

## Décision sur la proposition n°18\_004

Traçabilité	Date	Statut
Remise le	18.09.2018	
1 <sup>er</sup> traitement	28.11.2018	
2 <sup>e</sup> traitement	---	
Décision REK	Rejetée	
Date de validité	---	
Pertinent pour la certification dès le	---	

Références générales et relatives au manuel REKOLE® 4 <sup>e</sup> édition 2013 et auteur	
N° de chapitre & énoncé	9.7 Ensemble de règles du cas administratif 9.7.5 Réadmission suite à un transfert
Auteur de la proposition	SwissDRG SA

### 1. Demande, y compris proposition de solution

#### Situation initiale:

Les chapitres 9.7 et 9.7.5 mentionnent une exception pour la réadmission en réadaptation suite à un renvoi à l'hôpital de soins aigus → nouveau cas si le séjour à l'hôpital de soins aigus dure plus de 14 jours.

À la page 214, REKOLE 4<sup>e</sup> édition 2013:

Règles du cas administratif	
1. Début/fin du traitement (y c. urgences)	Cas administratif
2. Changement de la classe d'assurance	Pas de nouveau cas
3. Transfert interne	Pas de nouveau cas
4. Changement du diagnostic	Pas de nouveau cas
5. Fin de l'année (y c. traitement de longue durée)	Pas de nouveau cas (REK 06_054)
6. Réadmission suite à un transfert	Pas de nouveau cas, si transfert < 24 heures et sans occupation de lit à minuit dans l'hôpital de transfert (Exception: réadmission en réadaptation suite à un renvoi à l'hôpital de soins aigus → nouveau cas si le séjour à l'hôpital de soins aigus dure plus de 14 jours)
7. Réadmission suite à une rehospitalisation	Nouveau cas
8. Congé	Pas de nouveau cas
9. Délimitation des traitements aigus/de longue durée	Nouveau cas, dès que les soins aigus ne sont plus nécessaires ou qu'ils s'imposent à nouveau.
Règle facultative supplémentaire (REK 10_010)	
10. Traitement ambulatoire de longue durée	Nouveau cas, lorsque la durée du traitement est supérieure à 365 jours. Le traitement diagnostique est lié à un diagnostic principal.

Et aux pages 217 – 218 (REKOLE 4<sup>e</sup> édition 2013):

### 9.7.5 Réadmission suite à un transfert (REK 12\_002)

Une réadmission à la suite d'un transfert n'intervient que dans le cadre d'un séjour hospitalier. Elle a plusieurs origines. De manière générale, on parle de réadmission lorsque le traitement d'un patient exige des examens spécifiques qui ne sont pas fournis sur place (hôpital X). Le patient est alors transféré dans l'établissement qui effectue ces examens (hôpital Y). Une fois les examens effectués, le patient retourne à l'hôpital X.

**Le domaine de la réadaptation** représente ici une exception. Le renvoi à l'hôpital de soins aigus dépassant en règle générale 24 heures, un nouveau cas ne sera ouvert dans la clinique de réadaptation que si le renvoi à l'hôpital de soins aigus dépasse 14 jours (cf. chapitre 9.7 Ensemble de règles du cas administratif).

Selon les dispositions de l'ANQ, les réadmissions doivent être considérées comme de nouveaux cas et être saisies en conséquence (Plan de mesure national Réadaptation [modules 2 et 3] Manuel des procédures, valable à compter du 1<sup>er</sup> mars 2018, page 19).

#### 2.5. Motifs d'exclusion (drop-outs)

Les mesures à l'admission et à la sortie prévues par le plan de mesure Réadaptation doivent obligatoirement être réalisées auprès de l'ensemble des patientes et patients admis en réadaptation.

Ce n'est que lors d'une interruption inattendue du traitement (transfert de plus de 24h dans un autre hôpital de soins aigus, décès, sortie anticipée à la demande du client) que le dossier est clôturé pour la mesure ANQ et traité comme "drop-out", puisqu'il n'est pas possible de compléter les mesures.

Les patientes et patients dont la sortie est planifiée dans les 7 jours suivant l'admission sont également codés comme drop-outs. Pour ces cas, il a été décidé de renoncer à une mesure à la sortie, en raison de la courte durée de séjour.

Dans la documentation de la mesure, il convient de consigner un drop-out, ainsi que la date du drop-out (jour de l'interruption du traitement resp. sortie de réadaptation).

Lors du transfert d'un service à un autre au sein du même établissement, les mesures à l'admission ou à la sortie ne sont pas effectuées si l'indication reste inchangée. Il en va de même si la patiente ou le patient part en vacances, pour autant que le cas n'ait pas été clôturé et qu'un nouveau dossier n'ait pas été ouvert (selon les modalités de facturation de la clinique). En revanche, lorsqu'une absence de la clinique est traitée comme une sortie (clôture du cas et réouverture de dossier), les mesures à la sortie doivent être effectuées. En cas de réadmission (nouveau dossier), les mesures à l'admission sont à réitérer.

**Si le patient revient en réadaptation stationnaire après un transfert, un nouveau dossier est ouvert.** Il convient de réitérer les mesures à l'admission et à la sortie.

Lors d'une réadmission purement administrative (p. ex. en raison d'un changement d'agent payeur), les mesures à l'admission ou à la sortie ne doivent pas être réalisées.

En cas de changement d'indication au cours du séjour clinique, le cas doit être clôturé avec l'ancienne indication à l'aide des mesures de sortie prévues. Un autre dossier est ensuite ouvert et les mesures à l'admission sont réalisées conformément à la nouvelle indication.

Supprimer les exceptions pour les cliniques de réadaptation.

**Proposition:**

Antragsnummer: 18\_004

**Motivation:**

Afin de développer une structure tarifaire pour la réadaptation, il faut pouvoir disposer de données saisies de manière uniforme. Les définitions différentes entre l'ANQ et REKOLE® sont perturbantes pour les hôpitaux, en particulier lors de la saisie des cas suivant une réadmission. Pour permettre un relevé uniforme des données, la délégation de SwissDRG SA chargée des modalités d'application a posé des jalons dans un document de travail à l'occasion d'une séance extraordinaire consacrée à ST Reha. Ce document se veut utile aux hôpitaux lors du relevé des données de l'année 2019. Dès que l'on en saura plus sur le modèle ST Reha, des règles et des définitions plus précises seront élaborées.

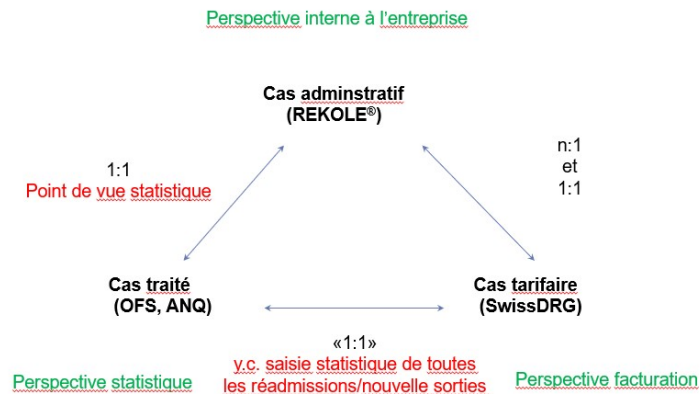
**2. Décision REK**

La décision REK est rejetée à l'unanimité.

Oui: 0  
Non: 12  
Abstentions: 0

**Motivation:**

La relation entre les trois types de cas peut être résumée comme suit:



1. Les coûts constatés sont représentés dans le cas administratif (REKOLE®).
2. La facturation du cas (et les coûts du cas pour le développement d'une structure tarifaire) se fait avec le cas tarifaire.
3. La statistique fédérale (Statistique médicale) utilise le cas traité, qui répond à la définition du cas tarifaire dans le domaine des soins somatiques aigus, y compris la saisie statistique de toutes les réadmissions / nouvelles sorties (pour des objectifs relatifs à la qualité).
4. **IMPORTANT:** La règle pour le cas tarifaire lors d'une réadmission (règle des 18 jours suivant la première sortie avec le même MDC) s'applique toujours et entraîne dans certaines circonstances l'ouverture d'un nouveau cas administratif.

Relation entre la définition du cas selon REKOLE® (cas administratif) et selon l'ANQ (cas traité):

Pour ses travaux, l'ANQ se base sur le cas traité de l'OFS (Statistique médicale). Les variables qu'il est nécessaire de relever ont été définies en conséquence dans la statistique. Il n'est pas besoin d'ouvrir un nouveau cas administratif pour la mesure à l'entrée et à la sortie, y compris pour celle qui concerne une réadmission; les règles définies dans la Statistique médicale suffisent à cet effet.

La Commission REK recommande en outre, dès qu'il est question de l'ouverture ou de la clôture d'un cas, de préciser systématiquement de quel type de cas il s'agit: administratif, tarifaire ou traité. Une information précise facilite la compréhension et prévient les incertitudes et les méprises.

Raisons pour lesquelles il convient de maintenir pour l'instant la règle des 18 jours dans la définition du cas tarifaire (y compris pour la réadaptation):

Il serait préjudiciable de modifier la définition du cas tarifaire SwissDRG alors que le développement de la structure ST Reha est en cours. Ce n'est pas parce que cette définition est utilisée au début du développement qu'elle sera forcément retenue comme définitive pour le cas tarifaire dans le domaine de la

Antragsnummer: 18\_004

réadaptation. Cela ne signifie pas non plus que, dans ce domaine, l'indemnisation liée au cas sera finalement introduite. Le maintien de la règle en vigueur permet plutôt de documenter d'éventuels écarts en se fondant sur des données. En ce sens, la règle des 18 jours pour le cas tarifaire revêt un caractère exploratoire dans le cadre du développement de la structure tarifaire ST Reha.

Les raisons pour lesquelles il convient de maintenir la règle des 14 jours dans la définition du cas administratif:

La règle des 14 jours a été instaurée sur la base de l'expérience: lorsque H+ a développé la définition de l'unité finale d'imputation à la création de REKOLE®, en 2002-2003, les cliniques de réadaptation avaient constaté que, pour les patients renvoyés en soins somatiques aigus puis réadmis en réadaptation, les programmes thérapeutiques peuvent dans certains cas être poursuivis. Lorsque ce n'est pas le cas (parce que l'état du patient ne le permet plus), il faut procéder à un nouvel assessment d'admission en réadaptation, ce qui dans la règle conduit à la réalisation d'un autre programme thérapeutique, requérant une nouvelle garantie de prise en charge des coûts.

Les cliniques de réadaptation sollicitées à l'époque et qui ont participé au développement de REKOLE® ont avant tout constaté que, lorsque le retour du patient intervient dans les 14 jours, il est très probable que le programme thérapeutique déjà défini puisse être poursuivi, sans nouvelle garantie de prise en charge des coûts.

Plus tard (dans le contexte de l'ANQ), tous les acteurs sont tombés d'accord pour estimer que, pour des motifs de mesure de la qualité, l'état du patient devait être consigné à chaque nouveau transfert en réadaptation depuis les soins somatiques aigus – au moins sur le plan statistique. Par «statistique», il faut comprendre que l'information est saisie systématiquement dans l'institution, sans pour autant que le cas administratif doive être clos. Dans la statistique de l'OFS, il est donc également exigé que toutes les réadmissions fassent l'objet d'un relevé statistique. Cela permet de disposer d'une trace statistique des réadmissions et de savoir quand des assessments ont été réalisés à l'admission.

Le respect des exigences de l'ANQ en matière de qualité ne suppose pas que les cas administratifs en réadaptation soient fermés systématiquement à chaque renvoi en hôpital de soins somatiques aigus et que de nouveaux soient ouverts en réadaptation lors de chaque réadmission. S'il est constaté à ce moment-là, et sur la base de l'assessment de réadaptation, que le programme thérapeutique d'origine peut être poursuivi, il n'est pas nécessaire de demander une nouvelle garantie de prise en charge des coûts.

Une autre raison plaide en faveur de cette règle administrative des 14 jours: dans le secteur des soins aigus, une sortie physique a lieu en règle générale parce que le patient est guéri ou a été transféré (sans qu'une réadmission ne soit déjà prévue); en d'autres termes: sortie = cas administratif fermé. En réadaptation, cela n'est pas la règle, car le patient reviendra selon toute probabilité. Les seules incertitudes lors des renvois en hôpital de soins somatiques aigus portent sur la date de la réadmission en réadaptation et sur l'état du patient à ce moment-là.

Le renvoi en hôpital de soins aigus est souvent lié à une détérioration de l'état du patient. Cela concerne avant tout la réadaptation neurologique<sup>1</sup> et la réadaptation cardiovasculaire, mais cela peut toucher également la réadaptation musculosquelettique (par exemple en raison d'une infection consécutive à la pose d'une prothèse de la hanche).

Dans un tel contexte, la fermeture systématique et la réouverture de cas administratifs en réadaptation – comme cela se fait dans le domaine de la somatique aiguë – n'auraient aucun sens du point de vue de la gestion de l'établissement. Les prestations qu'un patient en réadaptation a reçues seraient systématiquement représentées dans X cas administratifs, bien que, selon les circonstances, cela ne soit pas du tout utile (si le programme thérapeutique n'a pas changé et que l'intensité de la prestation est la même). Pour obtenir des informations pertinentes pour la gestion sur ce patient, tous ces cas administratifs devraient d'abord être à nouveau réunis en un seul.

---

<sup>1</sup> [https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Politik/DefReha\\_c /DefReha\\_Version\\_2.0\\_f.pdf](https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Politik/DefReha_c /DefReha_Version_2.0_f.pdf)

Grâce à la règle des 14 jours, nous disposons d'un compromis national entre les fournisseurs de prestation du secteur de la réadaptation. Et l'investissement nécessaire pour procéder à d'éventuels regroupements de cas reste raisonnable.


La règle des 14 jours fournit aux cliniques de réadaptation une bonne indication pour évaluer à partir de quel délai il est hautement probable que le programme thérapeutique devra être modifié, qu'une garantie de prise en charge des coûts devra être demandée et qu'un nouveau cas administratif devra être ouvert (le cas administratif antérieur devra alors être fermé).

### 3. Conséquences sur le manuel REKOLE®, 4<sup>e</sup> édition 2013

---

### 4. Conséquences sur le plan comptable H+, 8<sup>e</sup> édition révisée 2014

---

<b>Lieu, date</b>	Berne, le 4 janvier 2019	
<b>Nom, signature</b>	H+ Les Hôpitaux de Suisse REK Pascal Besson	

---

Antragsnummer: 18\_004