



Circulaire pour les codeuses et codeurs : 2013 / N° 1

1 Généralités

1.1

Pour le codage de toutes les sorties à partir du 1^{er} janvier 2013, seront valables : le manuel de codage version 2013, la circulaire n°1 de 2013 et toutes les FAQ qui ne seront pas marquées comme échues au 1.1.2013.

Les règles de codage publiées dans le manuel de codage 2013 doivent obligatoirement être appliquées à toutes les données que les hôpitaux codent avant de les transmettre à l'Office fédéral de la statistique pour la statistique médicale. Selon l'ordonnance du 30 juin 1993 sur les relevés statistiques, l'OFS est responsable d'édicter chaque année des directives à l'intention des participants au relevé; il spécifie notamment le manuel de codage et les classifications en vigueur qui doivent être utilisés pour saisir les diagnostics et les traitements. Les participants au relevé (c.-à-d. les hôpitaux) ont par conséquent l'obligation légale d'utiliser les classifications et le manuel de codage en vigueur selon les directives de l'OFS. Ceux qui ne le feraient pas, doivent adapter sans délai leur pratique. L'utilisation, notamment, d'autres manuels de codage (tels que le manuel de codage allemand ou des manuels de codage édités à l'interne) est strictement interdite.

1.2

Les classifications qui seront en vigueur à partir du 1.1.2013 sont la CIM-10-GM 2012 et la CHOP 2013. Il incombe aux utilisateurs de connaître le contenu des classifications et de tenir compte des changements apportés aux précédentes versions.

Les listes de changements de l'ICD-10-GM 2010 à 2011 et 2011 à 2012 n'existent qu'en allemand et se trouvent sous:

<http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/version2012/aktualisierung/>

<http://www.dimdi.de/dynamic/de/suche.html?action=search&query=Aktualisierungsliste&index=Deutsch&displayPages=8&matchesPerPage=10&sort=0&searchPage=6>

1.3

Pour les classifications et le manuel de codage, en cas de divergence entre les versions linguistiques, les versions originales (versions en langue allemande) font foi.

1.4

Nous publierons dans le courant de l'année, des informations et des précisions au moyen de la FAQ et d'éventuelles circulaires. Ces documents sont à considérer comme des informations officielles de l'OFS et devront être pris en compte lors de tous les codages ultérieurs. Afin d'uniformiser le codage en Suisse, les réponses que l'OFS donne à des questions d'ordre général (pas de nouvelles règles) seront publiées sur la FAQ chaque fin de mois et devront être obligatoirement appliquées dès le 1^{er} du mois suivant pour le codage de tous les cas encore ouverts.

2 Informations complémentaires sur le manuel de codage 2013

2.1 Index alphabétique du manuel version 2013

Suite à un problème technique, les numéros de pages de l'index alphabétique français et allemand se sont déplacés. Nous avons édité un PDF avec l'index correct que nous envoyons par notre liste de distribution et que vous pouvez également demander à l'adresse CodeInfo@bfs.admin.ch.

2.2 Regroupement de cas

Généralités:

La définition du cas de traitement et les applications des regroupements sont réglés par SwissDRG, voir « Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG ».

Lien pour les règles et définitions, ainsi que les clarifications et exemples de cas de SwissDRG SA:
http://www.swissdrg.org/fr/07_casemix_office/Tarifdokumente.asp?navid=18

Principe :

Pour chaque séjour stationnaire, un forfait par cas est calculé. Chaque réadmission est considérée comme un nouveau cas, dans certaines constellations, plusieurs séjours dans le même hôpital doivent être regroupés dans un seul séjour stationnaire. Pour cela, les MDC et DRG calculés par le groupeur sont décisifs. Pour déterminer les MDC/DRG, chaque séjour est considéré et codé séparément.

Voir règles de facturation particulières, chapitre 3.3 Regroupements de cas, « Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG », ainsi que les clarifications et exemples de cas de SwissDRG SA : http://www.swissdrg.org/fr/07_casemix_office/Tarifdokumente.asp?navid=18

Pour les réadmissions pour « *Maladies ou troubles après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique (= complications)* », une règle particulière (D12) a été établie dans le manuel de codage, ceci afin de favoriser le regroupement de cas lors de réadmissions par l'atteinte du même MDC. Cette règle de codage exceptionnelle est une **règle de facturation** selon SwissDRG et **prime** sur les règles générales et spéciales du manuel de codage.

Codage :

Chaque réadmission dans les 18 jours pour « *Maladies ou troubles après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique (= complications)* » dans le même hôpital est codée selon la règle D12, indépendamment d'un regroupement ou non.

2.3 S0205 Maladies ou troubles après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique

D12 est une règle de facturation qui prime sur les règles spéciales. Pour cette raison, le nota bene sous S0205 est à supprimer.

N.B. La règle de codage spéciale S0205 prime sur la règle de codage générale D12.

2.4 S1505b Règles spéciales pour l'accouchement

Accouchement unique spontané par voie vaginale (O80)

A la liste des procédures d'obstétrique pouvant être indiquées lorsque *O80 Accouchement unique et spontané* est en diagnostic principal, le code *73.4 Induction médicamenteuse du travail* peut être codé dans la situation suivante : en cas d'induction médicamenteuse à la 40^e semaine de grossesse **en l'absence** d'indication codable, le O80 se code en DP et le 73.4 comme procédure.

2.5 S1603a Nouveau-nés

Lors d'un transfert de la mère, accompagnée par son nouveau-né sain, on ouvre un cas pour le nouveau-né (ne pas oublier d'inscrire le poids à l'admission sous la variable 4.5.V01). En diagnostic principal, on code le *Z51.88 Autres traitements médicaux non précisés*.

Voir également chapitre 3.9 dans les « Règles et définitions pour la facturation des cas selon Swiss-DRG » :

http://www.swissdrg.org/fr/07_casemix_office/Tarifdokumente.asp?navid=18

2.6 S1910a Effets indésirables/intoxication par deux ou plusieurs substances prises en association

En raison de la nouvelle règle S1908b, les exemples de la règle S1910a sont à supprimer.

S1910b

Intoxication par des médicaments en association avec de l'alcool

Tout effet indésirable d'un médicament pris **en association avec de l'alcool** doit être codé comme une **intoxication par les deux substances**.

Intoxication par des médicaments prescrits pris en association avec des médicaments non prescrits

Tout effet indésirable résultant de l'association d'un médicament **prescrit** et d'un médicament **non prescrit** doit être codé comme une **intoxication par les deux principes actifs**.

3 Informations complémentaires CHOP

3.1 Information sur les plasties de peau, débridement ou destruction de lésions cutanées

Pour plusieurs procédures cutanées, la CHOP fait la différence entre plastie étendue et non étendue. Pour ce type d'intervention, la plastie sera considérée comme non étendue si le traitement ne dépasse pas **4 cm²**. Si plusieurs traitements sont faits sur la même région anatomique (par exemple la main), il faut additionner les différentes surfaces. Ce n'est pas le cas pour des interventions multiples sur des régions différentes.

3.2 CHOP 2013

Supprimer l'inclusion sous :

01.16 Monitoring de l'oxygénation intracrânienne

et

01.17 Monitoring de la température cérébrale

Il y a des doublons sous 76.43 et 76.92:

76.43.11 Réparation de défauts simples de la mandibule par des implants produits par CAD

Le code ci-dessous n'est pas valable:

76.92.40 Réparation de défauts simples de la mandibule par des implants produits par CAD

76.43.12 Réparation de défauts importants ou complexes de la mandibule par des implants produits par CAD

Le code ci-dessous n'est pas valable:

76.92.41 Réparation de défauts importants ou complexes de la mandibule par des implants produits par CAD

Le code suivant est à coder avec les ostéotomies :

78.50.2- Technique d'ostéosynthèse après ostéotomie lors de greffe ou de transposition osseuse

Coder aussi : Ostéotomie, greffe osseuse ou transposition osseuse

La plastie de Notch est codé avec le

80.86.10 Excision ou destruction de lésion articulaire du genou sous arthroscopie

Excision ou destruction de tissu du sein 85.2- et mastectomie 85.4- :

Utiliser les codes spécifiques « avec » ou « sans » lymphadenectomie, un code de la catégorie 40.- *Opérations du système lymphatique* n'est pas à ajouter, sauf la lymphadénectomie de ganglion sentinelle.

4 Statistique médicale

4.1 NEMS, PIM2, SAPS, CRIB

Si, pendant une même hospitalisation, le patient fait plusieurs séjours dans le service de soins intensifs, les scores de gravité doivent être additionnés.

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/mkh/04/01.Document.119322.pdf

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/mkh/04/01.Document.121781.pdf