



FAQ SpiGes

Décembre 2023

Contenu

Questions de contenu.....	2
1 Données générales.....	2
1.1 Rôles et parties prenantes.....	2
1.2 Adaptations du contenu.....	3
1.3 Population et unités d'enquête.....	3
1.4 ITAR_K@.....	4
2 Identifiants	5
3 Données de cas	6
3.1 Administratif.....	6
3.2 Nouveau-nés.....	6
3.3 Psychiatrie.....	6
3.4 Diagnostics.....	7
3.5 Traitements.....	7
3.6 Médicaments	8
3.7 Factures	8
3.8 Mouvement des patients	8
3.9 Unité finale d'imputation «Cas»	9
4 Coûts et produits non reliées à un cas.....	9
5 Passerelle d'ajustement.....	10
Questions techniques	11

Questions de contenu

1 Données générales

1.1 Rôles et parties prenantes

1. Qui l'hôpital contacte-t-il s'il a des questions concernant le contenu de l'enquête SpiGes ?
 - En cas de questions professionnelles ou techniques concernant SpiGes, l'hôpital s'adresse en premier lieu à son instance cantonale en charge du relevé.
2. Quel sera à l'avenir le rôle des cantons, en particulier des partenaires cantonaux de l'enquête ?
 - Les services cantonaux chargés de l'enquête collaborent au relevé de l'OFS comme jusqu'à présent (population de base, coordination et communication avec les hôpitaux, rappels, etc.).
 - L'office cantonal de la santé compétent libère désormais fin juillet les données des entreprises hospitalières situées sur son territoire pour une utilisation selon la LAMal sur la plateforme SpiGes.
3. Il existe dans SpiGes des variables facultatives qui peuvent être remplies selon les directives du canton. Jusqu'à quand le canton doit-il communiquer aux établissements ou à l'OFS quelles variables doivent être remplies ? Le canton est-il libre de décider quels éléments facultatifs doivent être remplis ?
 - Les cantons communiquent à leurs hôpitaux la mise à disposition des variables facultatives (p. ex. op_gln) suffisamment tôt pour que celles-ci soient saisies dans le système d'information de l'hôpital à partir des données 2024. Le canton décide, conformément à ses directives dans le domaine de la santé, lesquelles peuvent être plus spécifiques que les directives nationales pour ces variables.
4. Les hôpitaux souhaitent qu'une séance d'information soit organisée afin de leur donner une meilleure vue d'ensemble des exigences à venir. Une telle réunion est-elle prévue par l'OFS ?
 - L'OFS a déjà organisé 4 séances d'information pour un large public, auxquelles quelques hôpitaux ont également participé. H+ a informé ses hôpitaux à chaque fois. Etant donné qu'à l'heure actuelle, ce ne sont plus des questions conceptuelles qui se posent mais des thèmes très spécifiques, l'OFS ne considère pas qu'une telle manifestation soit l'instrument approprié. L'OFS rassemble les questions reçues et mettra en ligne la FAQ sur le site web de SpiGes.
5. Est-ce que les exigences de l'ANQ pourront également être satisfaites à l'avenir avec le fichier XML ?
 - L'OFS est en contact avec l'ANQ afin d'harmoniser les variables et les formats SpiGes.
6. Est-ce que vous pourriez m'indiquer la base légale qui oblige les hôpitaux à transmettre la statistique ?
 - Conformément à l'art. 23 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10), à l'art. 6 al. 4 de la loi du 9 octobre 1992 sur la statistique fédérale (LSF ; RS 431.01), à l'art. 6 al. 1 de l'ordonnance du 30 juin 1993 concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux (RS 431.012.1) et aux dispositions relatives à la statistique des hôpitaux et à la statistique médicale annexées à ladite ordonnance, tous les hôpitaux sont tenus de fournir à l'Office fédéral de la statistique les données requises sous la forme prescrite et dans le délai fixé.

1.2 Adaptations du contenu

7. Quelles sont les variables qui changent avec SpiGes ?
 - SpiGes a surtout des répercussions importantes sur le processus de contrôle des données et le format des données de la livraison. En ce qui concerne les données médicales (MS actuel), seuls quelques points changent. Les plus importants pour vous devraient être les suivants :
 - Le traitement principal est supprimé.
 - Le complément au diagnostic principal est supprimé.
 - Les diagnostics et les traitements peuvent désormais être saisis en nombre illimité.
 - Le temps de prestation chirurgicale est saisi pour les procédures chirurgicales.
 - Le début du traitement doit être saisi avec l'heure (de l'opération dans son ensemble) pour les procédures chirurgicales.
 - La référence entre plusieurs diagnostics (dague/étoile, point d'exclamation) est désormais saisie avec une variable de référence (diagnose_zusatz) saisi à la place du caractère spécial.
 - La meilleure façon de suivre toutes les modifications apportées à l'ensemble de données ainsi que les détails exacts est de prendre la liste des variables et de filtrer la colonne "Nouveau/Variable MS" pour distinguer les nouvelles variables et les variables adaptées.
 - Les données de facturation et les coûts, respectivement les recettes, sont désormais collectées
 - Vous trouverez ici le jeu de données complet :
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/projet-spigges.assetdetail.25885643.html>
8. Quel est l'impact de SpiGes sur les directives de codage ?
 - Vous trouverez ces informations dans le manuel de codage. Celui-ci peut être téléchargé sous le lien suivant :
 - <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/nomenclatures/medkk.html>
9. Quel est le contenu du rapport national de vérification ?
 - Le contenu exact du rapport national de vérification dépend des contrôles qui sont actuellement élaborés avec un groupe de travail comprenant toutes les parties prenantes. Pour l'essentiel, le rapport national de vérification comprend les contrôles positifs ainsi que les justifications officielles de ces contrôles (un extrait du chat relatif au contrôle).

1.3 Population et unités d'enquête

10. Lors de l'introduction de SpiGes ou au moment de la définition de la population de base pour la première enquête SpiGes, travaille-t-on encore avec les «listes d'hôpitaux» traditionnelles ou déjà avec SpiReg ?
 - Lors de la première enquête SpiGes (données 2024) en 2025, la population KS est encore importée manuellement sous forme de listes Excel.
 - L'actuel «REE» s'appellera «REEGESV» et restera l'identifiant de l'hôpital. Le «REE de site» s'appellera «REE» à partir des données 2024 (relevé 2025).
11. Quelle est la différence entre une entreprise hospitalière, un hôpital et un site hospitalier ?
 - Une entreprise hospitalière est une entreprise dont le code NOGA est 861001 (hôpitaux généraux), 861002 (cliniques spécialisées) ou 869004 (maisons de naissance). Elle est désignée de manière univoque par le numéro d'identification IDENT.
 - Dans le relevé SpiGes, l'hôpital est une unité qui remplit un ITAR_K et sur lequel se base la définition de cas de SwissDRG SA. Un hôpital est identifié par le n° REE GESV qui n'est géré que sur la base de données de GESV.
 - Un site hospitalier est clairement identifié par le numéro REE et appartient toujours à une seule entreprise hospitalière.

Le tableau suivant montre, à titre d'exemple, une entreprise (IDE/IDENT)¹ avec 12 hôpitaux (REEGESV)² et 14 sites (REE)³ :

IDENT	Entreprises hosp.	REEGESV	Hôpital	KT REE	REE	Site de l'hôpital
101491144	SMN AG	71192114	SMN AG Clinique Générale-Ste-Anne	FR	60207465	Clinique Générale-Ste-Anne
		71275535	SMN AG Clinica Sant'Anna	TI	51908937	Clinique Sant'Anna
		71276083	SMN AG Clinique privée Obach	SO	51995395	Clinique privée Obach
		71277988	SMN AG Clinica Ars Medica	TI	53832081	Clinique Ars Medica
		71284320	SMN AG Clinique de Valère	VS	61429014	Clinique de Valère
		71286029	SMN AG Clinique privée Belair	SH	40896709	Clinique privée Belair
		71289580	SMN AG Privatklinik Villa im Park	GT	45214175	Clinique privée Villa im Park
		71289800	SMN AG Clinique de la douleur Bâle	BS	45835933	Clinique de la douleur de Bâle
		71297120	SMN AG Clinique privée Lindberg	ZH	41194623	Clinique privée Lindberg
		71319103	SMN AG Privatklinik Bethanien	ZH	65486259	Clinique privée Bethanien
		87822855		NE	52154638	Hôpital de la Providence
				NE	53912229	Clinique Montbrillant
				NE	95702870	Hôpital de la Providence
		99474061	SMN AG Clinique privée Siloah	BE	99474061	Clinique privée Siloah

12. Quels sont les termes synonymes d'entreprise hospitalière, d'hôpital et de site hospitalier utilisés dans l'enquête SpiGes ?

Niveau	Termes synonymes
Entreprise hospitalière Unité juridique	entreprise (hospitalière)
Hôpital (selon indication du canton, enquête MS/KS, définition de cas)	hôpital, institution, clinique, établissement (hospitalier)
Site de l'hôpital Unité locale	site (hospitalier)

13. Comment déterminer à quel hôpital (REEGESV) appartient un site (REE) ?
- Nous demandons l'attribution des sites (REE) aux hôpitaux (REEGESV) lors de la collecte de la population de base. Dans ce processus, ce sont les cantons, en collaboration avec les hôpitaux, qui nous donnent l'information.
 - Le burnr_gesv est également relevé à la demande de nos partenaires.
14. Qu'est-ce qu'un centre de prestations principal (p. ex. M000, M050) ?
- Un centre de prestations est une unité organisationnelle de l'hôpital dans laquelle sont fournies, entre autres, des prestations médicales, médico-techniques ou médico-thérapeutiques. L'enquête SpiGes indique dans quel centre de prestations médicales principal le patient est traité.

1.4 ITAR_K®

15. SpiGes ne collecte des informations que sur les cas stationnaires. Comment la partie ambulatoire d'ITAR_K® peut-elle être remplie ?
- L'ITAR_K® peut être établi avec les données SpiGes. Les données ambulatoires sont collectées dans les types d'UFI prévus à cet effet (p. ex. tarif laboratoire).

¹ ID accessible au public

² BURGESS pseudonymisé

³ REE pseudonymisé

16. Comment l'ITAR_K® est-il établi par les cliniques qui ne font que partie d'une entreprise hospitalière ? (p.ex. la Clinique Sainte-Anne de Fribourg fait partie de Swiss Medical Network SA)
 - La Clinique Sainte-Anne de Fribourg remplira la comptabilité financière (et toutes les autres données) dans la statistique des hôpitaux (KS) par clinique (niveau REEGESV). Les coûts issus de SpiGes peuvent être agrégés par REEGESV.
17. Les données sur les coûts doivent être saisies avant le 31 mars. Ces données doivent-elles avoir été révisées ? Actuellement, nous ne pourrions pas le faire, car les comptes annuels ne sont révisés que fin mars.
 - A cette date, les données de coûts doivent avoir été vérifiées automatiquement pour la première fois sur la plateforme SpiGes. La révision des comptes peut avoir lieu plus tard.
18. Nous ne trouvons pas la variable SpiGes qui permettrait de diriger les recettes/coûts PIG directement liés à un cas vers la colonne « PIG » de ITAR_K®. Comment sera-t-il possible de reconstituer la colonne PIG de ITAR_K® à travers SpiGes?
 - En ce qui concerne la représentation des prestations d'intérêt général, SpiGes s'en tient en principe à la jurisprudence et aux recommandations de l'association des hôpitaux H+. REKOLE® prévoit que les coûts des prestations d'intérêt général liées à un cas soient représentés sur le cas, mais que les produits soient représentés sur une unité finale d'imputation PIG séparé. Les coûts et les produits des PIG indépendants des cas sont également représentés sur une unité finale d'imputation PIG séparé.
 - D'un point de vue technique, il est toutefois possible de s'écarter des prescriptions de REKOLE®. Les coûts et les recettes des PIG liés aux cas peuvent également être saisis sur une unité finale d'imputation propre (type KTR 700-799). Cela est également laissé à l'appréciation du canton. Dans ce cas, il est important que les coûts et les produits pour les prestations AOS soient tout de même saisis sur le cas (type KTR = 1).

2 Identifiants

19. Le numéro AVS est un champ obligatoire. Malgré tout, il y aura des cas sans numéro AVS. Où est décrit ce qui doit être mis dans la variable dans ce cas ?
 - Précisément cette question est encore ouverte. Dans la description des variables, on peut lire : «Remarque : en ce qui concerne les personnes qui ne peuvent pas avoir de numéro AVS, des clarifications sont encore en cours (voir aussi la colonne "A indiquer pour")». A court terme, il est envisagé de laisser la variable vide dans ce cas ou d'indiquer un numéro fictif. Mais certains cantons frontaliers se sont fortement opposés à cette idée, raison pour laquelle cette question sera encore clarifiée plus en détail à long terme. .
20. Le numéro AVS doit être utilisé pour la collecte des données. Le numéro AVS sera-t-il également visible pour les caisses maladie via les partenaires tarifaires ?
 - Lors de la transmission des données, les identifiants et les données sont envoyés séparément. Le canal de données est crypté. L'OFS utilise un validateur pour vérifier le numéro AVS. Une fois que le numéro AVS a été crypté, il est enregistré dans la base de données sécurisée des identifiants. Pendant le traitement des données sur la plateforme, le numéro AVS est ainsi pseudonymisé et n'est pas stocké avec l'ensemble des données de prestations. Le numéro AVS ne peut être transmis aux utilisateurs de données que sous forme cryptée. Comme ces utilisateurs de données ne connaissent pas la clé, le numéro AVS est anonymisé pour eux. Il n'est pas possible d'en déduire la valeur originale.
21. Le canton a-t-il accès au fichier ID des livraisons ?
 - Le canton peut exporter des données pendant l'enquête à des fins de plausibilisation, le NAVS sera alors pseudonymisé.

3 Données de cas

3.1 Administratif

22. Comment est définie le « Transfert interne » ?
- Le transfert interne d'un domaine de prestations (soins aigus, psychiatrie, réadaptation) vers un autre domaine de prestations au sein du même hôpital (ree_gesv)
 - ou pour les cas considérés comme étant en attente de placement.
23. Un cas qui change de site est-il comptabilisé dans les deux sites ?
- Un cas est saisi une seule fois sous le site principal lorsqu'il est transféré d'un site à l'autre au sein d'un même hôpital (REEGESV).
24. Est-il possible d'avoir une définition pour la valeur « 7 = rapatriement » ?
- Rapatriement d'un patient ou d'une patiente avec un passeport suisse de l'étranger vers la Suisse, sans exigences particulières quant au moyen de transport ou à l'accompagnement.
25. Comment est défini un « transfert » ? (p. ex. les codes « 5 = transfert dans les 24 heures » et « 6 = retransfert » de la variable type d'admission).
- La variable Type d'admission existe déjà dans la MS et n'a pas non plus changé avec SpiGes. Un transfert se distingue d'un transfert interne par le fait qu'il n'a pas lieu dans le même hôpital (REEGESV), mais dans un autre hôpital (deux REEGESV différents). La définition se base sur les principes de SwissDRG SA, que vous trouverez ici : <https://www.swissdrg.org/fr/somatique-aigue/systeme-swissdrg-1302024/regles-et-definitions>
26. Comment coder les cas qui passent de la réadaptation (tarif ST-REHA) aux soins de longue durée (tarif "taxe de soins") du même établissement ? Les variables 1.2.V02 et 1.5.V03 ne nous permettent pas d'indiquer "soins de longue durée, même établissement".
- C'était déjà le cas pour la MS ; le cas change de réadaptation à SOMED (même établissement) ; pour le code 2, les deux possibilités sont simplement incluses (même établissement ou autre établissement). Le cas doit être codé comme suit :
sortie_séjour : 2 = établ. de santé non hospit. médicalisé ;
entrée_séjour : 84 = division/clinique de réadaptation, même établissement
27. Variable « Wohnland » (Pays de résidence) : la description de la variable mentionne une répartition séparée des pays extra-européens en régions. Cette liste existe-t-elle déjà ou sera-t-elle publiée ?
- Il s'agit de la même liste qu'aujourd'hui dans la MS. Ci-joint le lien vers la liste : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees.assetdetail.10687503.html>

3.2 Nouveau-nés

3.3 Psychiatrie

28. Variable « psy_zivilstand »: que signifie le code « 5 = non marié » ou comment se distingue-t-il de « célibataire » ?
- La liste des codes de la variable « état civil » est utilisée de manière uniforme par l'OFS. L'état civil « non marié » peut résulter d'une déclaration d'invalidité d'une union antérieure ou d'une déclaration de disparition de l'ancien conjoint. Voir le lien : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/effectif-evolution/etat-civil.html>

3.4 Diagnostics

29. Variable POA : Pourriez-vous nous indiquer à quelle fin est utilisée la variable «diagnose_poa» ?
- L'indication «POA» peut être utilisée, entre autres, pour améliorer la qualité et la sécurité des patients. Voir par exemple la communication du canton de Zurich à ce sujet. [Present on admission – Informationen zur Erfassung \(zh.ch\)](#)
30. Variable «diagnose_zusatz» : quelles indications doivent être données ici pour les codes avec étoile et les codes avec point d'exclamation ?
- Pour les codes étoile, le code dague associé est indiqué ici. Pour les codes avec points d'exclamation, le code est à préciser.
 - Les codes étoile ne sont pas marqués comme tels, l'association se fait suivant CIM-10-GM.

Exemple 4 dans le manuel du codage (page 38) :

DP E10.73† Diabète sucré, type 1, avec complications multiples, désigné comme décompensé

DS I79.2* Angiopathie périphérique au cours de maladies classées ailleurs

DS H36.0* Rétinopathie diabétique

DS N08.3* Glomérulopathie au cours du diabète sucré

...est saisi dans **SpiGes** comme suit :

diagnose_kode	diagnose_id	diagnose_zusatz
E10.73	1	
I79.2	2	E10.73
H36.0	3	E10.73
N08.3	4	E10.73

Exemple 4 dans le manuel du codage (page 40) :

DP S37.03 Rupture totale du parenchyme rénal

L 2

DS V99! Accident de transport

DS S36.03 Déchirure de la rate, avec atteinte du parenchyme

DS S36.49 Autres parties et parties multiples de l'intestin grêle

DS S31.83! Plaie ouverte (toute partie de l'abdomen, de la région lombosacrée et du bassin) associée à une lésion intraabdominale

...est saisi dans **SpiGes** comme suit :

diagnose_kode	diagnose_id	diagnose_zusatz
S37.03	1	
V99	2	S37.03
S36.03	3	
S36.49	4	
S31.83	5	S36.03
S31.83	6	S36.49
S31.83	7	S37.03

3.5 Traitements

31. Variable «behandlung_id» (traitement_id) : existe-t-il ici des recommandations pour l'ordre à mettre en œuvre en psychiatrie ? Les items HoNOS livrés sous forme de CHOP sont justement non spécifiques au diagnostic ou au traitement.
- Selon la description de la variable
Numéro unique attribué au traitement, dans l'ordre.
1 = traitement 1
2 = traitement 2
3 = traitement 3
(...) etc. -> illimité

Les critères suivants sont recommandés pour l'ordre des traitements :

- 1. Procédures de traitement du diagnostic principal*
- 2. Procédures de traitement des diagnostics supplémentaires*
- 3. Procédures de définition du diagnostic principal*
- 4. Procédures de définition des diagnostics supplémentaires*
- 5. Autres procédures*

- Pour les items HoNOS, nous recommandons une numérotation chronologique (mesures HoNOS antérieures = ID inférieures, mesures HoNOS ultérieures = ID supérieures).

32. Nous craignons un peu que, surtout dans les premiers temps, ces données ne soient pas entièrement saisies et qu'il y ait beaucoup de retouches. C'est pourquoi nous aimerions définir le champ comme obligatoire pour les codes CHOP concernés. Existe-t-il pour le catalogue CHOP une attribution des codes considérés comme opérationnels ou interventionnels ?
- L'OFS est conscient que les données seront incomplètes lors de l'introduction de cette nouvelle donnée. Après la phase de consolidation habituelle, on verra quelles précisions sont nécessaires. Il n'est pas du tout possible de déterminer clairement pour chaque code CHOP s'il nécessite ou non une indication de temps. Ce sont d'autres caractéristiques qui sont ici déterminantes : si le traitement est en rapport avec l'utilisation d'une salle d'opération ou d'un laboratoire de cathétérisme cardiaque.

3.6 Médicaments

33. Variable «medi_id»: Les numéros de prestations peuvent être alphanumériques chez nos clients, la variable n'est prévue que sous forme numérique. Serait-il également possible d'exporter ici le pharmacode ou le GTIN ?
- Cette variable a dû être ajoutée pour des raisons purement techniques (structure XML) et représente un numéro de ligne unique du tableau thématique "Médicaments". Tant que la variable est remplie de manière univoque et complète, il serait théoriquement possible d'indiquer un pharmacode ou un GTIN. L'OFS doute toutefois que ces conditions puissent être respectées pour tous les médicaments. Pour certains, ces informations ne sont tout simplement pas encore disponibles.

3.7 Factures

34. Une ligne est-elle exportée pour chaque facture émise - et chaque rémunération supplémentaire ?
- Il faut indiquer la même granularité que les lignes sur les factures envoyées. Si, par exemple, un forfait par cas ainsi qu'une rémunération supplémentaire ont été facturés pour un cas couvert par l'assurance de base et facturés à l'assurance de base et au canton, quatre lignes doivent être fournies (1.forfait au canton, 2.rémunération supplémentaire au canton, 3.forfait à l'assureur, 4.rémunération supplémentaire à l'assureur).
35. Comment remplir les champs correspondants pour les factures qui ne sont pas facturées via SwissDRG, TARPSY ou ST Reha ?
- En principe, selon la norme du Forum Datenaustausch, mais seulement pour les traitements hospitaliers.
 - Le type de tarif, le montant et la quantité devraient être clairs.
 - Les champs qui n'ont pas de sens pour d'autres tarifs peuvent être laissés vides.

3.8 Mouvement des patients

36. L'entrée et la sortie sont-elles également considérées comme des épisodes ?
- L'entrée et la sortie sont indiquées comme auparavant sous Date d'admission et Date de sortie. S'il n'y a pas d'autres mouvements, aucun épisode n'est saisi. Mais dès qu'il y a un mouvement devant être renseigné (par ex. une sortie intermédiaire), l'épisode 1 est saisi de la date d'admission à la sortie intermédiaire. L'épisode 2 commence à la sortie intermédiaire et se termine à la réadmission. L'épisode 3 commence à la réadmission et se termine au mouvement suivant (p. ex. vacances). Cela peut

s'aboutir à plusieurs épisodes pour le même cas (voir illustration). Le dernier épisode (9) se termine à la date de sortie. Les épisodes sont les périodes précédant et suivant le changement de site d'un cas, les sorties / réadmissions intermédiaires, les traitements ambulatoires externes, les congés et les sorties d'essai.

Exemple A : patient avec toutes sortes d'épisodes

Tableau 8-Mouvements des patients						
épisode _id	Début de l'épisode	Fin de l'épisode	Numéro REE du site	Type d'épisode	Site du séjour après la sortie intermédiaire	Raison de la réadmission
1	14.07.2022 16:00	16.07.2022 19:00	78359453	1 = traitement sur place		
2	16.07.2022 19:00	17.07.2022 09:00		2 = sortie intermédiaire/réadmission	2 = établ. de santé non hospit. Médicalisé	1 = réadmission avec MDC identique
3	17.07.2022 09:00	19.07.2022 11:00	78359467	1 = traitement sur place		
4	19.07.2022 11:00	20.07.2022 09:00		3 = vacances (congés)		
5	20.07.2022 09:00	25.07.2022 12:00	78359453	1 = traitement sur place		
6	25.07.2022 12:00	26.07.2022 07:00		4 = sortie d'essai		
7	26.07.2022 07:00	01.08.2022 08:00	78359453	1 = traitement sur place		
8	01.08.2022 08:00	01.08.2022 16:00	83457521	5 = traitement ambulatoire extra-muros		
9	01.08.2022 16:00	06.08.2022 16:00	78359453	1 = traitement sur place		

Exemple B : patient avec un seul épisode

Tableau 8-Mouvements des patients						
épisode _id	Début de l'épisode	Fin de l'épisode	Numéro REE du site	Type d'épisode	Site du séjour après la sortie intermédiaire	Raison de la réadmission
4	11.06.2022 10:00	23.06.2022 16:00	78359453	1 = traitement sur place		

Aucun épisode n'est saisi pour un cas ne présentant qu'un seul épisode (p. ex. hôpital à site unique, cas sans congé, etc.).

3.9 Unité finale d'imputation «Cas»

37. Comment faut-il présenter les coûts pour les cas forensiques C (durée de séjour de plusieurs années) ? Pour l'ensemble du cas (durée de séjour complète) ou seulement les coûts pour l'année civile concernée et le reste par le biais d'ajustements ?
- Pour les cas B et C, les coûts doivent être indiqués pour l'année civile ; pour les cas A, les coûts doivent être indiqués pour toute la durée du cas. Pour les payeurs ambulatoires et non liés à un cas, indiquer également les coûts sur l'année civile. Voir également la colonne «Indic. Temp» de la liste des variables.

4 Coûts et produits non reliées à un cas

38. Comment saisir les coûts et les revenus des prestations d'intérêt général dans SpiGes ?
- Pour ce faire, il suffit de sélectionner sous ktr_typ le code de la prestation PIG correspondante et de saisir les coûts et les revenus correspondants à l'aide des numéros de charge par nature ou de centre de charges et des comptes de revenus définis dans REKOLE®. Ci-dessous vous trouvez la liste des différents types de PIG et le code ktr_typ correspondant :

Code	GWL	Désignation
501	Type a)	Prestations en attente (exclus prestations en attente pour l'urgence)
502	Type a)	Service de sauvetage et d'ambulance / Appel d'urgence 144
503	Type a)	Unités d'hôpital protégées
504	Type a)	Jardins d'enfants et écoles pour les patients
505	Type a)	Services sociaux pour patients
506	Type a)	Prévention / promotion de la santé
507	Type a)	Protection de la population
508	Type a)	Aumônerie hospitalière / lieu de recueillement
599	Type a)	Autres missions de l'hôpital
601	Type b)	Recherche, y compris le doctorat (MD et PhD)
602	Type b)	Formation universitaire de base (enseignement dispensé et formation reçue)

603	Type b)	Enseignement dispensé en formation postgraduée
701	Type c)	Maintien de surcapacités hospitalières pour des raisons de politiques régionales
702	Type c)	Maternité
703	Type c)	Tarifs ne couvrant pas les coûts (par ex. TARMED.)
799	Type c)	Autres prestations d'intérêt général liées à l'hôpital

39. Les objets de coûts non reliés à un cas peuvent-ils être rattachés à un hôpital (burnr_gesv) au lieu d'un site ?
➤ Non, ce n'est pas possible.
40. Peut-on utiliser les types KTR plusieurs fois ? Par exemple, pour 599, livrer plusieurs lignes avec un texte libre différent dans la variable «ktr_beschr» ?
➤ Oui, c'est possible. Une unité finale d'imputation est attribuée à une colonne ITAR_K® sur la base de l'indication «ktr_typ». Ainsi, une des valeurs prédéfinies doit être utilisée dans la variable «ktr_typ». Il est toutefois possible d'indiquer plusieurs unités finales d'imputation avec le même type de KTR, par exemple pour le ktr_typ 205, une fois avec le texte libre «LAMal» et une fois avec le texte libre «CTM» dans la variable «ktr_beschr». Ces deux objets de coûts sont ensuite additionnés et représentés dans la colonne ITAR_K® «Psy. Hôpital de jour enfants, adolescents». En théorie, d'autres déclinaisons sont techniquement possibles, jusqu'au cas ambulatoire. Tant qu'ils présentent tous le même type KTR, ils sont additionnés et représentés comme décrit.

5 Passerelle d'ajustement

41. Je connais la comptabilité des ajustements dans SDEP. Est-ce qu'elle existera aussi dans SpiGes ou seulement selon ITAR_K® ?
➤ SpiGes utilise la passerelle d'ajustement de la CDS / de REKOLE®.
42. Où les justifications des délimitations sont-elles intégrées dans l'OFS ? Ou comment dois-je comprendre cela ?
➤ Les justifications sont saisies en tant que contrôles dans SpiGes. Cela signifie que si un montant de la comptabilité financière et de la comptabilité analytique ne concorde pas, la différence doit être justifiée. Ces justifications sont ensuite utilisées, par exemple pour le rapport national de vérification et pour ITAR_K®, ou encore pour la passerelle d'ajustement de la CDS.
43. Où sont pris en compte les coûts des séjours à cheval dans la passerelle d'ajustement ?
➤ Dans la comptabilité par unité finale d'imputation de SpiGes, il est possible de calculer les coûts des patients sortis au cours de l'année (cas A). Ces coûts seront donc calculés par l'OFS. Ceux-ci peuvent déjà être entrés à l'hôpital l'année précédente et avoir généré des coûts. Dans la comptabilité financière, les charges sont saisies par année (calcul périodique). La différence qui en résulte est corrigée dans la passerelle d'ajustement de SpiGes.
44. Pour 2024 (données 2023), SwissDRG a demandé le détail des coûts d'utilisation des immobilisations des cas selon OCP. Dans SpiGes, les variables "_ank" permettent d'envoyer le détail des coûts d'utilisation des immobilisations des cas selon REKOLE®. Ce détail étant maintenant nécessaire à SwissDRG, ne faudrait-il pas prévoir dans SpiGes les variables "_ank" pour les résultats OCP également ?
➤ Il ne s'agit que d'un relevé test de SwissDRG SA. Si le passage définitif à OCP devait avoir lieu, les coûts d'utilisation des immobilisations par centre de charges dans SpiGes seraient livrés selon OCP au lieu de REKOLE® et les coûts d'utilisation des immobilisations REKOLE® seraient relevés sous forme de somme.
En résumé, les coûts d'utilisation des immobilisations doivent être représentés selon les méthodes suivantes :

Variables	Méthodologie CUI
Variables «ktr_10_ank» jusqu'à «ktr_77_ank»	REKOLE®

Variable «ktr_44_vkl»	OCP
KS FiBu: SA6, en particulier Var. A.15.06 jusqu'à A.15.06.05	OCP
KS Passerelle d'ajustement : SA81-84	OCP
KS Passerelle d'ajustement : SA85, Var. A.17.22.25 jusqu'à A.17.24.28	REKOLE®

45. Le compte 441 ne rentre dans aucun calcul des coûts d'utilisation des immobilisations, ni selon OCP, ni selon REKOLE®. Pouvez-vous confirmer cela ?
- Les coûts d'utilisation des immobilisations (selon REKOLE® et OCP) correspondent aux charges par nature suivante :
 - 442 Amortissements
 - 444 Autres loyers (y compris leasing opérationnel)
 - 448 Charges des intérêts calculés sur les actifs immobilisés
 - De plus amples informations sont disponibles dans le manuel REKOLE® (chapitre 6.5.3).

Questions techniques

46. Existe-t-il un modèle de format pour l'importation de données dans l'application SpiGes ?
- Oui, les formats du concept d'interface doivent être repris.
47. Les grands fournisseurs de logiciels d'administration des patients (par exemple SAP) ont-ils également été informés par l'OFS et développent-ils déjà des solutions logicielles ? Il est probable que le fichier XML devrait à l'avenir être créé dans le logiciel d'administration des patients.
- En janvier 2023, nous avons organisé une réunion d'information à l'intention des fabricants de systèmes d'information clinique (logiciels d'administration des patients). SAP y était également représenté. L'OFS informe régulièrement ce groupe de l'état d'avancement de SpiGes.
48. Selon la liste de variables 1.3, il existe les tableaux suivants :

1	Administratif
2	Nouveau-nés
3	Psychiatrie
4	CUFI
5	Diagnostics
6	Traitements
7	Médecins pratiquant les opérations
8	Médicaments
9	Factures
10	Mouvement des patients
11	Données cantonales
12	Identificateurs des personnes

Est-il possible de livrer ces tableaux sous forme de fichiers xml individuels à la plateforme SpiGes ?

- Le tableau 10 Identificateurs de personnes doit être livré dans un fichier séparé (pour des raisons de protection des données). Pour les autres tableaux, un autre fichier est défini, mais il supporte les livraisons partielles. En théorie, il est donc possible de livrer tous les tableaux dans un seul fichier XML sous forme de livraisons partielles.

Nous ne le recommandons toutefois pas, car cela nécessite une coordination complexe des différents tableaux (s'assurer que les informations sur tous les cas sont disponibles dans tous les fichiers). Vous trouverez des informations plus précises à ce sujet dans la description du fichier XML pour l'importation de données dans la plateforme SpiGes sur notre site web.

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/projet-spigges.html>

49. Existe-t-il une possibilité pour les petits établissements de créer un fichier XML à partir d'un fichier Excel (dans lequel la CUFI est saisie). Existe-t-il un fournisseur qui prévoit de le faire ?
 - Cette possibilité est actuellement examinée par l'OFS.
50. Est-il prévu de mettre à disposition un Excel pour les coûts non reliés à un cas, dans lequel établissement peut remplir les coûts non reliés à un cas en format Excel et les exporter ensuite en format XML ?
 - La livraison séparée de différents types d'éléments XML est possible. C'est-à-dire que les unités finales d'imputation non reliées à un cas peuvent en principe être livrées dans un autre fichier que les unités finales d'imputation reliées à un cas. Nous devons encore déterminer si nous pouvons mettre à disposition un outil pour la transformation des données à partir d'un fichier Excel.
51. Le fichier d'exportation SpiGes a-t-il la même structure que le fichier que les hôpitaux importent dans SpiGes ?
 - Il y aura plusieurs fichiers d'exportation. D'une part, il sera possible d'exporter le fichier XML que les hôpitaux importent, et d'autre part, il sera possible d'exporter dans un format plat (plusieurs fichiers CSV).
52. Dans le format XML, l'ordre des variables au sein d'une ligne joue-t-il un rôle ?
 - L'ordre des éléments est prédéfini et ne peut pas être modifié. Les éléments peuvent tout au plus être omis. Ainsi, pour l'élément «cas», les sous-éléments doivent toujours être indiqués dans l'ordre suivant : «administratif», «nouveau-nés», «psychiatrie», «CUFI cas», «diagnostics», «traitements», «médicaments», «facture», «mouvement des patients» et «données cantonales».
 - L'ordre des attributs peut en revanche être choisi librement. Ainsi, par exemple, dans l'élément «administratif», il est possible d'indiquer aussi bien «...sexe="2" âge="37"» que «...âge="37" sexe="2"».
53. Des variables peuvent-elles également manquer sur une ligne si la clinique n'a rien à remplir sur cette ligne pour la variable correspondante ? Ou toutes les variables de l'interface doivent-elles toujours figurer sur chaque ligne ?
 - Oui, les variables peuvent être manquantes. Certaines variables doivent cependant être obligatoirement indiquées. Elles sont marquées comme «required» dans le fichier de définition XSD («xs:attribute name="fall_id" use="required"»). Nous ajouterons également cette information dans la liste des variables.
54. Les variables qui n'ont pas de contenu peuvent-elles être fournies avec une valeur NULL (p. ex. des lignes KTR complètes avec des NULL dans les variables où il n'y a rien) ?
 - Cela dépend des variables. Pour les variables KTR, il est possible de saisir toutes les variables avec la valeur "0". Les variables vides ("") ou les valeurs nulles ("NULL") ne sont toutefois pas autorisées. Si vous souhaitez le vérifier concrètement, vous pouvez valider votre fichier XML par rapport à la définition XSD. Il existe pour cela des outils gratuits en ligne. Veuillez noter qu'aucune donnée réelle ne peut être téléchargée sur de telles plateformes. Vous pouvez toutefois vérifier des exemples de fichiers fictifs. La plateforme SpiGes proposera également une telle validation.
55. Un logiciel de plausibilité analogue à Medplaus sera-t-il disponible, qui pourra être utilisé localement au sein des hôpitaux avant le téléchargement ?
 - Un outil de contrôle sera mis à disposition via API (Application Programming Interfaces). Il ne sera toutefois disponible que dans le courant de l'année prochaine. D'ici là, nous recommandons de continuer à utiliser MedPlaus. Il y aura également une version pour l'année 2024.

56. Sait-on déjà quelle sera la procédure concernant les données supplémentaires cantonales ? Plusieurs cantons (par ex. LU, GR, VS et VD) disposent déjà d'une ligne MK. En outre, les cantons de ZH et BE collectent également des données supplémentaires dans le cadre du SDEP. Savez-vous déjà si ces données seront intégrées dans l'exportation SpiGes ou si elles devront être exportées séparément ?
- Les données supplémentaires cantonales ont été prises en compte dans l'interface ; voir la description du fichier XML pour l'importation des données dans la plateforme SpiGes 1.3 :<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/projet-spiges.html>
 - Les données cantonales supplémentaires peuvent certes être indiquées dans le XML, mais elles ne sont pas traitées plus avant lors de l'importation sur la plateforme SpiGes. Elles sont plausibilisées et traitées séparément par les cantons.
 - Les données cantonales ne peuvent être exportées que par l'hôpital lui-même et par le canton. Il est probable que les données cantonales pour ces utilisateurs soient contenues dans le même fichier XML que les autres données.
57. Est-ce qu'il sera possible d'effectuer des corrections directement sur la plateforme ?
- Non, la plateforme n'offre pas la possibilité de saisir ou de corriger des données. L'objectif est de corriger les erreurs à la source, c'est-à-dire dans les systèmes des hôpitaux, afin que les exportations ultérieures soient cohérentes et que les erreurs n'apparaissent plus dans les prochains relevés.