données de la SSMI (MDSi), en multipliant le nombre d'heures de soins avec ventilation par la durée en heures de l'horaire. L'horaire de soins est défini dans le MDSi.

### **3.9 Poids à l'admission des nourrissons**

#### **Description**

Le poids à l'admission d'un nourrisson (jusqu'à 12 mois) constitue une nouvelle variable de la statistique médicale.

Remarque : le poids à l'admission d'un enfant né à l'hôpital correspond au poids à la naissance, c'est-à-dire que les valeurs indiquées à la variable 2.2.V04 « Poids à la naissance » des données

complémentaires sur les nouveau-nés et à la variable 4.5.V01 « Poids à l'admission » des données supplémentaires sur les groupes de patients doivent être identiques.

### **Décision et motifs**

Cette modification sera introduite à la demande de SwissDRG.

Le poids à l'admission constitue une variable de différenciation, qui sert à déterminer la charge de travail moyenne représentée par un traitement hospitalier. Cette variable sera utilisée pour les calculs effectués selon les directives SwissDRG.

### **Modifications nécessaires dans l'interface informatique**

Un champ pour le poids à l'admission sera introduit (cf. annexe D).

## **3.10 Traitement ambulatoire extra-muros**

### **Description**

Selon les règles de SwissDRG, l'hôpital où séjourne le patient facture également les traitements ambulatoires dispensés à celui-ci dans un autre hôpital. Nous avons cherché un moyen d'identifier ces derniers, pour éviter qu'ils ne soient attribués au premier hôpital. Nous proposons d'introduire une variable permettant de distinguer les deux établissements sur les plans à la fois géographique et juridique.

Valeurs possibles :

Champ vide (valeur par défaut) = la question ne se pose pas ; pas de changement d'aire hospitalière ni d'établissement

1 = même aire hospitalière, autre établissement

2 = autre aire hospitalière, même établissement

3 = autre aire hospitalière, autre établissement

9 = inconnu

Remarque 1 : les médecins agréés qui dispensent dans l'établissement des traitements à titre indépendant doivent être considérés comme faisant partie d'un « établissement tiers ».

Remarque 2 : les définitions de l'aire hospitalière et de l'établissement doivent encore être affinées.

### **Décision et motifs**

Afin d'éviter la disparition des informations collectées jusqu'ici, cette modification sera introduite sous la forme d'une adaptation de la statistique aux nouvelles définitions des cas (définitions de SwissDRG). Cette adaptation empêche notamment l'attribution à un hôpital donné des traitements qui n'ont pas été dispensés dans ce même hôpital.

L'introduction d'un champ de réserve supplémentaire permettra d'ajouter par la suite une information supplémentaire sur l'emplacement de l'établissement et le type d'hôpital où est effectué le traitement ambulatoire.

### **Modifications nécessaires dans l'interface informatique**

Introduction du champ contenant les options décrites plus haut, introduction d'un champ de réserve (cf. annexe D pour les détails).

### **3.11 Localisation de l'hôpital**

#### **Description**

De plus en plus d'établissements fusionnent pour former des unités juridiques couvrant de vastes territoires. Etant donné que la statistique médicale ne relevait jusqu'ici que l'unité juridique de l'établissement (au moyen du numéro figurant dans le Registre des entreprises et des établissements – REE), il n'est plus possible de localiser géographiquement l'endroit où un patient a été traité. Cela rend nécessaire l'introduction de variables permettant une telle localisation. Par manque de temps, il n'a cependant pas été possible de définir avec précision la notion de localisation. Le choix de la variable s'est donc porté provisoirement sur le numéro postal d'acheminement de l'hôpital. Cette information ne permettant pas une différenciation suffisante, elle est complétée d'un champ de réserve supplémentaire, qui servira à préciser le lieu d'implantation de l'hôpital, lorsque les critères de délimitation auront été affinés.

#### **Décision et motifs**

La modification sera introduite à la demande de l'OFS et d'autres utilisateurs des données, afin d'empêcher que les regroupements d'hôpitaux ne rendent impossible à terme la localisation de l'hôpital où est traité le patient. La question de la localisation d'un hôpital revêt une grande importance pour la planification hospitalière notamment (accessibilité aux soins).

#### **Modifications nécessaires dans l'interface informatique**

Il est prévu d'ajouter deux champs (numéro postal, champ de réserve), conformément à l'annexe D. Nous recommandons l'attribution par défaut du NPA de l'hôpital pour éviter un surcroît de travail aux personnes chargées du codage.

### **3.12 Date du traitement**

#### **Description**

La date de chaque traitement est utile pour déterminer si des traitements ont été dispensés de manière simultanée ou successive. SwissDRG a besoin de cette variable pour distinguer les groupes de cas.

#### **Décision et motifs**

Cette modification sera introduite à la demande de SwissDRG.

Outre l'utilité qu'elle présente pour SwissDRG, la date constitue également une variable intéressante d'un point de vue de l'assurance-qualité, car elle permet d'identifier les réopérations.

#### **Modifications nécessaires dans l'interface informatique**

Chaque champ Traitements est complété d'un champ Date (cf. annexe D).

### **3.13 Périmètre crânien à la naissance**

#### **Description**

Le périmètre crânien (tour de tête) est mesuré à la naissance à l'aide d'un ruban métrique.

#### **Décision et motifs**

Cette modification sera introduite par l'OFS à la demande de certains utilisateurs des données.

La charge de travail supplémentaire devrait être faible, les données en question existent et leur utilité pour les épidémiologistes et, éventuellement, pour la définition des DRG est jugée élevée. Le

périmètre crânien constitue, avec le poids à la naissance, la taille et l'âge gestationnel, le principal indicateur permettant de prédire le développement intellectuel futur et de pronostiquer la présence de pathologies. Il peut de plus être utilisé comme critère de différenciation pour différents DRGs.

Remarque concernant la disponibilité des données : d'après les spécialistes en néonatalogie, le périmètre crânien est déjà relevé partout par les sages-femmes (y compris lors des naissances à domicile) et est reporté depuis 2007 dans le carnet de santé suisse. Dans les autres pays européens, le périmètre crânien est également mesuré de manière systématique.

#### **Modifications nécessaires dans l'interface informatique**

Ajout d'un champ supplémentaire à la série de données (cf. annexe D).

### **3.14 Numéro du cas dans la statistique des données économiques par cas**

#### **Description**

La statistique des données économiques par cas comporte une variable intitulée « numéro du cas » permettant d'identifier de manière univoque chaque cas d'un hôpital. Ce numéro peut correspondre au numéro de cas attribué en interne par l'hôpital ou à un autre identificateur alphanumérique univoque. Le numéro de cas sera désormais également relevé dans la statistique médicale, pour permettre l'appariement de données. Le numéro relevé dans la statistique médicale devra être identique au numéro de cas correspondant de la statistique des données économiques par cas.

#### **Décision et motifs**

Ce numéro est introduit à l'initiative de l'OFS mais ne sera relevé que dans les hôpitaux du réseau. Cette adaptation est nécessaire pour que SwissDRG, entre autres, puisse procéder à l'appariement des données, afin d'éviter les relevés à double.

#### **Modifications nécessaires dans l'interface informatique**

Un champ alphanumérique devra être introduit, sur le modèle du champ correspondant de la statistique des données économiques par cas. Son contenu sera crypté à des fins de transmission (cf. annexe D).

Le champ en question sera complété uniquement par les hôpitaux qui livrent des données pour la statistique des données économiques par cas (hôpitaux du réseau). Dans les autres hôpitaux, la valeur par défaut sera «Pas d'indication».

### **3.15 Champs de réserve**

#### **Description**

En plus des modifications décrites ci-dessus, 20 champs de réserve seront prévus pour pouvoir introduire rapidement des modifications imprévues et urgentes, sans avoir à modifier l'interface. Cinq de ces champs permettent une transmission cryptée.

#### **Modifications nécessaires dans l'interface informatique**

Introduction de 20 champs alphanumériques (cf. annexe D).

## **4 Liste des propositions de modification rejetées**

### **4.1 Centres de prise en charge des coûts**

#### **Description**

Actuellement, on ne relève, pour chaque cas, qu'un seul centre de prise en charge des coûts. Le souhait a été émis que d'autres centres de prise en charge des coûts soient introduits, afin de représenter la situation de manière plus détaillée.

#### **Décision et motifs**

Cette modification ne sera pas introduite.

L'étude de faisabilité a montré que les différences d'application des directives actuelles sont la principale raison des disparités relativement importantes relevées dans la statistique. L'ajout de centres de prise en charge supplémentaires apparaît donc inopportune, aussi longtemps que d'autres mesures n'auront pas permis d'améliorer la qualité. Le cas échéant, une partie des 20 champs de réserve introduits pourra servir à saisir des centres de prise en charge supplémentaires.

### **4.2 Motifs d'une admission extra-cantonale**

#### **Description**

Cette variable aurait permis de savoir si une admission hospitalière extra-cantonale est motivée par des raisons médicales ou non médicales.

#### **Décision et motifs**

Cette modification ne sera pas introduite.

Il faut se demander si les données en question ne pourraient pas être obtenues d'une autre manière (par voie administrative p. ex.). Nous renonçons pour l'heure à introduire cette modification, pour éviter que des données ne soient relevées à double. Cette modification pourra être introduite ultérieurement si un intérêt subsiste.

### **4.3 Médicaments et implants**

#### **Description**

L'introduction de cette variable aurait permis d'indiquer, à partir d'une liste préétablie, les médicaments et les implants coûteux.

#### **Décision et motifs**

Cette modification ne sera pas introduite dans la statistique médicale. Il est toutefois prévu de l'introduire dans la classification des interventions CHOP.

### **4.4 Séjour avant la réadmission (lors d'un regroupement de cas)**

#### **Description**

Cette variable aurait permis de connaître, lors d'un regroupement de cas, le lieu de séjour avant la réadmission.

#### **Décision et motifs**

L'OFS renonce à introduire cette variable, afin de ne pas alourdir davantage le travail de codage.

## Annexe A – Règle de codage concernant la distinction entre cas aigus et cas non aigus

A l'avenir, une distinction sera établie entre les cas hospitaliers relevant des soins aigus et les cas hospitaliers ne relevant pas des soins aigus. Cette nouveauté concerne les patients dits en attente<sup>6</sup> et les patients transférés à l'intérieur de l'hôpital dans un service spécialisé dans les soins chroniques, soit dans un service de réadaptation ou de gériatrie. Une telle situation génère un cas aigu (cas médical) et un cas non aigu (jours d'attente ou cas de soins).

**Sont considérés comme jours d'attente les jours que le patient passe à l'hôpital pour des raisons d'organisation après un séjour motivé pour des raisons médicales dans un service de soins aigus, alors qu'aucun séjour dans un service de soins aigus n'est nécessaire d'un point de vue médical.**

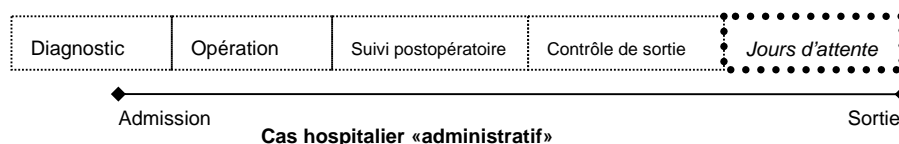
**Il revient à la personne médicalement responsable du patient (en général le médecin-chef) de décider du moment où les soins aigus prennent fin.**

Peu importe que le patient séjourne dans le même service (de soins aigus) qu'auparavant (et qu'il bénéficie du même encadrement) ou qu'il ait été transféré dans un service spécialisé dans les soins chroniques.

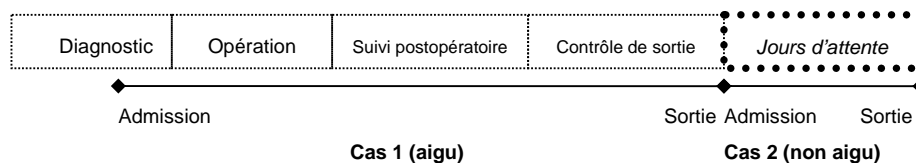
### Codage

Lorsque le cas aigu est terminé, une sortie administrative est effectuée et un nouveau cas est généré. Cette sortie administrative (cas aigu) doit avoir lieu à minuit (23h59 ou 23h), l'admission (cas non aigu) à 0h00 du jour suivant. Cette solution permet d'éviter que le jour de sortie et le jour d'entrée ne soient comptabilisés deux fois.

Auparavant:



Désormais:



### Cas 1 (aigu)

- 1.5.V01 «Date et heure de sortie» = 23 (p. ex. 2008120123)
- 1.5.V02 «Décision de sortie» = 4 (Transfert interne)
- 1.5.V03 «Séjour après la sortie» = 8 (Autre) [égal. valable pour la gériatrie]

<sup>6</sup> Patients attendant qu'une place se libère dans une autre unité de soins non aigus.

En cas de transfert interne en unité de réadaptation ou de psychiatrie, indiquer les valeurs correspondantes (respectivement 4 et 5)

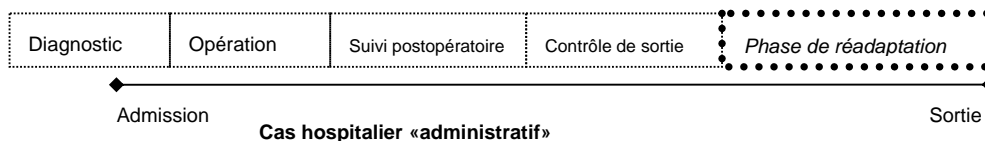
**Cas 2 (non aigu)**

- 1.2.V01 «Date et heure d'admission» = 00 (p. ex. 2008120200)
- 1.2.V02 «Séjour avant l'admission» = 8 (Autre)
- 1.2.V03 «Mode d'admission» = 4 (Transfert interne)
- 1.6.V01 «Diagnostic principal» = Z75.8 (Problèmes liés aux installations médicales ou autres soins de santé : Autres problèmes liés aux installations médicales ou autres soins de santé) [ne s'applique qu'aux patients en attente : transferts internes en unité de réadaptation, de gériatrie ou de psychiatrie sont codées au moyen des codes de diagnostics principaux habituels (selon cas 2)]

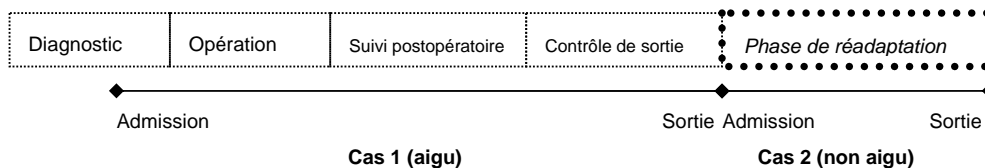
Cette méthode de codage permet d'identifier en tout temps, pour chaque cas aigu (cas 1), le cas non aigu correspondant (cas 2). Un autre élément d'identification est constitué par le code de liaison anonyme, qui doit être identique dans les deux cas.

La même réglementation s'applique, à quelques détails près (voir ci-dessus), au **transfert interne** d'un service de soins aigus dans un service de soins non aigus (réadaptation ou gériatrie) du même établissement:

Auparavant:



Désormais:



La variable «Transfert interne» (variables 1.5.V03 et 1.2.V04) ne doit être utilisée dans aucun autre cas.

## Annexe B – Codage des heures de ventilation pour G-DRG

Extrait de:

DEUTSCHE KODIERRICHTLINIEN, Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien, für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren, Version 2008

– Spezielle Kodierrichtlinien Krankheiten des Atmungssystems

1001

### • KRANKHEITEN DES ATMUNGSSYSTEMS

#### 1001g Maschinelle Beatmung

##### Definition

Maschinelle Beatmung („künstliche Beatmung“) ist ein Vorgang, bei dem Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung in die Lunge bewegt werden. Die Atmung wird unterstützt durch das Verstärken oder Ersetzen der eigenen Atemleistung des Patienten. Bei der künstlichen Beatmung ist der Patient in der Regel intubiert oder tracheotomiert und wird fortlaufend beatmet. Bei intensivmedizinisch versorgten Patienten kann eine maschinelle Beatmung auch über Maskensysteme erfolgen, wenn diese an Stelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt werden.

##### Kodierung

Wenn eine maschinelle Beatmung die obige Definition erfüllt, ist

- 1) zunächst die **Dauer** der künstlichen Beatmung zu erfassen. Hierfür steht ein separates Datenfeld im Datensatz nach § 301 SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch) sowie § 21 KHEntgG (Krankenhausentgeltgesetz) zur Verfügung.
- 2) Dann ist **zusätzlich**:
  - 2a) einer der folgenden Codes  
8-701 *Einfache endotracheale Intubation*  
8-704 *Intubation mit Doppellumentubus*  
8-706 *Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung*  
und/oder
  - 2b) der zutreffende Kode aus  
5-311 *Temporäre Tracheostomie* oder  
5-312 *Permanente Tracheostomie*  
anzugeben, wenn zur Durchführung der künstlichen Beatmung ein **Tracheostoma** angelegt wurde.
- 3) Bei **Neugeborenen und Säuglingen** ist **zusätzlich** ein Kode aus  
8-711 *Maschinelle Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen*  
anzugeben.

**Anmerkung:** Bei Neugeborenen sind darüber hinaus auch andere atmungsunterstützende Maßnahmen wie z.B. Sauerstoffzufuhr (8-720) zu verschlüsseln, soweit nicht eine maschinelle Beatmung erfolgt. Hier ist die Beatmungsdauer nicht zu kodieren.

##### Berechnung der Dauer der Beatmung

Eine maschinelle Beatmung (siehe Definition, Abs. 1), die zur Durchführung einer Operation oder während einer Operation begonnen wird und die **nicht länger als 24 Stunden** dauert, **zählt nicht** zur Gesamtbeatmungszeit. Die maschinelle Beatmung während einer Operation im Rahmen der Anästhesie wird als integraler Bestandteil des chirurgischen Eingriffs angesehen.

Wenn die maschinelle Beatmung jedoch zur Durchführung einer Operation oder während einer Operation begonnen wird und **länger als 24 Stunden** dauert, dann **zählt** sie zur Gesamtbeatmungszeit. Die Berechnung der Dauer beginnt in diesem Fall mit der

während einer Operation im Rahmen der Anästhesie wird als integraler Bestandteil des chirurgischen Eingriffs angesehen.

Wenn die maschinelle Beatmung jedoch zur Durchführung einer Operation oder während einer Operation begonnen wird und **länger als 24 Stunden** dauert, dann **zählt** sie zur Gesamtbeatmungszeit. Die Berechnung der Dauer beginnt in diesem Fall mit der Intubation; die Intubation ist in diesem Fall zu kodieren, obwohl sie zur Operation durchgeführt wurde.

Eine Beatmung, die nicht zum Zweck einer Operation begonnen wurde, z.B. in der Intensivbehandlung nach einer Kopfverletzung oder einer Verbrennung, zählt unabhängig von der Dauer immer zur Gesamtbeatmungszeit. Werden bereits beatmete Patienten operiert, so zählt die Operationszeit zur Gesamtbeatmungszeit.

Bei einer/mehreren Beatmungsperiode(n) während eines Krankenhausaufenthaltes ist zunächst die Gesamtbeatmungszeit gemäß obigen Regeln zu ermitteln, die Summe ist zur nächsten ganzen Stunde aufzurunden. (s.a. DKR P012 *Prozeduren, unterschieden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl* (Seite 49) und DKR P005 *Multiple/Bilaterale Prozeduren* (Seite 44)).

### Beginn

Die Berechnung der Dauer der Beatmung beginnt mit **einem der folgenden Ereignisse:**

- **Endotracheale Intubation**

Für Patienten, die zur künstlichen Beatmung intubiert werden, beginnt die Berechnung der Dauer mit dem Anschluss an die Beatmungsgeräte.

Gelegentlich muss die endotracheale Kanüle wegen mechanischer Probleme ausgetauscht werden. Zeitdauer der Entfernung und des unmittelbaren Ersatzes der endotrachealen Kanüle sind in diesem Fall als Teil der Beatmungsdauer anzusehen; die Berechnung der Dauer wird fortgesetzt.

Für Patienten, bei denen eine künstliche Beatmung durch endotracheale Intubation begonnen und bei denen später eine Tracheotomie durchgeführt wird, beginnt die Berechnung der Dauer mit der Intubation. Die Zeitdauer der Beatmung über das Tracheostoma wird hinzugerechnet.

- **Maskenbeatmung**

Die Berechnung der Dauer der künstlichen Beatmung beginnt zu dem Zeitpunkt, an dem die maschinelle Beatmung einsetzt.

- **Tracheotomie**

(mit anschließendem Beginn der künstlichen Beatmung). Die Berechnung der Dauer der künstlichen Beatmung beginnt zu dem Zeitpunkt, an dem die maschinelle Beatmung einsetzt.

- **Aufnahme eines beatmeten Patienten**

Für jene Patienten, die maschinell beatmet aufgenommen werden, beginnt die Berechnung der Dauer mit dem Zeitpunkt der Aufnahme (s.a. „Verlegte Patienten“, unten).

### Ende

Die Berechnung der Dauer der Beatmung endet mit **einem der folgenden Ereignisse:**

- **Extubation**

- **Beendigung der Beatmung** nach einer Periode der Entwöhnung.

**Anmerkung:**

Für Patienten mit einem Tracheostoma (nach einer Periode der Entwöhnung) gilt:

Bei beatmeten Patienten wird die Trachealkanüle für einige Tage (oder länger, z.B. bei neuromuskulären Erkrankungen) an ihrem Platz belassen, nachdem die künstliche Beatmung beendet wurde. Die Berechnung der Beatmungsdauer ist in diesem Fall zu dem Zeitpunkt beendet, an dem die maschinelle Beatmung eingestellt wird.

- **Entlassung, Tod oder Verlegung** eines Patienten, der eine künstliche Beatmung erhält (s.a. „Verlegte Patienten“, unten).

Die **Methode der Entwöhnung** (z.B. CPAP, SIMV, PSV) von der künstlichen Beatmung wird nicht kodiert.

Die **Dauer der Entwöhnung** wird insgesamt (inklusive beatmungsfreier Intervalle während der jeweiligen Entwöhnung) bei der Berechnung der Beatmungsdauer eines Patienten hinzugezählt. Es kann mehrere Versuche geben, den Patienten vom Beatmungsgerät zu entwöhnen.

### Verlegte Patienten

#### Beatmete und/oder intubierte Patienten

Wenn ein **beatmeter** Patient verlegt wird, finden die folgenden Grundregeln Anwendung: Das verlegende Krankenhaus erfasst die Dauer der dort durchgeführten Beatmung und gibt die zutreffenden Codes an:

- für den Zugang bei maschineller Beatmung (8-70),
- für die Tracheostomie (5-311; 5-312),
- für maschinelle Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen (8-711),

wenn diese Maßnahmen von der verlegenden Einrichtung durchgeführt worden sind.

Das aufnehmende Krankenhaus erfasst die Dauer der dort durchgeführten Beatmung, bei Neugeborenen wird zusätzlich ein Kode aus 8-711 zugewiesen. Ein Kode für die Einleitung der Beatmung wird nicht angegeben, da diese Maßnahmen vom verlegenden Krankenhaus durchgeführt wurden.

Wenn ein **nicht beatmeter** intubierter Patient verlegt wird, kodiert das verlegende Krankenhaus den Zugang bei maschineller Beatmung (8-70) sowie ggf. die Tracheostomie (5-311; 5-312). Das aufnehmende Krankenhaus kodiert diese bereits geleisteten Prozeduren nicht noch einmal.

#### Intubation ohne maschinelle Beatmung

Eine Intubation kann auch durchgeführt werden, wenn keine künstliche Beatmung erforderlich ist, z.B. wenn es notwendig ist, den Luftweg offen zu halten. Kinder können bei Diagnosen wie Asthma, Krupp oder Epilepsie intubiert werden, und Erwachsene können in Fällen von Verbrennungen oder schwerem Trauma intubiert werden.

Eine Intubation ist in diesen Fällen mit einem Kode aus 8-700 *Offenhalten der oberen Atemwege*

8-701 *Einfache endotracheale Intubation*

zu verschlüsseln.

#### Kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck (CPAP)

Kodes aus

## Annexe C – « Minimal Dataset » de la Société suisse de médecine intensive

Le « Minimal Dataset » de la Société suisse de médecine intensive peut être téléchargée à l'adresse suivante:

[http://www.sgi-ssmi.ch/fileadmin/user\\_upload/Qualitaet/PDF/MDSi\\_22\\_1\\_dt1.pdf](http://www.sgi-ssmi.ch/fileadmin/user_upload/Qualitaet/PDF/MDSi_22_1_dt1.pdf) (dernier accès: 10.05.2008)

### Éléments qui doivent être repris dans la statistique médicale:

Données SSMI devant être exportées vers la base de données centrale	Contenu	Validation SSMI	Reprise dans nouvelle série de données de la statistique médicale (1 seule série de données par séjour hospitalier)
LOS (Length of stay en jours)	[nnn.nn]	Not null: range 0.00 - 999.99, somme (cat1-3)/3 > LOS	<b>OUI, mais reprise du séjour en heures (comme précédemment)<sup>7</sup></b>
Degré de gravité de la maladie aiguë	[nnn]	Not null: 0 – 200 (score)	<b>OUI Somme des scores de tous les séjours USI</b>
Nature du score	[S/P/C]	Not null: S ou P ou C (si AGE < 16: P ou C)	<b>OUI</b>
NEMS, total de tous les horaires de soins*	[nnnnnn]	Not null	<b>OUI</b>
NEMS ventilation (nombre d'horaires)	[nnn]		<b>OUI, mais en nombre d'heures (conversion des horaires en heures)</b>
2 champs de réserve	2 x [nnnnnn]		Prévu surtout pour pouvoir utiliser en parallèle plusieurs scores ou de nouveaux scores

\*Pour les horaires de 8 heures, les points NEMS sont cumulés. Pour les horaires de 12 heures, le nombre de points correspondant au score NEMS par horaire est multiplié d'un facteur 1,5, puis les résultats sont cumulés.

## Annexe D – Spécifications de la statistique médicale à partir de 2009

Le document « Variables de la statistique médicale : spécifications valables dès 2009 (« conception d'interface ») figure à la suite du présent document.

<sup>7</sup> Cf. Variable 1.3.V03 « Séjour en soins intensifs »