

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

Rapport-type de révision^{*}

Révision des données 2014

de l'hôpital X

Version 4.0

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

Table des matières

1	Résumé.....	4
1.1	Situation initiale	4
1.2	Résultats de la révision en bref.....	4
1.3	Données statistiques en bref.....	4
2	Aperçu des prestations de l'hôpital dans la période de référence.....	5
2.1	Nombre de cas stationnaires traités pour l'ensemble de l'institution.....	5
2.2	Cas SwissDRG	5
2.2.1	En fonction du canton d'origine et du type d'assurance.....	5
2.2.2	Par catégorie d'outlier, en fonction du type d'assurance.....	6
2.2.3	Par catégorie d'outlier, en fonction du canton d'origine.....	6
2.3	CMI	7
2.3.1	Par catégorie d'outlier, en fonction du type d'assurance.....	7
2.3.2	Par catégorie d'outlier, en fonction du canton d'origine.....	7
3	Exécution de la révision.....	8
3.1	Période de référence.....	8
3.2	Versions en vigueur.....	8
3.3	Calcul et prélèvement de l'échantillon.....	8
3.4	Qualification du réviseur.....	8
3.5	Indépendance du réviseur.....	8
3.6	Remarques	8
4	Constatations.....	9
4.1	Constatations générales	9
4.2	Dossiers de patients.....	9
4.2.1	Pourcentage d'anamnèses manquantes.....	9
4.2.2	Qualité de la tenue des dossiers	9
4.3	Données administratives provenant des cas rapportés.....	9
4.4	Diagnostics et traitements	9
4.4.1	Erreurs constatées.....	9
4.4.2	Nombre d'erreurs de codage, selon le type d'erreur	9
4.4.3	Nombre de codes faux avec indication de la position.....	9
4.4.4	Pourcentage d'erreurs de codes selon le type d'erreur	10
4.4.5	Pourcentage de codes faux avec indication de la position.....	10
4.4.6	Attribution du diagnostic principal.....	10

4.4.7	Attribution du diagnostic supplémentaire	10
4.5	Latéralité des diagnostics et procédures	10
4.6	Traitement ambulatoire externe.....	10
4.7	Données de base, médecine intensive.....	10
4.8	Rémunérations supplémentaires	10
4.9	Médicaments et substances	10
4.10	Changements de DRG.....	11
4.10.1	Nombre et pourcentage de cas avec changement de DRG.....	11
4.10.2	Différences avec/sans exposé à l'OFS.....	11
4.11	CMI.....	11
4.12	CMI avant et après la révision (avec indication de l'intervalle de confiance à 95 %).....	12
4.13	Ecart-type des différences entre les cost-weights	12
4.14	Regroupement de cas	12
4.14.1	Erreurs constatées.....	12
4.14.2	Ecart entre cost-weights.....	12
4.15	Congruence de la facturation	13
4.15.1	Erreurs constatées.....	13
4.15.2	Ecart entre cost-weights.....	13
4.16	Nombre de diagnostics supplémentaires et de traitements	13
4.16.1	Nombre de diagnostics supplémentaires/patient	13
4.16.2	Nombre de traitements/patient	13
4.17	Comparaison avec des versions antérieures.....	13
5	Recommandations.....	14
5.1	Recommandations pour l'amélioration du codage à l'hôpital	14
5.2	Recommandations pour le développement de SwissDRG.....	14
5.3	Autres remarques du réviseur	14
6	Remarques de la direction de l'hôpital.....	15
Annexe 1		16
Annexe 2		17
Glossaire		18

1 Résumé

1.1 Situation initiale

1.2 Résultats de la révision en bref

CMI avant révision		
CMI après révision		
Signification statistique de la différence entre CMI avant la révision et CMI après la révision	oui/non	
Différence entre CMI avant et après révision	Valeur abs.	%
Cas révisés avec changement de DRG	Nombre	%
Diagnostics principaux corrects	Nombre	%
Complément correct au diagnostic principal	Nombre	%
Diagnostics supplémentaires corrects	Nombre	%
Codes de traitement corrects	Nombre	%

1.3 Données statistiques en bref

Taille de l'échantillon	Nombre
Pourcentage de dossiers de patient manquants	%

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

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

Médecine somatique aiguë (cas SwissDRG)	
Patients en attente de placement	
Psychiatrie	
Réhabilitation	

2.2 Cas SwissDRG

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

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

2.2.2 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		%		%		%		%	

2.2.3 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		%		%		%		%	

2.3 CMI

2.3.1 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					

2.3.2 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 Exécution de la révision

3.1 Période de référence

3.2 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.

3.3 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.

3.4 Qualification du réviseur

3.5 Indépendance du réviseur

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

3.6 Remarques

4 Constatations

4.1 Constatations générales

4.2 Dossiers de patients

4.2.1 Pourcentage de dossiers de patient manquants

4.2.2 Qualité de la tenue des dossiers

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

4.3 Données administratives provenant des cas rapportés

4.4 Diagnostics et traitements

4.4.1 Erreurs constatées

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

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

4.4.3 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							
Total diagnostics							
Traitements							

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

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

4.4.5 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	%	%	%	%	%	%	
Total diagnostics	%	%	%	%	%	%	
Traitements	%	%	%	%	%	%	

4.4.6 Attribution du diagnostic principal

4.4.7 Attribution du diagnostic supplémentaire

4.5 Latéralité des diagnostics et procédures

4.6 Traitement ambulatoire externe

4.7 Données de base, médecine intensive

Ventilation artificielle, degré de sévérité

4.8 Rémunérations supplémentaires

4.9 Médicaments et substances

Liste des médicaments et substances pouvant être enregistrés dans la statistique médicale au niveau des cas.

4.10 Changements de DRG

4.10.1 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		%		%		%

4.10.2 Différences avec/sans exposé à l'OFS

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

4.11 CMI

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

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

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

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

$s(z_h)$

4.14 Regroupement de cas

4.14.1 Erreurs constatées

4.14.2 Ecart entre cost-weights

† Si les intervalles de confiance incluent la valeur «0», 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.

4.15 Congruence de la facturation

4.15.1 Erreurs constatées

4.15.2 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.

4.16 Nombre de diagnostics supplémentaires et de traitements

4.16.1 Nombre de diagnostics supplémentaires/patient

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

4.16.2 Nombre de traitements/patient

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

4.17 Comparaison avec des versions antérieures

Valeurs de l'hôpital dans les années antérieures.

5 Recommandations

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

5.2 Recommandations pour le développement de SwissDRG

5.3 Autres remarques du réviseur

6 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 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 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 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

Glossaire