



Instructions et informations destinées aux offices cantonaux responsables du relevé des données

Statistique des hôpitaux

Codage du centre de prestation : La variable du centre de prestation répond à une définition différente selon que l'on se place dans la logique de la responsabilité hébergeante, laquelle est appliquée dans la statistique administrative (KS) ou dans la logique de la responsabilité médicale, dont relève la statistique médicale (MS). Des clarifications supplémentaires s'appliquent lors de séjours dans plusieurs services.

N° de feuille : 03-KS-2004

Date: 03.2004

Thème: **Précisions concernant le centre de prestations /
centre de prise en charge des coûts**

Mêmes remarques que pour 08-MS-2004

Contexte : Dans le cadre des statistiques des établissements de santé, les hôpitaux doivent définir à quel centre de prestations les cas hospitaliers traités dans leur établissement doivent être attribués. Il n'est pas toujours aisé pour le codeur de savoir s'il s'agit de renseigner sur l'aspect médical ou l'aspect comptable. Il apparaît donc nécessaire de clarifier la notion de « centre de prestations » dans la KS et de « centre de prise en charge des coûts » dans la MS.

Question :

- Comment doit-on attribuer le centre de prestation lorsqu'une personne hospitalisée a transité par plusieurs services ?
- Quelle sont les pratiques à adopter pour la statistique administrative et la statistique médicale?

Exemple :

- Un patient, hospitalisé pour une opération chirurgicale, est placé en médecine interne par manque de place en service de chirurgie et y a passé la plus grande partie de son séjour à l'hôpital.
- Un hôpital, qui n'a pas de service ORL reconnu, doit placer un patient venu pour une affection ORL dans son service de médecine.

Principe : Pour la statistique administrative des hôpitaux (KS) : Le critère déterminant est le lieu d'hébergement des patients. Si le patient a transité dans plusieurs services, il y a lieu de reporter chaque journée du séjour dans le centre de prestation correspondant.

De plus en plus d'hôpitaux ne sont plus organisés selon le plan comptable de H+ de 1992, soit en divisions de médecine interne (M100), de chirurgie (M200) etc., mais disposent uniquement de différentes unités de soins sans spécification médicale particulière. Dans ce cas, il faut indiquer dans la statistique administrative des hôpitaux (KS) les journées d'hospitalisation et les sorties dans le centre de prestation qui a assumé la responsabilité médicale (en analogie à la statistique médicale).

Pour la statistique médicale (MS) des hôpitaux : Le critère déterminant est la responsabilité médicale. Lorsque le patient a été pris en charge par plusieurs services, le centre de prise en charge sera celui où a été effectué le traitement principal (le plus lourd en terme de ressources)

Application : Dans l'exemple 1 décrit ci-dessus, le cas se verra attribué le code M100 (médecine interne) pour la KS, respectivement M200 (chirurgie) pour la MS.

Dans l'exemple 2, on enregistrera le cas dans le centre de prestation M100 pour la KS (le patient s'y trouve physiquement). Pour la MS, on choisira le code du service auquel le spécialiste est rattaché (p.ex. M100 s'il est rattaché au service de médecine interne, M200 s'il est rattaché au service de chirurgie)

C'est donc l'aspect comptable qui est retenu dans la KS et la responsabilité médicale dans la MS.

Remarque : En raison des principes décrits plus haut, la distribution des centres de prise en charge peut varier pour un même hôpital selon que l'on examine les résultats de la statistique administrative des hôpitaux et ceux de la statistique médicale des hôpitaux.