

Version 6.0 / 31.03.2017

Annexe 2 au règlement sur l'exécution de la révision du codage selon SwissDRG

Rapport-type de révision^{*}
Révision des données 2017
de l'hôpital X

Version 6.0

^{*} Concrétisation du volet statistique et des critères d'évaluation

Table des matières

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 Versions 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
Pourcentage de dossiers de patient manquants	6
Qualité de la tenue des dossiers	6
2.2.2 Données administratives provenant des cas rapportés	6
2.2.3 Erreurs de combinaison de cas (split, regroupement de cas).....	6
Erreurs constatées.....	6
Ecart entre cost-weights	6
2.2.4 Congruence de la facturation	7
Erreurs constatées.....	7
Ecart entre cost-weights	7
2.3 Diagnostics et traitements	7
2.3.1 Erreurs constatées.....	7
2.3.2 Données sur les erreurs de codage	7
Nombre d'erreurs de codage, selon le type d'erreur	7
Nombre de codes faux avec indication de la position	8
Pourcentage d'erreurs de codes selon le type d'erreur.....	8
Pourcentage de codes faux avec indication de la position.....	8
Nombre et pourcentage de codes non spécifiques dans le codage de l'hôpital	9
2.3.3 Attribution du diagnostic principal.....	9
2.3.4 Attribution du diagnostic supplémentaire.....	9
2.3.5 Attribution du traitement principal	9
2.3.6 Latéralité des diagnostics et procédures	9
2.3.7 Traitement ambulatoire externe.....	9

2.3.8	Comparaison ensemble de base et échantillon	9
	Nombre de diagnostics supplémentaires/patient.....	9
	Nombre de traitements/patient	9
	Nombre de différents DRGs	10
	Pourcentage de cas avec rémunération supplémentaire	10
	Pourcentage de ventilations artificielles mécaniques	10
	Pourcentage de cas avec traitement en USI	10
2.4	Soins intensifs	10
2.4.1	Délimitation médecine intensive/Intermediate Care Unit.....	10
2.4.2	Données de base, médecine intensive.....	10
	Ventilations artificielles mécaniques	10
	NEMS.....	10
	Degré de sévérité	11
2.5	Rémunérations supplémentaires.....	11
2.6	Médicaments et substances.....	11
2.7	Changements de DRG	11
2.7.1	Nombre et pourcentage de cas avec changement de DRG.....	11
2.7.2	Différences avec/sans exposé à l'OFS.....	12
2.8	Cost-weights	12
2.8.1	Evaluation du CMI de l'hôpital avant et après révision.....	12
2.8.2	Différences entre les cost-weights.....	12
2.9	Comparaison avec des versions antérieures.....	12
3	Recommandations.....	13
3.1	Recommandations pour l'amélioration du codage à l'hôpital	13
3.2	Recommandations pour le développement de SwissDRG	13
3.3	Autres remarques du réviseur	13
4	Remarques de la direction de l'hôpital.....	14
	Annexe 1: Pièces justificatives	15
	Annexe 2: Aperçu des prestations de l'hôpital	17
	Nombre de cas stationnaires traités pour l'ensemble de l'institution	17
	Cas SwissDRG.....	17
	CMI.....	18
	Nombre de rémunérations supplémentaires	19
	Nombre et pourcentage de cas regroupés dans les DRG de base 901, 902, 960, 961, 962 et 963	19
	Pourcentage de high-outliers sans diagnostic secondaire ni procédure et avec PCCL ≤ 2 ...	19
	Pourcentage de cas avec durée de séjour supérieure à 5 jours et code de la catégorie R en diagnostic principal	19

Résumé

Résultats de la révision en bref

Taille de l'échantillon	Nombre	
CMI de l'hôpital avant révision		
CMI estimé de l'hôpital après révision		
Signification statistique de la différence entre CMI avant la révision et CMI après la révision	oui/non	
Différence estimée entre CMI de l'hôpital avant et après révision	Val. abs.	%
Cas révisés avec changement de DRG	Nombre	%
Diagnostics supplémentaires corrects ¹	Nombre	%
Complément correct au diagnostic principal ¹	Nombre	%
Diagnostics supplémentaires corrects	Nombre	%
Traitements principaux corrects ¹	Nombre	%
Traitements supplémentaires corrects	Nombre	%
Données de base médecine intensive correctes ²	Nombre	%
Rémunérations supplémentaires correctes ²	Nombre	%
Substances et médicaments corrects ²	Nombre	%
Regroupements de cas contestés	Nombre	%
Dossiers de patients manquants	Nombre	%

Comparaison de chiffres clés ensemble de base et échantillon

	Ensemble de base		Echantillon	
	Nombre	%	Nombre	%
Cas avec rémunération supplémentaire				
Ventilations artificielles saisies ³	Nombre	%	Nombre	%
Cas avec séjour en USI	Nombre	%	Nombre	%
CMI				

¹Pour les diagnostics principaux corrects, les compléments corrects au diagnostic principal et les traitements principaux corrects, 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).

²Indication par cas

³Cf. directives de codage respectivement en vigueur

1 Exécution de la révision

1.1 Période de référence

1.2 Versions en vigueur

Catalogue des forfaits par cas, règles de facturation («Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG» ainsi que «Clarifications et exemples de cas concernant les règles d'application»), manuel de codage, 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 d'exécution de la révision.

1.5 Qualification du réviseur

1.6 Indépendance du réviseur

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

1.7 Remarques

2 Constatations

2.1 Constatations générales

2.2 Bases administratives

2.2.1 Dossiers de patients

Pourcentage de dossiers de patients manquants

Qualité de la tenue des dossiers

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

Erreur dans:	Nombre	Pourcentage
Mode d'admission		%
Décision d'envoi		%
Lieu de séjour avant l'admission		%
Changement de type de séjour (ambulatoire, hospitalisation, réhabilitation, psychiatrie)		%
Décision de sortie		%
Lieu de séjour après la sortie		%
Traitement après la sortie		%
Durée de séjour		%
Congé administratif		%
Motif de réadmission		%
Série de données sur les nouveau-nés		%
Poids à l'admission		%

2.2.3 Erreurs de combinaison de cas (split, regroupement de cas)

Erreurs constatées

Type d'erreur	N° DRG	Cost-weight de l'hôpital	Cost-weight du réviseur	Différence entre les cost-weights
---------------	--------	--------------------------	-------------------------	-----------------------------------

Ecart entre cost-weights

2.2.4 Congruence de la facturation

Erreurs constatées

	Numéro DRG	Cost-weight	Rémunérations supplémentaires
Incorrect			
Encore aucune facture disponible			
Autre			
Absent			

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

Ecart entre cost-weights

La facturation est révisée sur la base du document «Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG» dans sa version actuelle.

2.3 Diagnostics et traitements

2.3.1 Erreurs constatées

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

2.3.2 Données sur les erreurs de codage

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

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

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							
Total diagnostics							
Traitement principal							
Traitements supplémentaires							

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

	justes	faux	absents	injustifiés	inutiles
Diagnostic principal	%	%	%	%	%
Complément au diagnostic princ.	%	%	%	%	%
Diagnostics supplémentaires	%	%	%	%	%
Total diagnostics	%	%	%	%	%
Traitement principal	%	%	%	%	%
Traitements supplémentaires	%	%	%	%	%

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	%	%	%	%	%	%	
Total diagnostics	%	%	%	%	%	%	
Traitement principal	%	%	%	%	%	%	
Traitements supplémentaires	%	%	%	%	%	%	

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

	Nombre de codes non spécifiques ¹	Pourcentage de codes non spécifiques
Diagnostics		%
Traitements		%

2.3.3 Attribution du diagnostic principal

2.3.4 Attribution du diagnostic supplémentaire

2.3.5 Attribution du traitement principal

2.3.6 Latéralité des diagnostics et procédures

2.3.7 Traitement ambulatoire externe

	Nombre	Pourcentage
Saisis correctement		%
Saisis incorrectement		%
Non saisis		%

2.3.8 Comparaison ensemble de base et échantillon

Nombre de diagnostics supplémentaires/patient

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

Nombre de traitements/patient

Nombre de traitements/patient (échantillon)	
Nombre de traitements/patient (ensemble de base)	

¹Tous 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 de différents DRGs

Nombre de différents DRGs (échantillon)	
Nombre de différents DRGs (ensemble de base)	

Pourcentage de cas avec rémunération supplémentaire

Pourcentage de cas avec rémunérations supplémentaires (échantillon)	%
Pourcentage de cas avec rémunérations supplémentaires (ensemble de base)	%

Pourcentage de ventilations artificielles mécaniques

Pourcentage de ventilations artificielles mécaniques (échantillon)	%
Pourcentage de ventilations artificielles mécaniques (ensemble de base)	%

Pourcentage de cas avec traitement en USI

Pourcentage de cas en USI (échantillon)	%
Pourcentage de cas en USI (ensemble de base)	%

2.4 Soins intensifs

2.4.1 Délimitation médecine intensive/Intermediate Care Unit

2.4.2 Données de base, médecine intensive

Ventilations artificielles mécaniques

	Nombre	Pourcentage
Saisies correctement		%
Saisies incorrectement		%
Non saisies		%

NEMS

	Nombre	Pourcentage
Saisis correctement		%
Saisis incorrectement		%
Non saisis		%

Degré de sévérité

	Nombre	Pourcentage
Saisis correctement		%
Saisis incorrectement		%
Non saisis		%

2.5 Rémunérations supplémentaires

	Nombre	Pourcentage
Saisies correctement		%
Saisies incorrectement		%
Non saisies		%

2.6 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.)

2.7 Changements de DRG

2.7.1 Nombre et pourcentage de cas avec changement de DRG

	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 un changement de traitement		%		%		%
Dus à d'autres changements		%		%		%
Total		%		%		%

2.7.2 Différences avec/sans exposé à l'OFS

Différences	Exposé à l'OFS oui/non	Remarques
.....		

2.8 Cost-weights

2.8.1 Evaluation du CMI de l'hôpital avant et après révision

Indication des valeurs suivantes:

1. CMI de l'hôpital avant révision;
2. CMI estimé de l'hôpital après révision;
3. Différence estimée du CMI de l'hôpital avant et après révision;
4. Intervalle de confiance à 95 % de la différence du CMI de l'hôpital avant et après révision.

2.8.2 Différences entre les cost-weights

Indication des valeurs suivantes:

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

2.9 Comparaison avec des versions antérieures

Comparaison des résultats de la révision selon les points 1.1 et 1.2 avec les résultats de l'année antérieure.

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 SwissDRG

Propositions de modifications de la classification (CIM et CHOP), des directives de codage ou de l'algorithme du groupeur.

3.3 Autres remarques du réviseur

4 Remarques de la direction de l'hôpital

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 SwissDRG, version 1.0 du 12.06.09 (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 période de révision et la durée de la révision, ni le réviseur, ni la société de révision qui l'emploie n'étaient liés à l'hôpital soumis à la révision par un contrat de travail, par un mandat, ou par d'autres engagements financiers. 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 SwissDRG 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 de l'hôpital

L'annexe 2 contient des données statistiques sur les hôpitaux et sert en particulier à situer les données d'échantillonnage dans l'ensemble de l'hôpital. La répartition par type d'assurance se fait suivant la variable 1.4.V02 de la Statistique médicale. Les informations sont générées par le réviseur à partir du fichier .dat de la Statistique médicale, puis vérifiées pour éviter les incohérences.

Nombre de cas stationnaires traités pour l'ensemble de l'institution

	AMal	AA	AM	AI	AP [†]	Autres	Inconnu	Total
Médecine somatique aiguë (cas SwissDRG)								
Patients en attente de placement								
Psychiatrie								
Réhabilitation								

Cas SwissDRG

En fonction du canton d'origine et du type d'assurance:

	AMal	AA	AM	AI	AP [†]	Autres	Inconnu	Total
Internes au canton								
Canton A								
Canton B								
Canton C								
...								

Par catégorie d'outlier, en fonction du type d'assurance

	Cas normaux sans rabais de transfert		Cas normaux avec rabais de transfert		Outliers courts		Outliers longs		Total
AMal		%		%		%		%	
AA		%		%		%		%	
AM		%		%		%		%	
AI		%		%		%		%	
AP		%		%		%		%	
Autres		%		%		%		%	
Inconnu		%		%		%		%	
Total		%		%		%		%	

[†] SZ = autopayeur

Par catégorie d'outlier, en fonction du canton d'origine

	Cas normaux sans rabais de transfert		Cas normaux avec rabais de transfert		Outliers courts		Outliers longs		Total	
		%		%		%		%		%
Canton A		%		%		%		%		%
Canton B		%		%		%		%		%
Canton C		%		%		%		%		%
Canton D		%		%		%		%		%
Canton E		%		%		%		%		%
.....		%		%		%		%		%
Total		%		%		%		%		%

CMI

Par catégorie d'outlier, en fonction du type d'assurance

	Cas normaux sans rabais de transfert		Cas normaux avec rabais de transfert		Outliers courts		Outliers longs		Total	
		%		%		%		%		%
AMal		%		%		%		%		%
AA		%		%		%		%		%
AM		%		%		%		%		%
AI		%		%		%		%		%
AP		%		%		%		%		%
Autres		%		%		%		%		%
Inconnu		%		%		%		%		%
Total		%		%		%		%		%

Par catégorie d'outlier, en fonction du canton d'origine

	Cas normaux sans rabais de transfert		Cas normaux avec rabais de transfert		Outliers courts		Outliers longs		Total	
		%		%		%		%		%
Canton A		%		%		%		%		%
Canton B		%		%		%		%		%
Canton C		%		%		%		%		%
Canton D		%		%		%		%		%
Canton E		%		%		%		%		%
.....		%		%		%		%		%
Total		%		%		%		%		%

Nombre de rémunérations supplémentaires

Rémun. sup.	Libellé	Montant	AMal	AA	AM	AI	Autopayeur	Autres	Inconnu	Total
Total rémun. suppl. version 6.0										

Nombre et pourcentage de cas regroupés dans les DRG de base 901, 902, 960, 961, 962 et 963

DRG	Nombre	Pourcentage
901		
902		
960		
961		
962		
963		

Pourcentage de high-outliers sans diagnostic secondaire ni procédure et avec PCCL ≤ 2

Nombre de high-outliers dans la population	
Pourcentage de high-outliers sans diagnostic secondaire ni procédure et avec PCCL ≤ 2 dans la population	%

Pourcentage de cas avec durée de séjour supérieure à 5 jours et code de la catégorie R en diagnostic principal

Nombre de cas avec durée de séjour supérieure à 5 jours dans la population	
Pourcentage de cas avec durée de séjour supérieure à 5 jours et code de la catégorie R en diagnostic principal dans la population	%