

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

Rapport-type de révision^{*}

Révision des données 2015

de l'hôpital X

Version 5.0

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

Table des matières

1	Résumé.....	5
1.1	Résultats de la révision en bref.....	5
1.2	Données statistiques en bref.....	5
1.3	Comparaison de chiffres clés ensemble de base et échantillon	5
2	Aperçu des prestations de l'hôpital dans la période de référence.....	6
2.1	Nombre de cas stationnaires traités pour l'ensemble de l'institution.....	6
2.2	Cas SwissDRG	6
2.2.1	En fonction du canton d'origine et du type d'assurance.....	6
2.2.2	Par catégorie d'outlier, en fonction du type d'assurance.....	7
2.2.3	Par catégorie d'outlier, en fonction du canton d'origine.....	7
2.3	CMI	8
2.3.1	Par catégorie d'outlier, en fonction du type d'assurance.....	8
2.3.2	Par catégorie d'outlier, en fonction du canton d'origine.....	8
2.4	Nombre de rémunérations supplémentaires	9
3	Exécution de la révision.....	10
3.1	Période de référence.....	10
3.2	Versions en vigueur.....	10
3.3	Calcul et prélèvement de l'échantillon.....	10
3.4	Description chronologique de la révision.....	10
3.5	Qualification du réviseur.....	10
3.6	Indépendance du réviseur.....	10
3.7	Remarques	10
4	Constatations.....	11
4.1	Constatations générales	11
4.2	Dossiers de patients.....	11
4.2.1	Pourcentage de dossiers de patient manquants.....	11
4.2.2	Qualité de la tenue des dossiers	11
4.3	Données administratives provenant des cas rapportés.....	11
4.4	Diagnostics et traitements	11
4.4.1	Erreurs constatées.....	11
4.4.2	Nombre d'erreurs de codage, selon le type d'erreur	12
4.4.3	Nombre de codes faux avec indication de la position.....	12
4.4.4	Pourcentage d'erreurs de codes selon le type d'erreur	12

4.4.5	<i>Pourcentage de codes faux avec indication de la position.....</i>	13
4.4.6	<i>Nombre et pourcentage de codes non spécifiques dans le codage de l'hôpital</i>	13
4.4.7	<i>Attribution du diagnostic principal.....</i>	13
4.4.8	<i>Attribution du diagnostic supplémentaire</i>	13
4.4.9	<i>Attribution du traitement principal</i>	13
4.5	<i>Latéralité des diagnostics et procédures</i>	13
4.6	<i>Traitement ambulatoire externe.....</i>	13
4.7	<i>Délimitation médecine intensive/Intermediate Care Unit</i>	14
4.8	<i>Données de base, médecine intensive.....</i>	14
4.8.1	<i>Ventilations artificielles mécaniques</i>	14
4.8.2	<i>NEMS.....</i>	14
4.8.3	<i>Degré de sévérité</i>	14
4.9	<i>Rémunérations supplémentaires</i>	14
4.10	<i>Médicaments et substances</i>	14
4.11	<i>Changements de DRG.....</i>	15
4.11.1	<i>Nombre et pourcentage de cas avec changement de DRG.....</i>	15
4.11.2	<i>Différences avec/sans exposé à l'OFS.....</i>	15
4.12	<i>CMI.....</i>	15
4.13	<i>Evaluation du CMI de l'hôpital avant et après révision</i>	15
4.14	<i>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.....</i>	16
4.15	<i>Erreurs de combinaison de cas (split, regroupement de cas).....</i>	16
4.15.1	<i>Erreurs constatées.....</i>	16
4.15.2	<i>Ecart entre cost-weights.....</i>	16
4.16	<i>Congruence de la facturation</i>	16
4.16.1	<i>Erreurs constatées.....</i>	16
4.16.2	<i>Ecart entre cost-weights.....</i>	16
4.17	<i>Comparaison ensemble de base et échantillon</i>	17
4.17.1	<i>Nombre de diagnostics supplémentaires/patient</i>	17
4.17.2	<i>Nombre de traitements/patient</i>	17
4.17.3	<i>Nombre de groupes de cas DRG</i>	17
4.17.4	<i>Nombre de cas avec rémunération supplémentaire</i>	17
4.17.5	<i>Nombre de ventilations artificielles mécaniques</i>	17
4.17.6	<i>Nombre de cas avec traitement en USI</i>	17

4.18	Comparaison avec des versions antérieures.....	17
5	Recommandations.....	18
5.1	Recommandations pour l'amélioration du codage à l'hôpital	18
5.2	Recommandations pour le développement de SwissDRG.....	18
5.3	Autres remarques du réviseur	18
6	Remarques de la direction de l'hôpital	19
	Annexe 1	20
	Annexe 2	21
	Glossaire.....	22

1 Résumé

1.1 Résultats de la révision en bref

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	Valeur abs.	%
Cas révisés avec changement de DRG	Nombre	%
Diagnostics principaux corrects ¹	Nombre	%
Complément au diagnostic principal correct 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	%
Erreurs congruence de la facturation	Nombre	%

1.2 Données statistiques en bref

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

1.3 Comparaison de chiffres clés ensemble de base et échantillon

	Ensemble de base	Echantillon
Nombre de cas avec rémunérations supplémentaires	%	
Nombre de ventilations artificielles saisies ³	%	
Nombre de cas avec séjour en USI	%	
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

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

	AMal	AA	AM	AI	Total
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					

2.4 Nombre de rémunérations supplémentaires

Rémun. suppl.	Libellé	Montant	Nombre LAMal	Nombre AA/AM/AI	Nombre patients autopayeurs
Total rémun. suppl. version 5.0					

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 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).

3.5 Qualification du réviseur

3.6 Indépendance du réviseur

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

3.7 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

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		%

4.4 Diagnostics et traitements

4.4.1 Erreurs constatées

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

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						
Traitement principal						
Traitements supplémentaires						

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							
Traitement principal							
Traitements supplémentaires							

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

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	%	%	%	%	%	%	
Traitement principal	%	%	%	%	%	%	
Traitements secondaires	%	%	%	%	%	%	

4.4.6 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		%

4.4.7 Attribution du diagnostic principal

4.4.8 Attribution du diagnostic supplémentaire

4.4.9 Attribution du traitement principal

4.5 Latéralité des diagnostics et procédures

4.6 Traitement ambulatoire externe

	Nombre	Pourcentage
Saisis correctement		%
Saisis incorrectement		%
Non saisis		%

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!.

4.7 Délimitation médecine intensive/Intermediate Care Unit

4.8 Données de base, médecine intensive

4.8.1 Ventilations artificielles mécaniques

	Nombre	Pourcentage
Saisies correctement		%
Saisies incorrectement		%
Non saisies		%

4.8.2 NEMS

	Nombre	Pourcentage
Saisis correctement		%
Saisis incorrectement		%
Non saisis		%

4.8.3 Degré de sévérité

	Nombre	Pourcentage
Saisis correctement		%
Saisis incorrectement		%
Non saisis		%

4.9 Rémunérations supplémentaires

	Nombre	Pourcentage
Saisies correctement		%
Saisies incorrectement		%
Non saisies		%

4.10 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.)

4.11 Changements de DRG

4.11.1 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		%		%		%

4.11.2 Différences avec/sans exposé à l'OFS

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

4.12 CMI

CMI de l'hôpital avant révision	
CMI estimé de l'hôpital après révision	
Pourcentage de modification du CMI	%

4.13 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.

4.14 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:

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.

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

4.15.1 Erreurs constatées

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

4.15.2 Ecart entre cost-weights

4.16 Congruence de la facturation

4.16.1 Erreurs constatées

	Numéro DRG	Cost-weight	Rémunérations supplémentaires
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.

4.16.2 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.

4.17 Comparaison ensemble de base et échantillon

4.17.1 Nombre de diagnostics supplémentaires/patient

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

4.17.2 Nombre de traitements/patient

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

4.17.3 Nombre de différents DRGs

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

4.17.4 Nombre de cas avec rémunération supplémentaire

Nombre de cas avec rémunérations supplémentaires (échantillon)	
Nombre de cas avec rémunérations supplémentaires (ensemble de base)	

4.17.5 Nombre de ventilations artificielles mécaniques

Nombre de ventilations artificielles mécaniques (échantillon)	
Nombre de ventilations artificielles mécaniques (ensemble de base)	

4.17.6 Nombre de cas avec traitement en USI

Nombre de cas en USI (échantillon)	
Nombre de cas en USI (ensemble de base)	

4.18 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.

5 Recommandations

5.1 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.

5.2 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.

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