

Rapport-type de révision^{*}

Révision des données 20XX de l'hôpital X

Version 1.0

La version en langue allemande fait foi

Cette version n'est pas définitive.
Nous vous remercions pour d'éventuelles corrections des termes techniques
(info@swissdrg.org).

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

Table des matières

1	Introduction.....	4
1.1	Situation initiale	4
1.2	Qualification du réviseur.....	4
1.3	Indépendance du réviseur	4
2	Résumé.....	5
3	Aperçu des prestations de l'hôpital dans la période de référence.....	6
3.1	Nombre de cas stationnaires traités pour l'ensemble de l'institution	6
3.2	Nombre de cas SwissDRG en fonction du canton d'origine et du type d'assurance.....	6
3.3	Nombre et pourcentage de cas	7
3.3.1	Par catégorie d'outlier et par type d'assurance.....	7
3.3.2	Par catégorie d'outlier, en fonction du canton d'origine	7
3.4	CMI.....	8
3.4.1	Par catégorie d'outlier, en fonction du type d'assurance	8
3.4.2	Par catégorie d'outlier, en fonction du canton d'origine	8
4	Exécution de la révision.....	9
4.1	Période de référence et bases d'évaluation	9
4.1.1	Année de référence	9
4.1.2	Versions en vigueur	9
4.2	Prélèvement de l'échantillon	9
4.3	Remarques	9
5	Constatations.....	10
5.1	Constatations générales	10
5.2	Dossiers de patients.....	10
5.2.1	Vollständigkeit der Dossiers	10
5.2.2	Qualité de la tenue des dossiers.....	10
5.3	Erreurs constatées	10
5.3.1	Données administratives provenant des cas rapportés	10
5.3.2	Données médicales provenant des cas rapportés	10
5.4	Evaluation de la qualité du codage.....	11
5.5	Différends avec/sans exposé à l'OFS	11
6	Volet statistique.....	12
6.1	Nombre et pourcentage d'erreurs de codage, ventilés selon le type d'erreur et le type de diagnostic.....	12

6.1.1	Nombre de codes.....	12
6.1.2	Pourcentage de codes	12
6.2	Nombre et pourcentage de changements de SwissDRG	12
6.3	Modification du pourcentage du CMI avant et après la révision	13
6.4	CMI avant et après la révision (avec indication du niveau de confiance de 95%)	13
6.5	Ecart-type des différences entre les cost-weights	13
6.6	Comparaison des diagnostics supplémentaires et des traitements dans l'ensemble de base et au sein de l'échantillon.....	14
6.6.1	Nombre de diagnostics supplémentaires/patient.....	14
6.6.2	Nombre de traitements/patient.....	14
6.7	Valeurs de comparaison	14
7	Recommandations.....	15
7.1	Recommandations d'amélioration du codage à l'hôpital.....	15
7.2	Recommandations pour le développement des SwissDRG	15
7.3	Autres remarques du réviseur.....	15
8	Remarques de la direction de l'hôpital	16

1 Introduction

1.1 Situation initiale

1.2 Qualification du réviseur

1.3 Indépendance du réviseur

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

2 Résumé

3 Aperçu des prestations de l'hôpital dans la période de référence

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

Médecine somatique aiguë (cas SwissDRG)	
Psychiatrie	
Réadaptation	

3.2 Nombre de cas SwissDRG en fonction du canton d'origine et du type d'assurance

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

3.3 Nombre et pourcentage de cas

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

	Cas normaux		Outliers courts		Outliers longs		Total
AMal		%		%		%	
AA		%		%		%	
AM		%		%		%	
AI		%		%		%	
Total		%		%		%	

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

	Cas normaux		Outliers courts		Outliers longs		Total
Canton A		%		%		%	
Canton B		%		%		%	
Canton C		%		%		%	
Canton D		%		%		%	
Canton E		%		%		%	
.....		%		%		%	
Total		%		%		%	

3.4 CMI

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

	Cas normaux	Outliers courts	Outliers longs	Total
AMal				
AA				
AM				
AI				
Total				

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

	Cas normaux	Outliers courts	Outliers longs	Total
Canton A				
Canton B				
Canton C				
Canton D				
Canton F				
.....				
Total				

4 Exécution de la révision

4.1 Période de référence et bases d'évaluation

4.1.1 Année de référence

4.1.2 Versions en vigueur

Catalogue SwissDRG et règles de facturation; règles de codage; codes de diagnostic et de traitement, typologie des erreurs

4.2 Prélèvement de l'échantillon

4.3 Remarques

5 Constatations

5.1 Constatations générales

5.2 Dossiers de patients

5.2.1 Intégralité des dossiers

5.2.2 Qualité de la tenue des dossiers

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

5.3 Erreurs constatées

5.3.1 Données administratives provenant des cas rapportés

5.3.2 Données médicales provenant des cas rapportés

5.4 Evaluation de la qualité du codage

Evaluation selon les critères suivants:

- signification statistique de l'écart entre les valeurs de CMI avant et après la révision (oui/non)
- en cas d'écart significatif des valeurs de CMI: ampleur de l'écart
- pourcentage de cas ayant changé de DRG
- pourcentage d'anamnèses absentes
- pourcentage de codes «justes» dans l'évaluation diagnostique (diagnostic principal, complément au diagnostic principal, diagnostics supplémentaires)
- pourcentage de codes «justes» dans l'évaluation des procédures
- autres, facultatif

5.5 Différends avec/sans exposé à l'OFS

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

6 Volet statistique

6.1 Nombre et pourcentage d'erreurs de codage, ventilés selon le type d'erreur et le type de diagnostic

6.1.1 Nombre de codes

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

6.1.2 Pourcentage de codes

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

6.2 Nombre et pourcentage de changements de SwissDRG

	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		%		%		%

6.3 Modification du pourcentage du CMI avant et après la révision

CMI avant révision	
CMI après révision	
Pourcentage de modification du CMI	%

6.4 CMI avant et après la révision (avec indication de l'intervalle de confiance à 95%)^{†‡}

$\bar{x}_h$	$\bar{y}_h$	$\bar{z}_h^-$	$\bar{z}_h$	$\bar{z}_h^+$	$\hat{R}_h^-$	$\hat{R}_h$	$\hat{R}_h^+$

6.5 Ecart-type des différences entre les cost-weights[§]

$s(z_h)$

[†] Si les intervalles de confiance incluent la valeur "0" ein, cela signifie que les valeurs de CMI avant et après la révision ne présentent pas d'écart statistiquement significatif.

[‡] La colonne $\bar{x}_h$ indique le CMI de l'hôpital avant la révision.

La colonne $\bar{y}_h$ indique le CMI de l'hôpital après la révision.

Les colonnes $\bar{z}_h^-$ $\bar{z}_h$ $\bar{z}_h^+$ indiquent les valeurs suivantes: $\bar{z}_h^-$ est la limite inférieure de l'intervalle de confiance à 95 %, $\bar{z}_h$ est la différence entre les valeurs du CMI après et avant la révision et $\bar{z}_h^+$ est la limite supérieure de l'intervalle de confiance à 95 %.

Les colonnes $\hat{R}_h^-$ $\hat{R}_h$ $\hat{R}_h^+$ indiquent les pourcentages suivants: $\hat{R}_h^-$ est la limite inférieure de l'intervalle de confiance à 95 %, $\hat{R}_h$ indique le rapport de $\bar{z}_h$ (différence entre les valeurs du CMI après et avant la révision) à $\bar{x}_h$ (valeur du CMI avant la révision): $\hat{R}_h = \bar{z}_h / \bar{x}_h$ et $\hat{R}_h^+$ est la limite supérieure de l'intervalle de confiance à 95 %.

[§] L'écart-type des différences entre les cost-weights $s(z_h)$ est requis pour la détermination de la taille correcte de l'échantillon l'année suivante.

6.6 Comparaison des diagnostics supplémentaires et des traitements dans l'ensemble de base et au sein de l'échantillon

6.6.1 Nombre de diagnostics supplémentaires/patient

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

6.6.2 Nombre de traitements/patient

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

6.7 Valeurs de comparaison

Valeurs de l'hôpital dans les années antérieures. Ce point est par conséquent omis dans la première année de révision sous SwissDRG.

7 Recommandations

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

7.2 Recommandations pour le développement des SwissDRG

7.3 Autres remarques du réviseur

8 Remarques de la direction de l’hôpital

Remarques de la direction de l'hôpital

.....
Lieu et date

.....

Hôpital X, le directeur

Annexe 1

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 conforme sur la base du règlement pour la révision du codage sous 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 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

Annexe 2

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 sous 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