

Annexe 2 au règlement sur l'exécution de la révision du codage dans le cadre des SwissDRG

Rapport-type de révision^{*}
Révision des données 2013
de l'hôpital X

Version 3.0

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

Table des matières

1	Introduction.....	5
1.1	<i>Situation initiale</i>	<i>5</i>
1.2	<i>Qualification du réviseur.....</i>	<i>5</i>
1.3	<i>Indépendance du réviseur</i>	<i>5</i>
2	Résumé.....	6
3	Aperçu des prestations de l'hôpital dans la période de référence.....	7
3.1	<i>Nombre de cas stationnaires traités pour l'ensemble de l'institution</i>	<i>7</i>
3.2	<i>Nombre de cas SwissDRG en fonction du canton d'origine et du type d'assurance.....</i>	<i>7</i>
3.3	<i>Nombre et pourcentage de cas</i>	<i>8</i>
3.3.1	<i>Par catégorie d'outlier, en fonction du type d'assurance.....</i>	<i>8</i>
3.3.2	<i>Par catégorie d'outlier, en fonction du canton d'origine</i>	<i>8</i>
3.4	<i>CMI.....</i>	<i>9</i>
3.4.1	<i>Par catégorie d'outlier, en fonction du type d'assurance.....</i>	<i>9</i>
3.4.2	<i>Par catégorie d'outlier, en fonction du canton d'origine</i>	<i>9</i>
4	Exécution de la révision.....	10
4.1	<i>Période de référence et bases d'évaluation</i>	<i>10</i>
4.1.1	<i>Année de référence</i>	<i>10</i>
4.1.2	<i>Versions en vigueur</i>	<i>10</i>
4.2	<i>Prélèvement de l'échantillon</i>	<i>10</i>
4.3	<i>Remarques</i>	<i>10</i>
5	Constatations.....	11
5.1	<i>Constatations générales</i>	<i>11</i>
5.2	<i>Dossiers de patients.....</i>	<i>11</i>
5.2.1	<i>Intégralité des dossiers.....</i>	<i>11</i>
5.2.2	<i>Qualité de la tenue des dossiers.....</i>	<i>11</i>
5.3	<i>Erreurs constatées</i>	<i>11</i>
5.3.1	<i>Données administratives provenant des cas rapportés</i>	<i>11</i>
5.3.2	<i>Codage médical</i>	<i>11</i>
5.3.3	<i>Données de base, médecine intensive</i>	<i>11</i>
5.3.4	<i>Rémunérations supplémentaires</i>	<i>11</i>
5.3.5	<i>Médicaments très coûteux.....</i>	<i>11</i>
5.4	<i>Evaluation de la qualité du codage.....</i>	<i>12</i>

5.4.1	<i>Signification statistique de l'écart entre les valeurs de CMI avant et après la révision</i>	12
5.4.2	<i>Pourcentage de cas ayant changé de DRG</i>	12
5.4.3	<i>Pourcentage d'anamnèses absentes</i>	12
5.4.4	<i>Pourcentage de codes «justes» dans l'évaluation diagnostique</i>	12
5.4.5	<i>Pourcentage de codes «justes» dans l'évaluation des procédures</i>	12
5.5	<i>Regroupement de cas</i>	12
5.5.1	<i>Erreurs constatées</i>	12
5.5.2	<i>Ecart entre valeurs de CMI</i>	12
5.6	<i>Congruence de la facturation</i>	12
5.6.1	<i>Erreurs constatées</i>	12
5.6.2	<i>Ecart entre valeurs de CMI</i>	12
5.7	<i>Différents avec/sans exposé à l'OFS</i>	12
6	<i>Volet statistique</i>	14
6.1	<i>Nombre et pourcentage d'erreurs de codage, ventilés selon le type d'erreur et le type de diagnostic</i>	14
6.1.1	<i>Nombre de codes</i>	14
6.1.2	<i>Nombre de codes faux</i>	14
6.1.3	<i>Pourcentage de codes selon le type d'erreur et le type de diagnostic</i>	14
6.1.4	<i>Pourcentage de codes faux selon le type d'erreur et le type de diagnostic</i>	15
6.1.5	<i>Attribution du diagnostic principal</i>	16
6.1.6	<i>Attribution du diagnostic supplémentaire</i>	16
6.1.7	<i>Latéralité des diagnostics</i>	16
6.1.8	<i>Activités tumorales des diagnostics</i>	16
6.1.9	<i>Latéralité des procédures</i>	16
6.1.10	<i>Traitement ambulatoire hors des codes de procédures</i>	16
6.2	<i>Nombre et pourcentage de changements de SwissDRG</i>	16
6.3	<i>Modification du pourcentage du CMI avant et après la révision</i>	16
6.4	<i>CMI avant et après la révision (avec indication de l'intervalle de confiance à 95%)</i>	17
6.5	<i>Ecart-type des différences entre les cost-weights</i>	17
6.6	<i>Comparaison des diagnostics supplémentaires et des traitements dans l'ensemble de base et au sein de l'échantillon</i>	18
6.6.1	<i>Nombre de diagnostics supplémentaires/patient</i>	18

6.6.2	Nombre de traitements/patient.....	18
6.7	Valeurs de comparaison	18
7	Recommandations.....	19
7.1	Recommandations pour l'amélioration du codage à l'hôpital.....	19
7.2	Recommandations pour le développement des SwissDRG	19
7.3	Autres remarques du réviseur.....	19
8	Remarques de la direction de l'hôpital.....	20
Annexe 1	22
Annexe 2 Fehler! Textmarke nicht definiert.	
Glossaire	24

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)	
Patients en attente de placement	
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 sans rabais de transfert		Cas normaux avec rabais de transfert		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 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		%		%		%		%	

3.4 CMI

3.4.1 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					
Total					

3.4.2 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 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 Codage médical

5.3.3 Données de base, médecine intensive

Ventilation artificielle, NEMS, SAPS, PIM, degré de sévérité

5.3.4 Rémunérations supplémentaires

5.3.5 Médicaments très coûteux

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

5.4.1 Signification statistique de l'écart entre les valeurs de CMI avant et après la révision

5.4.2 Pourcentage de cas ayant changé de DRG

5.4.3 Pourcentage d'anamnèses absentes

5.4.4 Pourcentage de codes «justes» dans l'évaluation diagnostique

5.4.5 Pourcentage de codes «justes» dans l'évaluation des procédures

5.5 Regroupement de cas

5.5.1 Erreurs constatées

5.5.2 Ecart entre valeurs de CMI

5.6 Congruence de la facturation

5.6.1 Erreurs constatées

5.6.2 Ecart entre valeurs de CMI

5.7 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 selon le type d'erreur et le type de diagnostic

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

6.1.2 Nombre de codes faux

	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							
Traitements							

6.1.3 Pourcentage de codes selon le type d'erreur et le type de diagnostic

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

6.1.4 Pourcentage de codes faux selon le type d'erreur et le type de diagnostic

	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	%	%	%	%	%	%	
Traitements	%	%	%	%	%	%	

6.1.5 Attribution du diagnostic principal**6.1.6 Attribution du diagnostic supplémentaire****6.1.7 Latéralité des diagnostics****6.1.8 Activités tumorales des diagnostics****6.1.9 Latéralité des procédures****6.1.10 Traitement ambulatoire hors des codes de procédures****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

Glossaire