

Rapport-type de révision ¹

de l'hôpital X

Version 1.0

Etat : 01.12.2016

La version en langue allemande fait foi

¹ Concrétisation du volet statistique et des critères d'évaluation

Sommaire

Résumé	4
Résultats de la révision en bref	4
Comparaison de chiffres clés ensemble de base et échantillon	4
1. Exécution de la révision	5
1.1 Période de référence.....	5
1.2 Version en vigueur	5
1.3 Calcul et prélèvement de l'échantillon.....	5
1.4 Description chronologique de la révision.....	5
1.5 Qualification du réviseur	5
1.6 Indépendance du réviseur.....	5
1.7 Remarques	5
2. Constatations	6
2.1 Constatations générales.....	6
2.2 Bases administratives.....	6
2.2.1 Dossiers de patients	6
2.2.2 Données administratives provenant des cas rapportés.....	6
2.2.3 Erreurs de combinaison de cas (splitting du cas, regroupement de cas)	6
2.2.3 Congruence de la facturation.....	7
2.3 Diagnostics et traitements	7
2.3.1. Erreurs constatées.....	7
2.3.2 Nombre d'erreurs de codage, selon le type d'erreur	7
2.3.3 Nombre de codes faux avec indication de la position	7
2.3.4 Pourcentage d'erreurs de codes selon le type d'erreur	8
2.3.5 Pourcentage de codes faux avec indication de la position	8
2.3.6 Nombre et pourcentage de codes non spécifiques dans le codage de l'hôpital	9
2.3.7 Attribution du diagnostic principal	9
2.3.8 Attribution du diagnostic supplémentaire	9
2.3.9 Attribution de l'HoNOS	9
2.3.10 Attribution de l'HoNOSCA.....	9
2.3.11 Traitement ambulatoire non psychiatrique externe.....	10
2.4 Médicaments et substances.....	10
2.5 Changement de PCG.....	10
2.5.1 Nombre et pourcentage de changements de PCG	10

2.5.2 Différences avec / sans soumission à l'OFS.....	11
2.6 Cost-weights	11
2.6.1 Evaluation du DMI de l'hôpital avant et après révision	11
2.6.2 Ecart-type estimé des différences entre les cost-weights et de la part des différences entre les cost-weights qui ne sont pas égales à zéro.....	11
2.7 Comparaison ensemble de base et échantillon	11
2.7.1 Nombre de diagnostics supplémentaires par patient.....	11
2.7.2. Nombre de groupes de cas PCG.....	11
2.7.3 Pourcentage de cas avec HoNOS, resp. HoNOSCA	11
2.8 Comparaison avec des versions antérieures.....	12
3. Recommandations.....	12
3.1 Recommandations pour l'amélioration du codage à l'hôpital.....	12
3.2 Recommandations pour le développement de TARPSY	12
3.3 Autres remarques du réviseur.....	12
4. Remarques de la direction de l'hôpital	13
Annexe 1: Pièces justificatives	14
Déclaration d'engagement et confirmation d'indépendance du réviseur concernant la révision du codage des données 20XX à l'hôpital X.....	14
Déclaration de l'hôpital X confirmant l'intégralité des données fournies pour la révision du codage des données 20XX	14
Annexe 2: Aperçu des prestations durant la période sous revue	15
Aperçu des prestations durant la période sous revue	15
Cas TARPSY selon le canton de domicile et le type d'assurance.....	15

Résumé

Résultats de la révision en bref

Taille de l'échantillon	Nombre	
DMI de l'hôpital avant révision		
DMI estimé de l'hôpital après révision		
Signification statistique de l'écart entre DMI avant et après la révision	oui/non	
Différence estimée entre DMI de l'hôpital avant et après révision	Valeur abs.	%
Cas révisés avec changement de PCG	Nombre	%
Diagnostics principaux corrects ²	Nombre	%
Complément au diagnostic principal correct ²	Nombre	%
HoNOS ³ correct	Nombre	%
HoNOSCA ³ correct	Nombre	%
Diagnostics supplémentaires corrects ³	Nombre	%
Regroupements de cas contestés	Nombre	%
Congruence contestée de la facturation	Nombre	%
Proportion de documents manquants		%

Comparaison de chiffres clés ensemble de base et échantillon

	Ensemble de base	Échantillon
Nombre de cas avec rémunérations supplémentaires	%	%
DMI		

² Pour les diagnostics principaux corrects et les compléments corrects au diagnostic principal, le code doit non seulement être correct, mais également avoir été codé à la bonne position (un diagnostic principal jugé «correct» doit par exemple être saisi à la position «Diagnostic principal». Si un diagnostic supplémentaire a été codé avec le code correct pour le diagnostic principal, ce diagnostic supplémentaire ne peut alors pas être considéré comme un diagnostic principal correct).

³ Une variante au moins doit être utilisée par l'hôpital pour la saisie de la gravité des symptômes.

1. Exécution de la révision

1.1 Période de référence

1.2 Version en vigueur

Catalogue des PCG avec cost-weights, règles de facturation («Règles et définitions pour la facturation des cas selon TARPSY» ainsi que «Clarifications et exemples de cas concernant les règles d'application»), manuel de codage y c. Annexe «TARPSY, classifications (CHOP et CIM-10-GM); typologie des erreurs.

1.3 Calcul et prélèvement de l'échantillon

Description complète de la méthode utilisée pour déterminer la taille de l'échantillon et de la méthode d'échantillonnage ainsi que des procédés de calcul utilisés.

1.4 Description chronologique de la révision

Date/heure de l'envoi de l'échantillon. Date/heure de l'entretien sur le cas. Durée de la révision du codage à proprement parler (sans rédaction du rapport, entretien sur le cas et autres tâches administratives). Indication du lieu du déroulement de la révision.

1.5 Qualification du réviseur

1.6 Indépendance du réviseur

Communication de liens de dépendance éventuels par rapport à un financeur et renvoi à l'Annexe 1.

1.7 Remarques

2. Constatations

2.1 Constatations générales

2.2 Bases administratives

2.2.1 Dossiers de patients

2.2.1.1 Pourcentage de documents manquants

2.2.1.2 Qualité de la tenue des documents

Critères d'évaluation: transparence, chronologie, intégralité/absence de documents individuels pertinents pour la révision du codage.

2.2.2 Données administratives provenant des cas rapportés

Erreurs dans:	Nombre	Pourcentage
Mode d'admission		
Décision d'envoi		
Lieu de séjour avant l'admission		
Changement de type de séjour (ambulatoire, hospitalisation, réadaptation, soins somatiques aigus)		
Décision de sortie		
Lieu de séjour après la sortie		
Traitement après la sortie		
Durée de séjour		
Congé administratif (sortie d'essai non incluse)		
Motif de réadmission		
Placement à des fins d'assistance		

2.2.3 Erreurs de combinaison de cas (splitting du cas, regroupement de cas)

2.2.3.1 Erreurs constatées

Type d'erreur	PCG	Cost-weight de l'hôpital	Cost-weight du réviseur	Différence de cost-weight

2.2.3.2 Ecart entre cost-weights

La facturation est révisée sur la base de la version en vigueur des Règles et définitions pour la facturation des cas selon TARPSY.

2.2.3 Congruence de la facturation

Erreurs constatées:

	PCG	Cost-weight
Incorrecte		
Encore aucune facture disponible		
Autre		
Manquante		

Les cas d'annulation qui ont été signalés avant le début de la révision doivent être désignés individuellement ici.

2.3 Diagnostics et traitements

2.3.1. Erreurs constatées

Respect du manuel de codage, indication de l'importance PCG des erreurs constatées, etc.

2.3.2 Nombre d'erreurs de codage, selon le type d'erreur

	justes	faux	absents	injustifiés	inutiles	total
Diagnostic principal						
Complément au diagnostic princ.						
Diagnostics supplémentaires						
HoNOS						
HoNOSCA						
Total diagnostics						

2.3.3 Nombre de codes faux avec indication de la position

	1 ^{er} caractère faux	2 ^e caractère faux	3 ^e caractère faux	4 ^e caractère faux	5 ^e caractère faux	6 ^e caractère faux	total
Diagnostic principal							

Complément au diagnostic princ.							
Diagnostics supplémentaires							
HoNOS							
HoNOSCA							
Total diagnostics							

2.3.4 Pourcentage d'erreurs de codes selon le type d'erreur

	justes	faux	absents	injustifiés	inutiles
Diagnostic principal					
Complément au diagnostic princ.					
Diagnostics supplémentaires					
HoNOS					
HoNOSCA					
Total diagnostics					

2.3.5 Pourcentage de codes faux avec indication de la position

	1 ^{er} caractère faux	2 ^e caractère faux	3 ^e caractère faux	4 ^e caractère faux	5 ^e caractère faux	6 ^e caractère faux	total
Diagnostic principal							
Complément au diagnostic princ.							
Diagnostics supplémentaires							
HoNOS							
HoNOSCA							
Total diagnostics							

2.3.6 Nombre et pourcentage de codes non spécifiques dans le codage de l'hôpital

	Nombre de codes non spécifiques ⁴	Pourcentage de codes non spécifiques
Diagnostics		

2.3.7 Attribution du diagnostic principal

	Nombre	Pourcentage
Pas de modification du codage de l'hôpital		
Code remplacé par le code exact		
Code absent remplacé par un nouveau code		
Classé au moyen du diagnostic supplémentaire existant		

2.3.8 Attribution du diagnostic supplémentaire

	Nombre	Pourcentage
Pas de modification du codage de l'hôpital		
Code remplacé par le code exact		
Code absent remplacé par un nouveau code		
Classé au moyen du diagnostic supplémentaire existant		

2.3.9 Attribution de l'HoNOS

	Nombre	Pourcentage
Pas de modification du codage de l'hôpital		
Code remplacé par le code exact		
Code absent remplacé par un nouveau code		

2.3.10 Attribution de l'HoNOSCA

	Nombre	Pourcentage
Pas de modification du codage de l'hôpital		
Code remplacé par le code exact		

⁴ Tous les codes CHOP et CIM-10 contenant l'indication «sans autre précision» (SAP) sont considérés comme non spécifiques, à l'exception des codes CIM V01!-Y84!.

	Nombre	Pourcentage
Code absent remplacé par un nouveau code		

2.3.11 Traitement ambulatoire non psychiatrique externe

	Nombre	Pourcentage
Saisis correctement		
Saisis incorrectement		
Non saisis		

2.4 Médicaments et substances

La liste des médicaments et substances pouvant être enregistrés dans la statistique médicale au niveau des cas selon SwissDRG est déterminante.

	Nombre	Pourcentage
Saisis correctement		
Saisis incorrectement		
Non saisis		

Données sur le type d'erreur (unité de dosage, mode d'administration, etc.)

2.5 Changement de PCG

2.5.1 Nombre et pourcentage de changements de PCG

	Cost-weight supérieur après révision		Cost-weight inférieur après révision		Pas d'effet sur le cost-weight	
		%		%		%
Dus à une modification du diagnostic principal		%		%		%
Dus à la modification d'un diagnostic supplémentaire		%		%		%
Dus à une modification de l'HoNOS		%		%		%
Dus à une modification de l'HoNOSCA		%		%		%
Dus à d'autres changements		%		%		%
Total		%		%		%

2.5.2 Différences avec / sans soumission à l'OFS

Différences	Soumission à l'OFS oui/non	Remarques

2.6 Cost-weights

2.6.1 Evaluation du DMI de l'hôpital avant et après révision

Indication des valeurs suivantes:

1. DMI de l'hôpital avant révision;
2. DMI estimé de l'hôpital après révision;
3. Différence estimée du DMI avant et après révision;
4. Intervalle de confiance xy% de la différence du DMI de l'hôpital avant et après révision.

2.6.2 Ecart-type estimé des différences entre les cost-weights et de la part des différences entre les cost-weights qui ne sont pas égales à zéro

Indication des valeurs suivantes:

1. Ecart-type estimé des différences entre les cost-weights de l'hôpital avant et après révision;
2. Part estimée des différences entre les cost-weights qui ne sont pas égales à zéro

2.7 Comparaison ensemble de base et échantillon

2.7.1 Nombre de diagnostics supplémentaires par patient

Nombre de diagnostics supplémentaires/patient (échantillon)	
Nombre de diagnostics supplémentaires/patient (ensemble de base)	

2.7.2. Nombre de groupes de cas PCG

Nombre de groupes de cas PCG/patient (échantillon)	
Nombre de groupes de cas PCG/patient (ensemble de base)	

2.7.3 Pourcentage de cas avec HoNOS, resp. HoNOSCA

Pourcentage de cas avec HoNOS (échantillon)	
Pourcentage de cas avec HoNOS (ensemble de base)	
Pourcentage de cas avec HoNOSCA (échantillon)	

Pourcentage de cas avec HoNOSCA (ensemble de base)	
--	--

2.8 Comparaison avec des versions antérieures

Ce point ne sera contraignant que dès la version 2.0

3. Recommandations

3.1 Recommandations pour l'amélioration du codage à l'hôpital

Les recommandations pour l'amélioration du codage doivent être détaillées et prendre en compte les erreurs constatées.

3.2 Recommandations pour le développement de TARPSY

Propositions de modifications de la classification (CIM et CHOP pour le codage d'HoNOS/CA), des directives de codage ou de l'algorithme du groupeur.

3.3 Autres remarques du réviseur

4. Remarques de la direction de l'hôpital

.....

Lieu et date

.....

Hôpital X, le directeur

Annexe 1: Pièces justificatives

Déclaration d'engagement et confirmation d'indépendance du réviseur concernant la révision du codage des données 20XX à l'hôpital X

1. Le réviseur s'engage à réviser le codage de manière appropriée et professionnelle sur la base du règlement pour la révision du codage selon TARPSY, version 1.0 du XX.XX.2016 (ou plus récente).
2. Le réviseur s'engage à traiter de manière durablement confidentielle, vis-à-vis de tiers, les contenus parvenus à sa connaissance durant son activité de révision et à ne pas réutiliser les résultats.
3. Le réviseur s'engage à garantir à tout moment l'anonymat des données de patients dans le cadre de la transmission des listes de données de la révision, de telle sorte que l'on ne puisse conclure à l'identité des patients.
4. Le réviseur confirme son indépendance par rapport à l'hôpital soumis à la révision. Il confirme notamment que, pendant la durée de la révision, il n'a pas exercé la fonction de codeur dans l'hôpital soumis à la révision, n'a pas été lié à ce dernier par un contrat de travail ou un mandat, et n'est pas financièrement dépendant, de quelque manière que ce soit, de l'hôpital soumis à la révision. Tout lien de dépendance éventuel par rapport à un financeur doit être intégralement communiqué dans le rapport de révision.

.....

Lieu et date

.....

Réviseur du codage

Déclaration de l'hôpital X confirmant l'intégralité des données fournies pour la révision du codage des données 20XX

Nous confirmons avoir communiqué au réviseur tous les cas, facturés selon TARPSY par l'hôpital X, de patients sortis entre le 1^{er} janvier 20XX et le 31 décembre 20XX.

.....

Lieu et date

.....

Hôpital X, le directeur

Annexe 2: Aperçu des prestations durant la période sous revue

Aperçu des prestations durant la période sous revue

Nombre de cas traités dans le cadre d'un séjour hospitalier (ensemble de l'institution)

	AMal	AA	AM	AI	Total
Psychiatrie des adultes					
Psychiatrie des enfants et des adolescents					
Patients en attente de placement ⁵					
Soins somatiques aigus					
Réadaptation					

Cas TARPSY selon le canton de domicile et le type d'assurance

	AMal	AA	AM	AI
Interne au canton				
Canton A				
Canton B				
Canton C				
....				

⁵ Patients en attente de placement = patients hospitalisés en psychiatrie en tant que cas de soins au sens des «Règles et définitions pour la facturation des cas selon TARPSY».