RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT AU GRAND CONSEIL
sur le postulat Jacques-André Haury et consorts demandant au Conseil d'Etat d'exploiter les contestations formulées à l'endroit de factures du CHUV dans sa lutte contre la hausse des coûts de la santé

Madame la Présidente, Mesdames, Messieurs,

La LAMal confie aux assureurs la responsabilité de contribuer à la modération des coûts de la santé. Ils le font notamment en contestant certaines des factures qui leur parviennent.

L'intervention de M. Oliver Peters, directeur administratif et financier du CHUV, parlant de "harcèlement administratif" et suggérant de facturer CHF 250.- pour chaque contrôle n'aboutissant pas à une rectification (voir 24 Heures du 12 novembre 2011) nous paraît justifier un autre regard sur ce dossier.

Il convient en effet de rappeler plusieurs éléments propres au CHUV :

1. *Le CHUV adresse ses factures directement à l'assureur, selon le principe dit "du tiers payant". Le patient ne reçoit qu'ultérieurement le décompte de sa participation. A ce stade, il part du principe que la facture a été contrôlée par l'assureur, même s'il pourrait, dans un cas ou l'autre, s'étonner des montants facturés. Le rôle des assureurs dans le cas du CHUV est donc particulièrement important.*
2. *Justifier une facture fait partie de la formation d'un médecin. Dans la plupart des cas, sur demande, il parvient à trouver un argument pour justifier le point contesté par l'assureur. Cela ne signifie pas que, sur le fond, la contestation n'ait pas été justifiée. Le médecin, très souvent, en est conscient, ce qui tend à le rendre attentif aux coûts qu'il génère et a souvent un effet préventif pour les situations à venir.*
3. *Les hôpitaux universitaires, dans tous les pays, sont les principaux responsables de l'augmentation des coûts de la santé, car ils pratiquent, en règle générale, une médecine maximale, en termes d'investigations, de dépistages et de traitements. C'est sans doute lié aux nécessités de la recherche et du développement de la médecine, mais c'est un fait. Il est donc naturel que l'attention des payeurs se porte tout particulièrement sur les factures émises par le CHUV.*
4. *Le CHUV est un poids lourd des coûts de la santé dans notre Canton. Si l'Etat est directement intéressé à voir croître les revenus du CHUV, il a aussi un intérêt direct à voir baisser les coûts globaux de la santé, puisqu'il est amené à subventionner les primes d'assurance. Avec l'introduction du financement par cas (DRG) dans les hôpitaux publics, il sera placé quasiment en situation de partenariat avec les assureurs face aux factures émises par les hôpitaux.*

Le CHUV dispose, grâce aux assureurs, d'un gisement de pistes d'économies qu'il conviendrait d'exploiter. Le but du présent postulat est de suggérer au Conseil d'Etat d'étudier les contestations de

facturation qui sont adressées au CHUV, qu'elles viennent des assureurs ou des patients eux-mêmes, puis de mettre sur pied un dispositif visant, sur cette base, à contenir les coûts facturés par le CHUV.

1 CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) confie aux assureurs la responsabilité de contribuer à la modération des coûts de la santé. Ils le font notamment en contrôlant, puis, selon les résultats de leur contrôle, en contestant certaines des factures établies par les fournisseurs de prestations qui leur parviennent pour leurs assurés, et qu'ils sont amenés à payer.

La LAMal stipule en particulier que les prestations médicales à charge de l'assurance de base doivent répondre à trois principes, elles doivent être efficaces, adéquates et économiques.

Dans ce cadre, le contrôle du respect du principe d'économicité est une mission centrale des assureurs maladie ainsi qu'une tâche de droit public ancrée dans l'article 56 de la LAMal. Ce processus de contrôle des factures des hôpitaux fait ainsi partie du dispositif légal mis en place pour assurer le respect du principe d'économicité.

2 APPLICATION DU PRINCIPE D'ÉCONOMICITÉ DANS LE DOMAINE ADMINISTRATIF

Tous les acteurs de notre système de santé sont tenus d'appliquer ces trois principes dont celui d'économicité à tous les niveaux, notamment dans le domaine administratif chez les prestataires de soins comme chez leurs partenaires payeurs que sont les assureurs.

Ces processus de contrôle, dont la nécessité et l'utilité sont indéniables, doivent eux-mêmes être effectués conformément au principe d'économicité. Les coûts générés par ces processus de contrôle dans les hôpitaux font partie des coûts imputables des hôpitaux à charge de l'Assurance maladie et des cantons de domicile des patients et ont donc in fine une influence sur le niveau de primes et d'impôts que payent les assurés et contribuables.

3 UTILITÉ POUR LES HÔPITAUX

Les factures qui font l'objet de corrections donnent lieu à une analyse pouvant impliquer une modification des pratiques du CHUV.

Il est, de plus, correct d'affirmer que devoir justifier une facture fait partie de la formation d'un médecin et que travailler sur des questions ciblées et bien étayées posées par un médecin conseil d'un assureur relatives à la prise en charge de ses patients permet au jeune médecin d'être rendu attentif également par une entité externe aux coûts qu'il génère. Ceci renforce le fait que les hôpitaux insistent beaucoup auprès des professionnels de la santé sur les aspects d'efficacité, adéquation et économicité de la prise en charge dans le cadre de la formation de base et de la formation continue, ainsi que dans le cadre des suivis de la gestion des services médicaux.

4 RAPPEL DU CONTEXTE

4.1 Emission des factures par les hôpitaux et contrôles au cas par cas par les assureurs

Le CHUV adresse ses factures directement à l'assureur, selon le principe dit "du tiers payant" applicable à toute la facturation des prestations des hôpitaux à charge de l'assurance obligatoire des soins.

Les patients reçoivent systématiquement du CHUV une copie de toutes les factures envoyées pour paiement à leur assureur, ceci conformément aux dispositions légales.

Les assureurs contrôlent au cas par cas les factures qu'ils reçoivent selon des processus et organisations qui leur sont propres et qui diffèrent d'un assureur à l'autre. Dans tous les cas, les factures qui sont sélectionnées par l'assureur pour un contrôle font l'objet d'une demande écrite de

renseignements médicaux envoyée par les services du médecin conseil de l'assureur à la Direction médicale de l'hôpital concerné. Dans certains cas, plusieurs demandes successives de précisions pour le même cas/la même facture sont formulées par l'assureur afin qu'il puisse se déterminer et être en mesure de procéder au paiement de la facture.

Près de 13 % des cas d'hospitalisation au CHUV (année 2010) ont fait l'objet d'une demande de renseignements médicaux par les assureurs.

Le taux de demandes varie très fortement entre assureurs : certains demandent des renseignements médicaux pour environ 5 % des factures qu'ils reçoivent, alors que d'autres atteignent un taux de demande de justification de plus de 20 %, taux s'approchant même de 50 % des factures pour un assureur.

Le nombre de factures effectivement corrigées est extrêmement faible, avec une moyenne de 0.35 % du total des factures d'hospitalisation du CHUV pour l'année 2010.

Synthèse des demandes de renseignements médicaux des assureurs conventionnés (parfois plusieurs demandes successives pour le même cas)

CHUV patients hospitalisés - période : année 2010

Assureur maladie de base	Total des demandes	Cas hospitalisés en 2010	Demandes en % des cas	Cas avec au moins 1 demande	Cas avec modification de facture	Factures modifiées en % des cas 2010
Assureur 1	622	5'778	10.76%	524	20	0.35%
Assureur 2	690	1'424	48.46%	557	5	0.35%
Assureur 3	295	1'382	21.35%	262	6	0.43%
Assureur 4	290	5'859	4.95%	272	4	0.07%
Assureur 5	71	582	12.20%	65	0	0.00%
Assureur 6	7	54	12.96%	6	0	0.00%
Assureur 7	1'277	9'948	12.84%	1'050	40	0.40%
Assureur 8	410	3'745	10.95%	405	25	0.67%
Assureur 9	26	203	12.81%	23	1	0.49%
Assureur 10	202	1'036	19.50%	186	1	0.10%
Assureur 11	123	1'871	6.57%	101	6	0.32%
Assureur 12	168	729	23.05%	152	3	0.41%
Assureur 13	257	2'072	12.40%	227	7	0.34%
Total	**4'438**	**34'683**	**12.80%**	**3'830**	**118**	**0.34%**

L'assureur qui exige le plus de justifications (pour près de 50 % des factures) n'obtient une modification que pour 0.9 % d'entre elles, correspondant à 0.35 % des factures totales qu'il a reçues du CHUV. Ces modifications de factures correspondant dans la majorité des cas à des modifications mineures pour un montant faible.

A noter que pour l'ensemble de l'année en question, un total de 118 factures du CHUV ont finalement fait l'objet d'une correction (soit 0.35 % du total des factures émises) sur un total de 34'683 factures sur l'année.

Ce tableau démontre que le taux de factures corrigées est en relation avec la capacité de l'assureur à organiser et effectuer un contrôle efficace et ciblé, mais n'a pas de lien avec un quelconque potentiel d'amélioration du processus de codage et de facturation du CHUV.

Exemple similaire pour un autre hôpital universitaire:

La même situation est reportée de l'Hôpital de l'Île à Berne.

Les demandes de renseignements médicaux varient également très fortement selon les assureurs. Avec plus de 38‘000 patients stationnaires l'Hôpital de l'Île doit répondre à environ 4'800 demandes de renseignements médicaux.

La part de factures qui doit effectivement être corrigée se situe également pour cet établissement à quelques pour milles malgré l'effort administratif conséquent engagé.

5 RÉVISION OFFICIELLE DU CODAGE DES PRESTATIONS

Les assureurs maladie, les assureurs accident et l'AI, les hôpitaux publics et d'intérêt public romands et les services de la santé publique des cantons correspondants ont mis en place au début des années 2000 un processus officiel de révision du codage des hôpitaux amenant à la constitution des factures à charge des assurances. Il s'agit de vérifier la conformité de la facture émise par rapport au traitement effectué documenté dans le dossier du patient.

Ce processus de contrôle a été rendu obligatoire dans la Suisse entière avec l'arrivée en 2012 de la facturation par les SwissDRG dans tous les hôpitaux de notre pays. Il montre année après année que le CHUV facture correctement ses séjours, on ne peut en aucun cas évoquer de cas de surfacturation mais même plutôt une très légère tendance à une sous-facturation.

Les résultats de cette révision officielle, effectuée par des professionnels certifiés avec des méthodes d'audit rigoureuses et statistiquement validées par des spécialistes (SCRIS), montrent que le dispositif de facturation du CHUV correspond aux prestations effectuées et est conforme aux exigences des dispositions et règles conventionnelles nationales.

Contrôles par les assureurs - influence sur les coûts administratifs des hôpitaux

Les hôpitaux constatent qu'une partie des assureurs, faute de stratégie et d'organisation interne adéquate, procèdent à ces contrôles de manière non professionnelle, en imposant aux hôpitaux de se soumettre à des justifications très nombreuses de leurs factures. Cela nécessite de la part du personnel hospitalier et en particulier des médecins de passer beaucoup de temps à répondre à des questions très souvent non pertinentes, avec pour résultat un taux de découverte d'erreurs extrêmement faible et des conséquences très faibles sur le montant des factures. En résumé, l'investissement demandé aux hôpitaux est disproportionné par rapport aux gains.

Le système actuel implique que les assureurs qui n'ont pas investi dans un système de contrôle approprié et efficient, imposent aux hôpitaux un processus et des coûts non conformes au critère d'économicité, ne sont pas pénalisés. Les coûts générés dans les hôpitaux pour répondre à ces contrôles qu'ils soient demandés sur une base cohérente et documentée ou qu'ils soient totalement non ciblés font partie des coûts imputables de l'hôpital et sont ainsi répartis comme composante du baserate (tarif) facturé de manière identique à tous les assureurs et cantons de domicile des patients, qui les reportent sur les primes et les impôts que les assurés, respectivement que les contribuables payent.

6 CONCLUSION

Le droit de contrôler les factures émises par le CHUV n'est pas contestable, ni contesté. Il est toutefois important que ce contrôle légitime soit réalisé de façon efficiente.

La lecture du tableau chiffré inséré ci-avant dans ce document démontre que le taux de factures corrigées est en relation avec la capacité de l'assureur à effectuer un contrôle efficace et ciblé, et n'a pas de lien avec un potentiel d'amélioration du processus de codage et de facturation du CHUV, donc de gains possibles sur les factures.

La pérennisation de cette situation non conforme par une partie des assureurs constitue une violation des principes inscrits dans les dispositions légales. Les dispositions officielles nationales mises en place en Allemagne (pays d'origine du système à la base de nos SwissDRG) font porter aux assureurs les coûts générés dans les hôpitaux par leurs vérifications. De même, en Suisse, faire porter la charge financière induite par les exigences de contrôles non ciblés aux assureurs concernés pourrait constituer

un acte incitatif fort pour pousser chaque assureur à mettre en place une organisation de contrôle professionnelle et, de facto, réduire les demandes de justification à des cas réellement sujets à discussion. Cette décision pourrait avoir un impact important sur la crédibilité de ces contrôles et sur les coûts qu'ils induisent dans les hôpitaux.

Cette prise de position a été partagée dans la presse par le Directeur administratif et financier du CHUV, ce qui a provoqué le dépôt de ce Postulat.

Au vu de ce qui précède, le Conseil d'Etat répond de la manière suivante au point principal soulevé:

Le CHUV dispose, grâce aux assureurs, d'un gisement de pistes d'économies qu'il conviendrait d'exploiter. Le but du présent postulat est de suggérer au Conseil d'Etat d'étudier les contestations de facturation qui sont adressées au CHUV, qu'elles viennent des assureurs ou des patients eux-mêmes, puis de mettre sur pied un dispositif visant, sur cette base, à contenir les coûts facturés par le CHUV.

Le CHUV a examiné la proposition d'utiliser les contestations de facturation émises par les assureurs, tel que proposé par M. le Député Haury et est arrivé à la conclusion développée ci-après.

Le taux de correction de factures très faible généré par les processus de contrôle au cas par cas par les assureurs, selon les éléments chiffrés présentés et commentés ci-dessus, permettent de conclure que ces systèmes de vérification organisés de manière différente et hétérogène par chaque assureur ne peuvent apporter d'informations significatives permettant au CHUV d'exploiter des pistes d'économies.

Le processus de contrôle officiel annuel du codage permet, par contre et de par son organisation professionnelle et les résultats significatifs analysés sur une base statistique, de donner à chaque hôpital des informations pertinentes et exploitables, afin d'améliorer son processus de codage à partir du dossier patient et conséquemment d'améliorer sa facturation.

En 2010, le contrôle officiel annuel du codage a fait ressortir, pour le CHUV, que la facturation a tendance à être légèrement inférieure à ce que permet le système conventionnel, et donc que les coûts générés par le CHUV pour notre système de santé peuvent être considérés comme conformes aux règles et dispositions applicables.

Le Conseil d'Etat estime ainsi qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la proposition d'étudier les contestations de facturation au cas par cas faites par les assureurs. Par contre, il appuie la démarche de révision annuelle officielle, organisée selon des protocoles certifiés et reconnue par les hôpitaux comme par les assureurs, dont les résultats sont pertinents et utiles dans des procédures d'amélioration de facturation.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 5 juin 2013.

Le président :	Le chancelier :
P.-Y. Maillard	*V. Grandjean*

Révision du codage des diagnostics et des interventions dans les

Hôpitaux publics et privés reconnus d'intérêt public du canton de Vaud

Données révisées 2010

Rapport final

Canton de Vaud

Révision effectuée en 2011

Mme Thérèse Gilliéron
Mme Irène Idalan

M. Patrick Weber: Direction
M. Krimo Bouslami: Informatique
M. Gianmarco Arrigo: Administration

Publication des résultats en 2012

NICE Computing SA, ch de Maillefer 37, CH-1052 Le Mont-sur-Lausanne
Tél. +41/21/641.04.20 Fax +41/21/641.04.29 Mobile +41/79/212.88.85
Email : info@nicecomputing.ch URL www.nicecomputing.ch

Table des matières

1 Introduction 3
2 Méthodologie 4
2.1 Détermination de la taille de l'échantillon 4
2.2 Déroulement des travaux 6
3 Comparaisons cantonales 9
3.1 Cohérence 9
4 Sommaire des constats 13
5 Résultats détaillés 13
5.1 Analyse détaillée par établissement 13
5.2 Influence sur le cost-weight 22
5.3 Centre Hospitalier Universitaire Vaudois 23
5.4 Hôpital Ophtalmique 27
5.5 Ensemble hospitalier de la Côte 30
5.6 Hôpital Riviera 34
5.7 Établissements hospitaliers du nord vaudois 38
5.8 Groupement hospitalier de l'ouest lémanique 42
5.9 Hôpital intercantonal de la Broye 46
5.10 HDC Hôpital du Chablais 50
5.11 Centre de soins et de santé communautaire (Sainte-Croix) 54
5.12 Hôpital du Pays-d'Enhaut 59
5.13 Clinique de Longeraie 63
6 Analyse des casemix 68
6.1 Introduction 68
6.2 Evaluation 69
6.3 Résultats 70
7 Annexes 74
7.1 Méthodes statistiques 74
7.2 Explication des symboles utilisés 77
7.3 Abréviations 78

1 Introduction

Le but à atteindre étant l'amélioration du codage en vue d'une appréciation véridique des soins dispensés, l'étude ne s'est pas contentée de calculer les taux d'erreurs, mais également, à partir des données 2003, la variation du casemix entre le codage de l'hôpital et celui du réviseur. De plus, la révision du codage est l'occasion d'améliorer le processus de formation et de mettre en évidence des possibilités d'optimisation.

Le "Comité de pilotage pour la révision du codage" dans lequel le canton, les assureurs et les hôpitaux des cantons de VS, VD, GE, NE, JU et BE sont représentés, est arrivé à la conclusion suivante:

« Tous les cas hospitalisés sont groupés et évalués conformément à leur durée de séjour. Cela signifie que les low- et high-outlier avec cost-weight corrigé sont repris dans l'évaluation. Les groupes de cas corrigés manuellement sont pris en compte pour l'évaluation dès lors que les informations correspondantes étaient à disposition des réviseurs et que les directives générales en vigueur aient été observées ».

La révision du codage est effectuée chaque année depuis 1999 dans différents hôpitaux de Suisse.

Chaque établissement hospitalier public du canton de Vaud a transmis à la société de révision la série de données OFS de l'année précédente. L'échantillon des cas à réviser est tiré à partir de ces données.

Après la révision les commentaires des cas avec déviations ont été envoyés aux équipes de codage respectives. Les codificateurs[1] pouvaient prendre position sur les corrections. Dans les cas où les réviseurs acceptait les commentaires en retour des codificateurs, les corrections ont été supprimées et les données de révision adaptées. Ensuite le rapport de révision définitif est établi.

Ce document présente les résultats de la révision et de l'évaluation de la documentation de manière détaillée.

Le protocole de vérification est composé de quatre étapes:

- Echantillonnage: tirage d'un échantillon stratifié des données OFS 2010. Tous les cas aigus somatiques ont été pris en considération.
- Déroulement de la révision: l'examinateur effectue un recodage du diagnostic principal et vérifie les diagnostics supplémentaires ainsi que les traitements.
- Rapport pour toutes les déviations du codage: pour chaque cas déviant du codage original une justification écrite est présentée à la clinique pour avis.
- Rapport final: Résumé des déviations de codage, évaluations statistiques des déviations.

[1] Le terme correct est codeur, codeuse ; pour des raisons d'esthétique de la langue nous utiliserons ici le terme codificateur, codificatrice.

2 Méthodologie

2.1 Détermination de la taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon pour une révision du codage doit prendre en compte les conditions suivantes:

- la variation entre le casemix-index de l'établissement et celui de la révision, est évaluée avec une tolérance à l'erreur de ± 0.05 et un intervalle de confiance de 95%[2].
- la base de données a été constituée grâce au fichier des statistiques médicales (OFS) concernant les hospitalisations des patients sortis entre le 1er janvier et le 31 décembre de l'année révisée.
- l'échantillonnage aléatoire des dossiers porte sur tous les séjours aigus et est réalisé selon la formule ci-dessous[3]:

$$T = \left[\frac{\frac{k^2 * s^2}{d^2}}{1 + \frac{(k^2 * s^2 / d^2)}{N}} + 0.5 \right]$$

T = taille de l'échantillon

k = 1.96 quantile

d = 0.05 tolérance d'erreurs

s = 0.35 variation standard (estimation de l'écart-type de la différence entre le casemix calculé à partir des codes enregistrés avant la révision et le casemix calculé à partir des codes attribués par le réviseur)

N = taille de la saisie (c.-à-d. le nombre de cas somatiques aigus et de cas hospitalisés qui ont été inclus lors de la création de l'échantillon)

[2] Correspond au cahier des charges pour les réviseurs publié par l'OFS, version 1.0
[3] Cette formule a été proposée par le Prof. A. Marazzi de l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Lausanne

Etablissements	N Nombre de sorties	n nombre d'échantillons	V Nombre de visites
CHUV-A	32'053	145	5
Ophtalmique	972	145	4
Morges	8'872	145	5
Riviera-A	9'400	145	4
eHnv-A	11'450	145	4
GHOL	6'736	145	4
HIB-VD-A	3'232	145	3
HDC	10'232	145	5
Ste-Croix	667	145	3
Pays-d'Enhaut	415	145	3
Longeraie	815	145	3
Vaud	**84'844**	**1'595**	**43**
Berne	115'941	1'315	27
Valais	42'425	435	12½
Neuchâtel	18'271	290	9
Genève	41'370	213	8
Jura	7'447	145	4

N : représente le nombre de sorties annuelles dans chacun des hôpitaux.

n : représente le nombre de cas compris dans l'échantillon. La taille de l'échantillon est déterminée conformément aux critères définis au chapitre 2. Le but étant de déterminer avec une précision adéquate la différence entre l'indice de casemix basé sur les codes originaux ($\bar{x}_h$) et l'indice de casemix après validation ($\bar{y}_h$). Plus précisément, on détermine la taille de l'échantillon pour l'hôpital *h* telle que la probabilité que l'erreur d'estimation de la différence $\bar{x}_h - \bar{y}_h$ soit inférieure à 0.05. Nous utilisons la valeur de l'écart standard de la variation du cost-weight de 0.35.

v : représente le nombre de visites (jours sur place) nécessaires pour la révision.

2.2 Déroulement des travaux

2.2.1 Phase préparatoire

La planification, la coordination et la préparation de la révision ont été organisées en accord avec les responsables du codage de chaque établissement. Les dates pour les révisions ont été convenues ensemble.

2.2.2 Phase opérationnelle

Le travail de révision dans les différents établissements s'est déroulé de mai à novembre 2011.

Une rencontre a été organisée entre les personnes impliquées (codificateurs et responsables) des deux parties, la fin de la vérification dans chaque établissement, pour le compte-rendu des résultats. Chaque institution a reçu un rapport détaillé écrit soumis à discussion. Sur cette base le sommaire des constats généraux est présenté dans le chapitre 4 et pour chaque établissement, dans le chapitre 5. La personne responsable du codage impliquée a reçu ensuite un rapport écrit détaillé recensant les différences de codage et soumis à discussion. Suite à ces discussions, les cas révisés ont été, au besoin, adaptés puis finalisés.

2.2.3 Analyse des dossiers

L'analyse a été faite sur les codes saisis par les hôpitaux et ceux établis lors de la révision concernant:

- le diagnostic principal
- le complément au diagnostic principal
- jusqu'à 49 diagnostics supplémentaires au maximum
- jusqu'à 100 interventions au maximum

Les codifications s'appuient sur les réglementations suivantes:

- Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes -10ème révision (CIM10-GM, version 2008)
- Classification suisse des interventions chirurgicales – 11ème révision (CHOP 11)
- Manuel officiel de codage pour la Suisse (OFS) – version 3.0
- Circulaires pour les codeuses et codeurs (OFS) et réponses aux questions fréquentes FAQ (OFS)

2.2.4 Critères d'évaluation

Les critères d'évaluation ainsi que les règles de cohérence ont été adaptés pour la révision des données 2010 et correspondent au cahier des charges des réviseurs/réviseuses établi par l'OFS, version 2.0.

2.2.4.1 Tableau de contrôle

Type d'évaluation	Code diagnostic (CIM-10)	Code traitement (CHOP)
juste	☺☺☺.☺	☺☺.☺☺
faux position 1	☹☺☺.☺☺	☹☺.☺☺.☺☺
faux position 2	☺☹☺.☺☺	☺☹.☺☺.☺☺
faux position 3	☺☺☹.☺☺	☺☺.☹☺.☺☺
faux position 4	☺☺☺.☹☺	☺☺.☺☹.☺☺
faux position 5	☺☺☺.☺☹	☺☺.☺☺.☹☺
faux position 6	-	☺☺.☺☺.☺☹
manquant	Le code diagnostic n'est pas indiqué malgré que le diagnostic concerné soit mentionné dans les documents à disposition pour le codage et qu'il soit important pour le codage.	Le code traitement n'est pas indiqué malgré que le traitement concerné soit mentionné dans les documents à disposition pour le codage et qu'il ait été effectué durant l'hospitalisation.
abusif / injustifié	Le code diagnostic est indiqué bien que le diagnostic concerné ne soit pas mentionné dans les documents à disposition pour le codage et qu'il ne soit pas important pour le codage.	Le code traitement est indiqué bien que le traitement concerné ne soit pas mentionné dans les documents à disposition pour le codage et qu'il ne soit pas important pour le codage.
inutile	Le code diagnostic est indiqué bien que l'information soit déjà contenue dans un autre code ou que le code ne doive pas être indiqué conformément aux directives de l'OFS.	Le code traitement est indiqué bien que l'information soit déjà contenue dans un autre code ou que le code ne doive pas être indiqué conformément aux directives de l'OFS.

2.2.4.2 Remarques

Codes inutiles

La définition de "code inutile" n'est actuellement pas clairement définie et doit encore être complétée et adaptée.

Les procédures effectuées de manière routinière pour la plupart des patients ayant le même diagnostic principal n'ont pas été codées car les ressources pour ces procédures sont reflétées dans le diagnostic ou dans les autres procédures utilisées (voir également Manuel de codage version 3.0, page 40).
Ces codes ont été évalués comme inutiles et n'ont pas de commentaires pour la présente révision.

Codes abusifs ou injustifiés

La désignation "code injustifié" est de manière générale mieux acceptée que "code abusif". Cette désignation a été adaptée, la définition restant la même.
Les codes saisis pour des diagnostics et traitements sans dépense documentée sont évalués comme "abusifs" ou plus récemment "injustifiés". Lorsqu'un code supplémentaire est saisi pour le codage d'un diagnostic ou traitement et que ce code est déjà compris dans un autre code, il est également considéré comme "abusif" ou "injustifié" (attention aux inclusions et exclusions).

3 Comparaisons cantonales

Ce chapitre comprend les résultats de l'évaluation des données 2010, effectuées en 2011. Il démontre les cohérences des données de tous les établissements.

Les résultats détaillés de chaque établissement sont présentés dans le chapitre 5.

Les résultats chiffrés et graphiques de l'analyse des casemix-index sont présentés dans le chapitre 6.

Dans les comparaisons ci-dessous, les cantons représentent l'ensemble des hôpitaux publics pour les cas aigus du canton. Ainsi les valeurs pour les cantons du Valais de Vaud, de Neuchâtel et de Berne nous indiquons les moyennes pondérées. Pour Genève et Jura il n'y a qu'un établissement.

3.1 Cohérence

Les pourcentages pour les cantons sont des valeurs pondérées. On pose $w_h = N_h / N$ où N_h est le nombre de séjours de l'hôpital *h* et $N = \sum N_h$. Ensuite, pour chaque ensemble de valeurs $\{ \bar{x}_h \}$ des hôpitaux d'un canton, on calcule la valeur pondérée $\bar{x} = \sum w_h \bar{x}_h$.

3.1.1 Table : Degré de cohérence pour les codes du diagnostic principal

Canton	Juste		Faux 1		Faux 2		Faux 3		Faux 4		Faux 5		Faux 6		Total
	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb
Vaud	**1'488**	**94.78%**	**21**	**1.26%**	**17**	**1.44%**	**21**	**1.09%**	**26**	**1.31%**	**4**	**0.11%**	**0**	**-**	**1'577**
Berne	1'263	96.97%	9	0.54%	11	0.85%	5	0.43%	11	0.70%	6	0.51%	0	-	1'305
Valais	409	94.11%	9	2.09%	7	1.55%	2	0.33%	7	1.92%	0	-	0	-	434
Neuchâtel	276	94.11%	5	1.99%	4	1.91%	1	0.08%	4	1.91%	0	-	0	-	290
Genève	191	90.52%	5	2.37%	8	3.79%	2	0.95%	4	1.90%	1	0.47%	0	-	211
Jura	137	94.48%	4	2.76%	0	-	1	0.69%	1	0.69%	2	1.38%	0	-	145

3.1.2 Table : Degré de cohérence pour les codes du complément au diagnostic principal

Canton	Juste		Faux 1		Faux 2		Faux 3		Faux 4		Faux 5		Faux 6	
	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%
Vaud	**294**	**92.50%**	**0**	**-**	**0**	**-**	**1**	**1.51%**	**0**	**-**	**0**	**-**	**0**	**-**
Berne	214	88.83%	1	0.84%	1	0.10%	0	-	1	0.73%	0	-	0	-
Valais	92	93.69%	1	1.41%	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Neuchâtel	50	87.23%	2	4.37%	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Genève	27	84.38%	0	-	1	3.13%	0	-	0	-	0	-	0	-
Jura	30	90.91%	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-

Canton	Manquant		Injustifié		Inutile		Total
	nb	%	nb	%	nb	%	
Vaud	**9**	**4.08%**	**10**	**1.91%**	**0**	**-**	**314**
Berne	33	9.50%	0	-	0	-	250
Valais	2	1.99%	2	2.90%	0	-	97
Neuchâtel	1	4.03%	2	4.37%	0	-	55
Genève	2	6.25%	2	6.25%	0	-	32
Jura	1	3.03%	2	6.06%	0	-	33

3.1.3 Table : Degré de cohérence pour l'ensemble des diagnostics supplémentaires

Canton	Juste		Faux 1		Faux 2		Faux 3		Faux 4		Faux 5		Faux 6	
	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%
Vaud	**3'867**	**91.98%**	**27**	**0.54%**	**21**	**0.51%**	**16**	**0.40%**	**31**	**0.50%**	**7**	**0.12%**	**0**	**-**
Berne	4'571	93.04%	9	0.17%	7	0.10%	23	0.46%	38	0.62%	11	0.17%	0	-
Valais	957	91.63%	6	0.45%	2	0.13%	9	0.72%	14	1.22%	6	0.51%	0	-
Neuchâtel	918	91.76%	5	0.77%	7	0.65%	2	0.21%	8	0.83%	2	0.37%	0	-
Genève	577	83.87%	5	0.73%	10	1.45%	10	1.45%	8	1.16%	1	0.15%	0	-
Jura	598	88.86%	6	0.89%	4	0.59%	8	1.19%	7	1.04%	4	0.59%	0	-

Canton	Manquant		Injustifié		Inutile		Total
	nb	%	nb	%	nb	%	
Vaud	**122**	**2.91%**	**138**	**3.04%**	**0**	**-**	**4'229**
Berne	133	2.97%	145	2.48%	0	-	4'937
Valais	34	3.13%	28	2.20%	0	-	1'056
Neuchâtel	11	1.39%	41	4.02%	0	-	994
Genève	29	4.22%	48	6.98%	0	-	688
Jura	23	3.42%	23	3.42%	0	-	673

3.1.4 Table : Degré de cohérence pour l'ensemble des codes d'interventions

Canton	Juste		Faux 1		Faux 2		Faux 3		Faux 4		Faux 5		Faux 6	
	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%
Vaud	**2'067**	**89.42%**	**10**	**0.33%**	**6**	**0.16%**	**26**	**0.76%**	**9**	**0.48%**	**0**	**-**	**4**	**0.15%**
Berne	2'734	96.24%	2	0.04%	7	0.27%	9	0.23%	12	0.40%	0	-	1	0.02%
Valais	536	92.22%	3	0.55%	2	0.35%	0	-	3	0.50%	0	-	0	-
Neuchâtel	546	90.05%	3	0.69%	4	0.14%	2	0.66%	2	0.37%	3	0.40%	0	-
Genève	375	89.29%	2	0.48%	2	0.48%	5	1.19%	5	1.19%	0	-	0	-
Jura	180	87.80%	0	-	0	-	2	0.98%	2	0.98%	0	-	0	-

Canton	Manquant		Injustifié		Inutile		Total
	nb	%	nb	%	nb	%	
Vaud	**125**	**6.67%**	**44**	**2.02%**	**0**	**-**	**2'291**
Berne	76	2.20%	23	0.61%	0	-	2'864
Valais	25	4.09%	15	2.28%	0	-	584
Neuchâtel	17	5.01%	9	2.67%	0	-	586
Genève	27	6.43%	4	0.95%	0	-	420
Jura	13	6.34%	8	3.90%	0	-	205

4 Sommaire des constats

L'objectif d'une révision est de vérifier la qualité du codage dans les hôpitaux et d'en exposer les résultats dans un rapport. La révision du codage est basée sur un contrôle indépendant et un échantillon des cas à évaluer. La révision est aussi un moyen de garantir la qualité du codage. En plus des objectifs de contrôle, la révision permet d'améliorer le système de codage.

Lors de notre visite de révision, nous avons constaté l'intérêt et le professionnalisme des codificatrices dans le respect des directives et des règles émises par l'Office fédéral de la statistique. Les réviseurs ont eu accès à tous les dossiers et ont reçu toute l'aide requise à la bonne réalisation de leur travail.

Le recensement des diagnostics et/ou des procédures dans la lettre de sortie est de la responsabilité du médecin traitant. Ces indications constituent la base du codage. On ne peut sous-estimer l'importance d'une documentation cohérente et complète dans le dossier patient. Dans le cas où cette documentation vient à manquer il est difficile, voire impossible, de suivre les directives de codage.
(Voir manuel de codage version 3.0, page 23)

5 Résultats détaillés

5.1 Analyse détaillée par établissement

Les pourcentages pour le canton sont des valeurs pondérées. On pose $w_h = N_h / N$ où N_h est le nombre de séjours de l'hôpital *h* et $N = \sum N_h$. Ensuite, pour chaque ensemble de valeurs $\{ \bar{x}_h \}$ des hôpitaux d'un canton, on calcule la valeur pondérée $\bar{x} = \sum w_h \bar{x}_h$. Ainsi les valeurs pour les cantons du Valais de Vaud, de Neuchâtel et de Berne nous indiquons les moyennes pondérées. Pour Genève et Jura il n'y a qu'un établissement.

5.1.1 Diagnostic principal

2009	Précis	Imprécis	Faux	Abs. Faux
CHUV-A	93.06%	1.39%	2.08%	3.47%
Ophtalmique	100.00%	-	-	-
Morges	97.22%	0.69%	0.69%	1.39%
Riviera-A	93.79%	-	3.45%	2.76%
eHnv-A	97.24%	0.69%	2.07%	-
GHOL	91.72%	2.07%	2.76%	3.45%
HIB-VD-A	89.58%	3.47%	2.78%	4.17%
HDC	98.62%	-	1.38%	-
Ste-Croix	79.86%	7.64%	3.47%	9.03%
Pays-d'Enhaut	94.12%	-	4.20%	1.68%
Longeraie	92.91%	1.42%	1.42%	4.26%
Vaud	**94.46%**	**1.08%**	**2.08%**	**2.39%**
Berne	90.13%	4.91%	3.27%	1.69%
Valais	94.62%	2.08%	1.55%	1.75%
Neuchâtel	98.13%	0.16%	0.24%	1.46%
Genève	88.97%	2.76%	3.45%	4.83%
Jura	96.55%	1.38%	1.38%	0.69%

2010	Juste			Faux 1	Faux 2	Faux 3	Faux 4	Faux 5	Faux 6
	2009	2010	Δ						
CHUV-A	93.06%	95.86%	2.80%	1.38%	1.38%	0.69%	0.69%	-	-
Ophtalmique	100.00%	100.00%	-	-	-	-	-	-	-
Morges	97.22%	94.44%	-2.78%	1.39%	0.69%	1.39%	1.39%	0.69%	-
Riviera-A	93.79%	91.67%	-2.12%	1.39%	2.08%	0.69%	4.17%	-	-
eHnv-A	97.24%	95.17%	-2.07%	0.69%	1.38%	2.07%	0.69%	-	-
GHOL	91.72%	93.75%	2.03%	0.69%	2.08%	0.69%	2.78%	-	-
HIB-VD-A	89.58%	93.75%	4.17%	2.08%	-	1.39%	2.08%	0.69%	-
HDC	98.62%	95.17%	-3.45%	1.38%	2.07%	1.38%	-	-	-
Ste-Croix	79.86%	90.21%	10.35%	3.50%	1.40%	2.10%	2.10%	0.70%	-
Pays-d'Enhaut	94.12%	97.22%	3.10%	-	-	0.69%	1.39%	0.69%	-
Longeraie	92.91%	90.58%	-2.33%	2.17%	0.72%	3.62%	2.90%	-	-
Vaud	**94.46%**	**94.78%**	**0.32%**	**1.26%**	**1.44%**	**1.09%**	**1.31%**	**0.11%**	**-**
Berne	90.13%	96.97%	6.84%	0.54%	0.85%	0.43%	0.70%	0.51%	-
Valais	94.62%	94.11%	-0.51%	2.09%	1.55%	0.33%	1.92%	-	-
Neuchâtel	98.13%	94.11%	-4.03%	1.99%	1.91%	0.08%	1.91%	-	-
Genève	88.97%	90.52%	1.56%	2.37%	3.79%	0.95%	1.90%	0.47%	-
Jura	96.55%	94.48%	-2.07%	2.76%	-	0.69%	0.69%	1.38%	-

5.1.2 Complément au diagnostic principal

2009	Précis	Imprécis	Faux	Abs. Faux	Abusif	Manquant
CHUV-A	100.00%	-	-	-	-	-
Ophtalmique	100.00%	-	-	-	-	-
Morges	92.31%	7.69%	-	-	-	-
Riviera-A	86.21%	-	-	-	-	13.79%
eHnv-A	96.97%	-	3.03%	-	-	-
GHOL	76.00%	-	-	-	4.00%	20.00%
HIB-VD-A	96.15%	-	-	-	-	3.85%
HDC	100.00%	-	-	-	-	-
Ste-Croix	70.37%	-	-	3.70%	-	25.93%
Pays-d'Enhaut	100.00%	-	-	-	-	-
Longeraie	95.77%	-	-	-	2.82%	1.41%
Vaud	**95.29%**	**0.74%**	**0.38%**	**0.03%**	**0.32%**	**3.24%**
Berne	93.32%	-	0.27%	2.64%	2.63%	1.15%
Valais	95.86%	-	-	-	1.75%	2.39%
Neuchâtel	96.14%	-	-	-	0.47%	3.39%
Genève	82.61%	-	-	-	13.04%	4.35%
Jura	94.29%	-	2.86%	2.86%	-	-

2010	Juste		
	2009	2010	Δ
CHUV-A	100.00%	88.00%	-12.00%
Ophtalmique	100.00%	100.00%	0.00%
Morges	92.31%	95.83%	3.52%
Riviera-A	86.21%	92.00%	5.79%
eHnv-A	96.97%	100.00%	3.03%
GHOL	76.00%	93.10%	17.10%
HIB-VD-A	96.15%	95.45%	-0.70%
HDC	100.00%	93.75%	-6.25%
Ste-Croix	70.37%	92.31%	21.94%
Pays-d'Enhaut	100.00%	94.74%	-5.26%
Longeraie	95.77%	91.18%	-4.59%
Vaud	**95.29%**	**92.50%**	**-2.79%**
Berne	93.32%	88.83%	-4.49%
Valais	95.24%	93.69%	-2.17%
Neuchâtel	96.14%	87.23%	-8.91%
Genève	82.61%	84.38%	1.77%
Jura	94.29%	90.91%	-3.38%

Faux 1	Faux 2	Faux 3	Faux 4	Faux 5	Faux 6	Manquant	Injustifié	Inutile
-	-	4.00%	-	-	-	8.00%	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	4.17%	-	-
-	-	-	-	-	-	-	8.00%	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	6.90%	-	-
-	-	-	-	-	-	-	4.55%	-
-	-	-	-	-	-	-	6.25%	-
-	-	-	-	-	-	3.85%	3.85%	-
-	-	-	-	-	-	2.63%	2.63%	-
-	-	-	-	-	-	2.94%	5.88%	-
-	**-**	**1.51%**	**-**	**-**	**-**	**4.08%**	**1.91%**	**-**
0.84%	0.10%	-	0.73%	-	-	9.50%	-	-
1.41%	-	-	-	-	-	1.99%	2.90%	-
4.37%	-	-	-	-	-	4.03%	4.37%	-
-	3.13%	-	-	-	-	6.25%	6.25%	-
-	-	-	-	-	-	3.03%	6.06%	-

5.1.3 Diagnostics supplémentaires

2009	Précis	Imprécis	Faux	Abs. Faux	Abusif	Manquant
CHUV-A	91.83%	0.96%	0.24%	0.48%	4.09%	2.40%
Ophtalmique	97.17%	2.83%	-	-	-	-
Morges	95.08%	1.09%	0.55%	0.55%	1.37%	1.37%
Riviera-A	96.77%	0.29%	0.29%	-	1.76%	0.88%
eHnv-A	95.96%	-	0.54%	0.54%	0.54%	2.43%
GHOL	86.71%	1.16%	1.16%	0.58%	4.62%	5.78%
HIB-VD-A	81.67%	1.88%	1.67%	1.46%	5.21%	8.13%
HDC	96.27%	-	-	-	1.55%	2.17%
Ste-Croix	77.48%	5.17%	2.52%	0.98%	6.85%	6.99%
Pays-d'Enhaut	94.27%	1.10%	0.22%	0.22%	2.42%	1.76%
Longeraie	91.76%	1.18%	2.35%	1.18%	1.18%	2.35%
Vaud	**92.92%**	**0.78%**	**0.44%**	**0.43%**	**2.86%**	**2.57%**
Berne	82.00%	2.64%	1.47%	0.30%	5.22%	8.37%
Valais	93.46%	0.53%	0.84%	0.37%	2.39%	2.41%
Neuchâtel	93.07%	0.26%	0.94%	0.24%	3.68%	1.82%
Genève	80.97%	1.49%	2.43%	0.93%	7.84%	6.34%
Jura	94.07%	1.02%	0.61%	0.82%	2.25%	1.23%

2010	Juste		
	2009	2010	Δ
CHUV-A	91.83%	94.51%	2.68%
Ophtalmique	97.17%	100.00%	2.83%
Morges	95.08%	86.27%	-8.81%
Riviera-A	96.77%	95.05%	-1.72%
eHnv-A	95.96%	91.58%	-4.38%
GHOL	86.71%	86.98%	0.27%
HIB-VD-A	81.67%	91.58%	9.91%
HDC	96.27%	89.27%	-7.00%
Ste-Croix	77.48%	89.10%	11.62%
Pays-d'Enhaut	94.27%	95.21%	0.94%
Longeraie	91.76%	93.07%	1.31%
Vaud	**92.92%**	**91.98%**	**-0.94%**
Berne	82.00%	93.04%	11.04%
Valais	93.46%	91.63%	-1.82%
Neuchâtel	93.07%	91.76%	-1.31%
Genève	80.97%	83.87%	2.90%
Jura	94.07%	88.86%	-5.21%

Faux 1	Faux 2	Faux 3	Faux 4	Faux 5	Faux 6	Manquant	Injustifié	Inutile
0.76%	0.76%	0.38%	-	-	-	2.27%	1.33%	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	0.20%	-	0.41%	-	-	0.82%	12.30%	-
0.27%	-	0.27%	0.27%	0.27%	-	1.65%	2.20%	-
0.26%	0.26%	-	0.79%	-	-	5.79%	1.32%	-
0.52%	1.04%	-	1.04%	0.26%	-	6.77%	3.39%	-
0.51%	0.26%	1.28%	1.02%	-	-	4.08%	1.28%	-
0.85%	0.56%	1.41%	1.41%	0.56%	-	1.98%	3.95%	-
2.44%	1.32%	0.38%	1.32%	0.56%	-	2.44%	2.44%	-
0.16%	0.16%	0.16%	0.48%	-	-	1.92%	1.92%	-
-	-	-	1.98%	-	-	3.96%	0.99%	-
0.54%	**0.51%**	**0.40%**	**0.50%**	**0.12%**	**-**	**2.91%**	**3.04%**	**-**
0.17%	0.10%	0.46%	0.62%	0.17%	-	2.97%	2.48%	-
0.45%	0.13%	0.72%	1.22%	0.51%	-	3.13%	2.20%	-
0.77%	0.65%	0.21%	0.83%	0.37%	-	1.39%	4.02%	-
0.73%	1.45%	1.45%	1.16%	0.15%	-	4.22%	6.98%	-
0.89%	0.59%	1.19%	1.04%	0.59%	-	3.42%	3.42%	-

5.1.4 Latéralité des diagnostics

2010	Juste	Faux	Manquant	Inutile
CHUV-A	100.00%	-	-	-
Ophtalmique	100.00%	-	-	-
Morges	-	-	100.00%	-
Riviera-A	94.29%	-	5.71%	-
eHnv-A	96.05%	-	3.95%	-
GHOL	90.32%	-	9.68%	-
HIB-VD-A	90.91%	-	9.09%	-
HDC	91.07%	-	8.93%	-
Ste-Croix	70.93%	1.16%	27.91%	-
Pays-d'Enhaut	90.27%	1.77%	7.96%	-
Longeraie	98.65%	-	1.35%	-
Vaud	**85.90%**	**0.02%**	**14.09%**	**-**
Berne	80.31%	9.72%	9.97%	-
Valais	93.63%	-	6.37%	-
Neuchâtel	87.81%	0.06%	9.79%	2.34%
Genève	14.91%	3.42%	0.37%	81.30%
Jura	90.99%	-	4.50%	4.50%

5.1.5 Activité tumorale des diagnostics

2010	Juste	Faux	Manquant	Inutile
CHUV-A	97.37%	-	2.63%	-
Ophtalmique	100.00%	-	-	-
Morges	87.50%	-	12.50%	-
Riviera-A	90.00%	-	10.00%	-
eHnv-A	100.00%	-	-	-
GHOL	62.50%	12.50%	25.00%	-
HIB-VD-A	66.67%	-	33.33%	-
HDC	80.00%	-	20.00%	-
Ste-Croix	86.67%	-	13.33%	-
Pays-d'Enhaut	91.49%	-	8.51%	-
Longeraie	100.00%	-	-	-
Vaud	**89.79%**	**0.99%**	**9.22%**	**-**
Berne	82.95%	0.33%	16.72%	-
Valais	77.53%	4.10%	18.37%	-
Neuchâtel	91.45%	-	8.06%	0.49%
Genève	89.74%	-	5.13%	5.13%
Jura	89.29%	3.57%	7.14%	-

5.1.6 Interventions

2009	Précis	Imprécis	Faux	Abs. Faux	Abusif	Manquant
CHUV-A	91.75%	0.69%	-	0.34%	4.12%	3.09%
Ophtalmique	100.00%	-	-	-	-	-
Morges	96.74%	0.54%	-	0.54%	-	2.17%
Riviera-A	91.82%	1.89%	1.26%	-	-	5.03%
eHnv-A	97.14%	0.71%	-	-	1.43%	0.71%
GHOL	94.08%	-	-	-	1.78%	4.14%
HIB-VD-A	86.99%	2.74%	-	2.05%	1.37%	6.85%
HDC	95.56%	1.48%	-	-	0.74%	2.22%
Ste-Croix	65.79%	2.63%	-	-	2.63%	28.95%
Pays-d'Enhaut	98.04%	-	-	0.98%	-	0.98%
Longeraie	91.27%	1.82%	-	0.36%	4.36%	2.18%
Vaud	**93.30%**	**0.92%**	**0.13%**	**0.28%**	**2.23%**	**3.14%**
Berne	87.27%	3.16%	0.55%	0.76%	1.80%	6.45%
Valais	92.93%	1.38%	0.26%	0.26%	1.31%	3.86%
Neuchâtel	93.97%	1.98%	-	0.04%	2.39%	1.61%
Genève	90.04%	2.30%	1.15%	1.15%	3.45%	1.92%
Jura	97.44%	-	0.85%	-	0.85%	0.85%

2010	Juste		
	2009	2010	Δ
CHUV-A	91.75%	89.52%	-2.23%
Ophtalmique	100.00%	98.03%	-1.97%
Morges	96.74%	81.82%	-14.92%
Riviera-A	91.82%	91.30%	-0.52%
eHnv-A	97.14%	94.74%	-2.40%
GHOL	94.08%	90.61%	-3.47%
HIB-VD-A	86.99%	85.39%	-1.60%
HDC	95.56%	88.68%	-6.88%
Ste-Croix	65.79%	72.97%	7.18%
Pays-d'Enhaut	98.04%	94.81%	-3.23%
Longeraie	91.27%	87.66%	-3.61%
Vaud	**93.30%**	**89.42%**	**-3.88%**
Berne	87.27%	96.24%	8.92%
Valais	90.87%	92.22%	1.36%
Neuchâtel	93.97%	90.05%	-3.92%
Genève	90.04%	89.29%	-0.75%
Jura	97.44%	87.80%	-9.63%

Faux 1	Faux 2	Faux 3	Faux 4	Faux 5	Faux 6	Manquant	Injustifié	Inutile
-	-	0.60%	0.60%	-	-	7.78%	1.50%	-
-	-	0.33%	-	-	-	0.99%	0.66%	-
0.57%	-	1.14%	0.57%	-	0.57%	14.20%	1.14%	-
0.87%	-	0.87%	-	-	0.43%	3.48%	3.04%	-
0.53%	-	1.05%	0.53%	-	-	1.05%	2.11%	-
0.47%	0.47%	1.41%	-	-	-	6.57%	0.47%	-
0.56%	0.56%	0.56%	0.56%	-	1.12%	10.67%	0.56%	-
-	0.63%	-	0.63%	-	-	5.03%	5.03%	-
5.41%	2.70%	-	2.70%	-	-	16.22%	-	-
-	-	1.30%	-	-	-	1.95%	1.95%	-
0.63%	0.63%	3.48%	0.63%	-	-	3.48%	3.48%	-
0.33%	**0.16%**	**0.76%**	**0.48%**	**-**	**0.15%**	**6.67%**	**2.02%**	**-**
0.04%	0.27%	0.23%	0.40%	-	0.02%	2.20%	0.61%	-
0.55%	0.35%	-	0.50%	-	-	4.09%	2.28%	-
0.69%	0.14%	0.66%	0.37%	0.40%	-	5.01%	2.67%	-
0.48%	0.48%	1.19%	1.19%	-	-	6.43%	0.95%	-
-	-	0.98%	0.98%	-	-	6.34%	3.90%	-

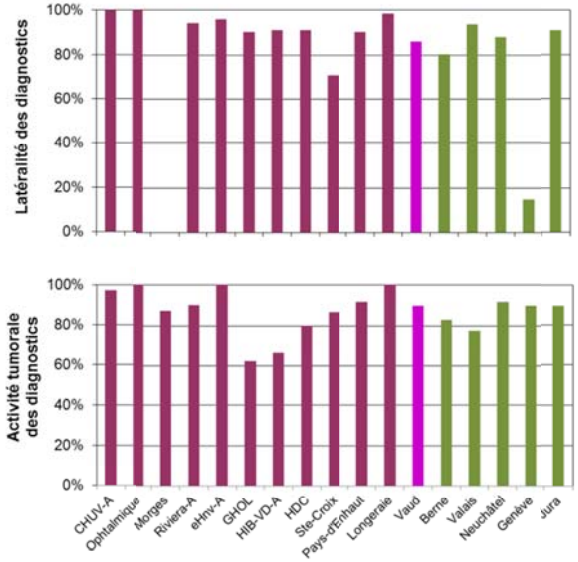
5.1.7 Latéralité des interventions

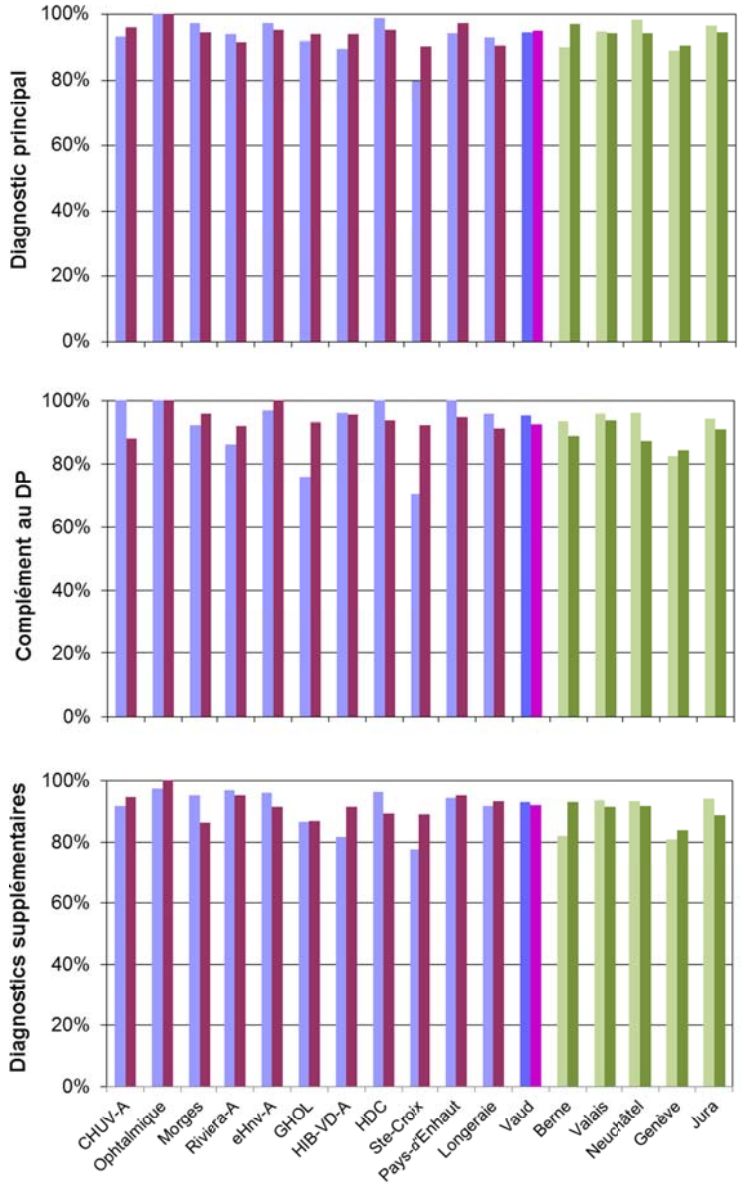
2010	Juste	Faux	Manquant	Inutile
CHUV-A	95.65%	-	4.35%	-
Ophtalmique	98.98%	-	1.02%	-
Morges	-	-	100.00%	-
Riviera-A	100.00%	-	-	-
eHnv-A	98.11%	-	1.89%	-
GHOL	89.29%	-	10.71%	-
HIB-VD-A	87.93%	3.45%	8.62%	-
HDC	78.26%	4.35%	17.39%	-
Ste-Croix	72.00%	8.00%	20.00%	-
Pays-d'Enhaut	98.33%	-	1.67%	-
Longeraie	96.23%	-	3.77%	-
Vaud	**83.44%**	**0.72%**	**15.84%**	**-**
Berne	85.16%	8.99%	5.85%	-
Valais	92.57%	1.41%	6.02%	-
Neuchâtel	86.95%	1.43%	10.13%	1.49%
Genève	32.80%	5.07%	2.13%	60.00%
Jura	72.34%	2.13%	14.89%	10.64%

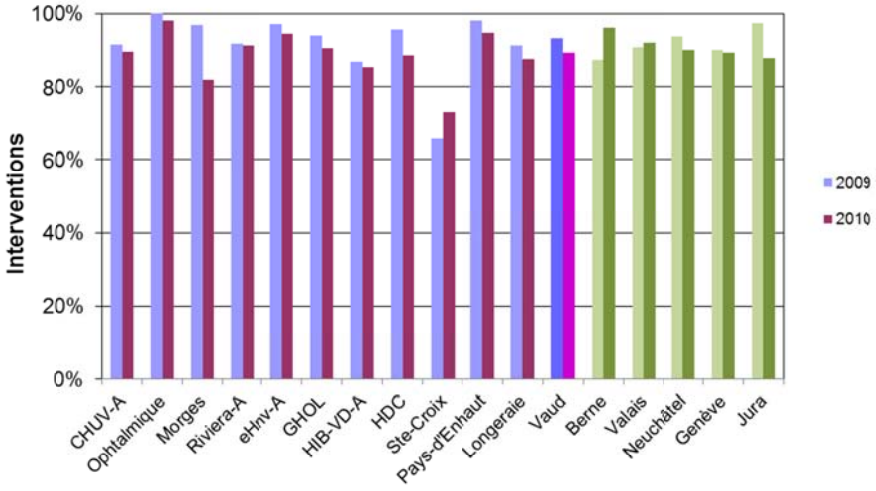
5.1.8 Date des interventions

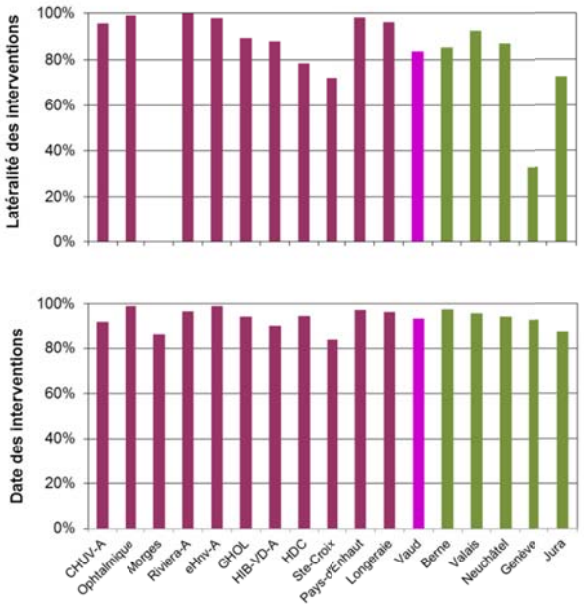
2010	Juste	Faux	Manquant	Inutile
CHUV-A	92.15%	0.30%	7.55%	-
Ophtalmique	99.01%	-	0.99%	-
Morges	86.29%	-	13.71%	-
Riviera-A	96.85%	-	3.15%	-
eHnv-A	98.92%	-	1.08%	-
GHOL	94.31%	-	5.69%	-
HIB-VD-A	90.29%	-	9.71%	-
HDC	94.70%	-	5.30%	-
Ste-Croix	83.78%	-	16.22%	-
Pays-d'Enhaut	97.37%	0.66%	1.97%	-
Longeraie	96.41%	-	3.59%	-
Vaud	**93.46%**	**0.12%**	**6.43%**	**-**
Berne	97.71%	0.11%	2.18%	-
Valais	95.79%	-	4.21%	-
Neuchâtel	94.44%	0.04%	2.78%	2.74%
Genève	92.82%	0.48%	5.98%	0.72%
Jura	87.56%	1.99%	4.48%	5.97%

5.1.9 Graphiques des codes justes par établissement






Interventions
100%
80%
60%
40%
20%
0%
CHUV-A
Ophtalmique
Morges
Riviera-A
eHnv-A
GHOL
HIB-VD-A
HDC
Ste-Croix
Pays-d'Enhaut
Longeraie
Vaud
Berne
Valais
Neuchâtel
Genève
Jura
2009
2010


Latéralité des interventions
Date des interventions
100%
80%
60%
40%
20%
0%
CHUV-A
Ophtalmique
Morges
Riviera-A
eHnv-A
GHOL
HIB-VD-A
HDC
Ste-Croix
Pays-d'Enhaut
Longeraie
Vaud
Berne
Valais
Neuchâtel
Genève
Jura

5.2 Influence sur le cost-weight

Le tableau ci-dessous prend dans n_h le nombre de dossiers de l'hôpital *h* inclus dans l'échantillon et révisés. Comme nous ne recevons pas les APDRG de facturation, nous nous efforçons lors de la révision de corriger les APDRG non facturables et nous vérifions l'APDRG forcé de l'hôpital.

cw_r : Cost-weight de révision

cw_h : Cost-weight de l'hôpital

Etablissements	n_h	cw_r-cw_h = 0		cw_r-cw_h < 0		cw_r-cw_h > 0	
		Nb	%	Nb	%	Nb	%
CHUV-A	145	142	97.93%	2	1.38%	1	0.69%
Ophtalmique	141	140	99.29%	1	0.71%	0	-
Morges	144	137	95.14%	2	1.39%	5	3.47%
Riviera-A	144	140	97.22%	2	1.39%	2	1.39%
eHnv-A	145	140	96.55%	3	2.07%	2	1.38%
GHOL	144	138	95.83%	2	1.39%	4	2.78%
HIB-VD-A	144	131	90.97%	4	2.78%	9	6.25%
HDC	145	138	95.17%	4	2.76%	3	2.07%
Ste-Croix	143	133	93.01%	5	3.50%	5	3.50%
Pays-d'Enhaut	144	141	97.92%	2	1.39%	1	0.69%
Longeraie	138	127	92.03%	6	4.35%	5	3.62%
Vaud	**1'577**	**1'507**	**95.56%**	**33**	**2.09%**	**37**	**2.35%**
Berne	1'305	1'263	96.78%	18	1.38%	24	1.84%
Valais	434	414	95.39%	11	2.53%	9	2.07%
Neuchâtel	290	275	94.83%	8	2.76%	7	2.41%
Genève	211	194	91.94%	7	3.32%	10	4.74%
Jura	145	137	94.48%	4	2.76%	4	2.76%

5.3 Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

La révision a eu lieu du 18 au 22.07.2011. Tous les cas échantillonnés (145) ont pu être révisés.

5.3.1 Source des données

Le service du codage possède les dossiers patient complets en format papier et certains documents sous forme électronique.

La révision est basée sur des dossiers entièrement numérisés.

Les documents et les séjours étaient bien identifiés. Tous les documents nécessaires à une révision et un codage précis étaient à disposition. Les dossiers contenaient des lettres de transfert lors de changement de service.
Pour la première fois, un document infirmier résumant les problèmes majeurs de prise en charge infirmière lors du séjour hospitalier a été introduit dans les documents utilisés pour le codage médical. Ce document peut être utile pour documenter certaines situations de soins, néanmoins, lors de la révision, il est difficile, voire impossible de vérifier quelles sont les observations, mesures, interventions qui justifient certaines affirmations faites dans ce document. La démarche effectuée est louable et nous recommandons sa poursuite en prenant garde que les prises de position dans ce document doivent être documentées et cette documentation doit être facilement accessible à la révision.

5.3.2 Processus du codage interne

Les cas sont saisis dans le système informatique, groupés et contrôlés par le service du codage. Les directives de codage sont connues et respectées. Le codage est uniforme au sein de l'équipe car basé sur des ajouts, directives et précisions internes en complément aux règles et directives de l'OFS.

5.3.3 Règles de codage

Les règles générales de codage sont basées sur les directives de l'OFS dans le Manuel de codage version 3.0 et/ou dans les circulaires de l'OFS se rapportant à la période du codage. Les directives suivantes n'ont pas été appliquées, de manière conséquente pour les cas de révision particuliers :

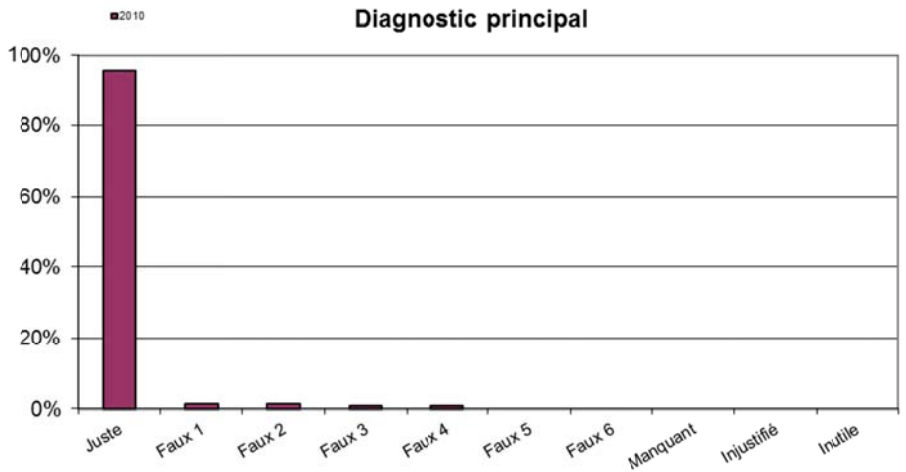
5.3.3.1 Diagnostics supplémentaires

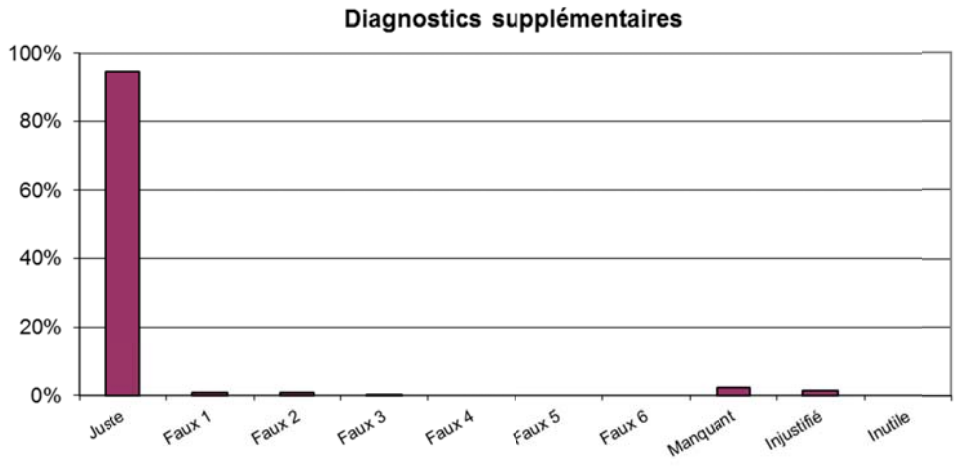
D'après les règles de codage de l'OFS ne sont à coder que les diagnostics supplémentaires présentant un effort de soins > 0 Les efforts thérapeutiques, diagnostics et/ou infirmiers doivent être clairement indiqués dans la documentation concernant le cas.
(Voir manuel de codage version 3.0, G04.4, page 25 et circulaire de l'OFS pour codeurs n°7, page 2)

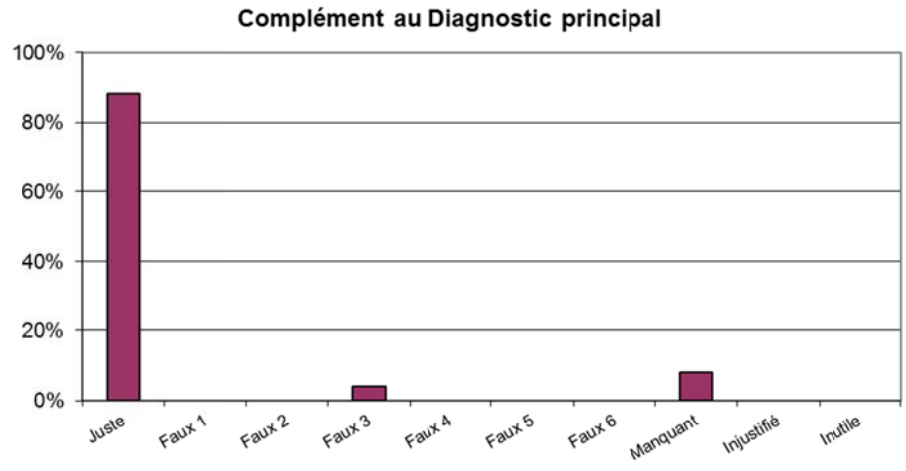
5.3.3.2 Symptôme

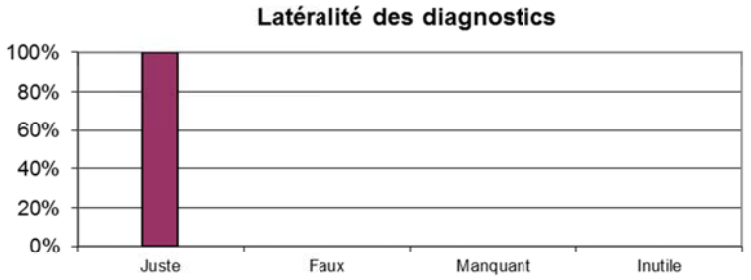
Un symptôme n'est pas codé s'il est assimilé à une conséquence directe et manifeste de la maladie sous-jacente. Si un symptôme (phénomène qui se manifeste) constitue néanmoins à lui seul un problème important pour le suivi médical, il est indiqué comme diagnostic supplémentaire à condition d'en remplir la définition.
(Voir manuel de codage, version 3.0, G05.1A, page 27).
Les problèmes majeurs de prise en charge infirmière lors du séjour hospitalier inscrits sur le document intitulés « synthèse des problèmes de soins infirmiers » devraient être mieux documentés et confirmés par le médecin traitant.

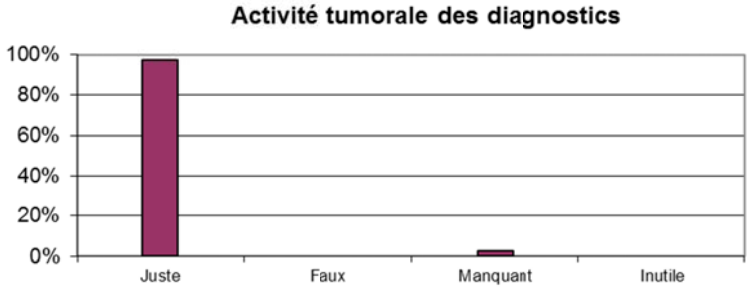
CHUV

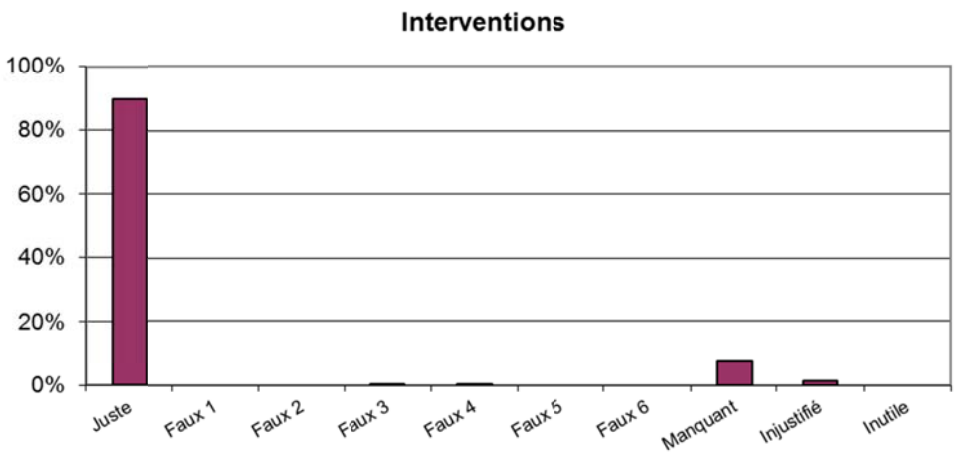

2010
Diagnostic principal
100%
80%
60%
40%
20%
0%
Juste
Faux 1
Faux 2
Faux 3
Faux 4
Faux 5
Faux 6
Manquant
Injustifié
Inutile

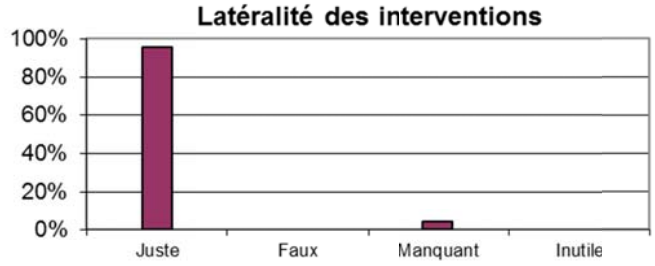

Diagnostics supplémentaires
100%
80%
60%
40%
20%
0%
Juste
Faux 1
Faux 2
Faux 3
Faux 4
Faux 5
Faux 6
Manquant
Injustifié
Inutile

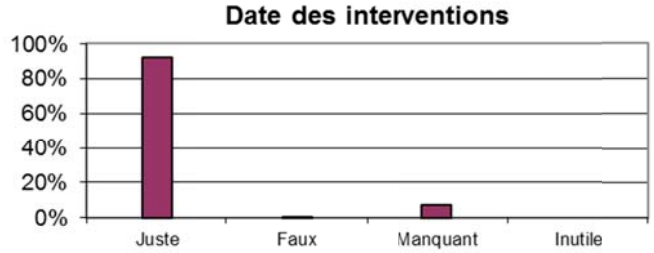

Complément au Diagnostic principal
100%
80%
60%
40%
20%
0%
Juste
Faux 1
Faux 2
Faux 3
Faux 4
Faux 5
Faux 6
Manquant
Injustifié
Inutile


Latéralité des diagnostics
100%
80%
60%
40%
20%
0%
Juste
Faux
Manquant
Inutile


Activité tumorale des diagnostics
100%
80%
60%
40%
20%
0%
Juste
Faux
Manquant
Inutile


Interventions
100%
80%
60%
40%
20%
0%
Juste
Faux 1
Faux 2
Faux 3
Faux 4
Faux 5
Faux 6
Manquant
Injustifié
Inutile


Latéralité des interventions
100%
80%
60%
40%
20%
0%
Juste
Faux
Manquant
Inutile


Date des interventions
100%
80%
60%
40%
20%
0%
Juste
Faux
Manquant
Inutile

5.4 Hôpital Ophtalmique

La révision a eu lieu à l'hôpital Ophtalmique à Lausanne les 16 et 17 juin 2011. La totalité des les dossiers prévus (145) a pu être révisés.

5.4.1 Source des données

Les dossiers se présentaient sous forme papier. Pour les courts séjours la codification se basait uniquement sur un protocole opératoire standardisé. Les différents séjours, n'étaient pas toujours bien séparés et la recherche d'un document pouvait être très laborieuse. Lors de la révision nous avons eu accès aux dossiers complets sous forme papier. Les rares différences de codage constatées lors de la révision ont été discutées, analysées en présence de la personne responsable du codage.

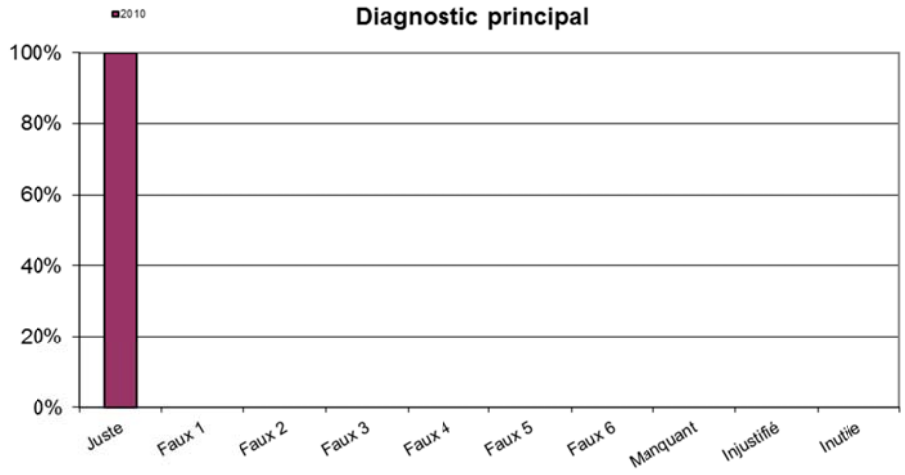
5.4.2 Processus du codage interne

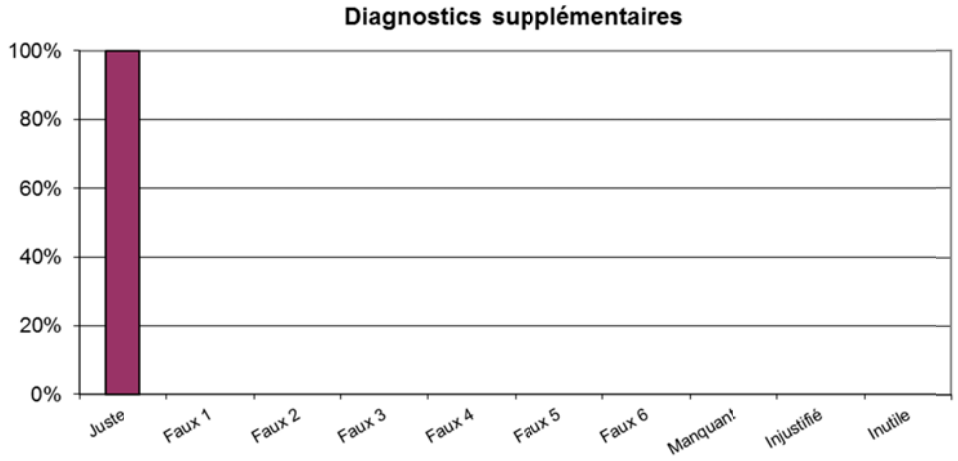
Les cas ont été saisis dans le système informatique, groupés et contrôlés par le service du codage.
Les directives de codage sont connues et respectées. La qualité du codage est excellente, grâce et la haute qualification professionnelle de la codificatrice, ainsi que son soucis constant d'améliorer le codage.
Vu la spécificité et la complexité des opérations effectuées, il existe des nombreux ajouts internes de codes opératoire qui ont été discutés avec les médecins de l'hôpital. Attention toutefois aux codes opératoire s'excluant dans la CHOP dont vous avons signalé quelques cas.

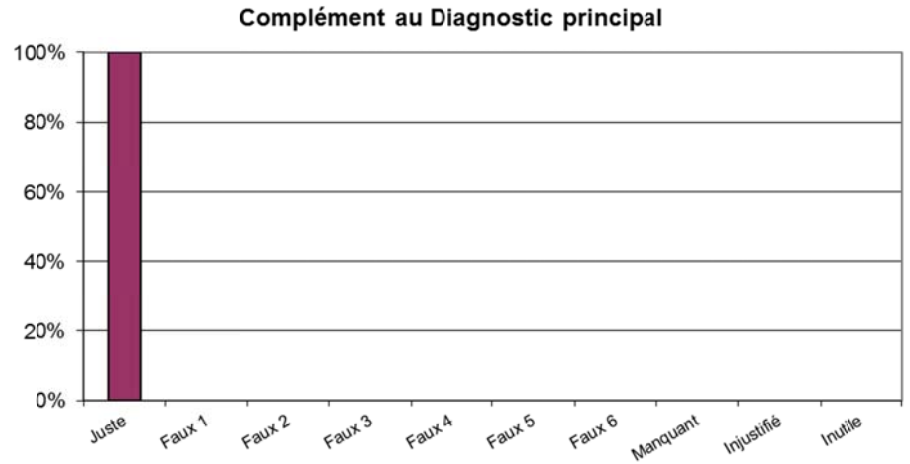
5.4.3 Règles du codage

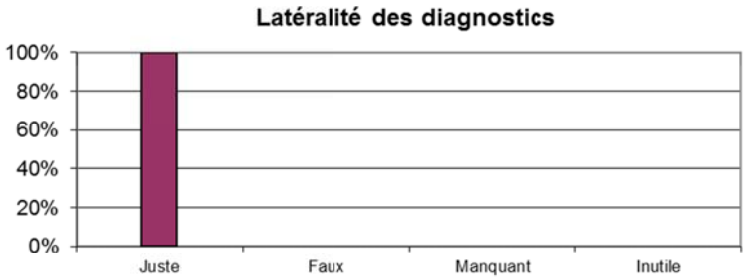
Les règles générales de codage sont basées sur les directives de l'OFS dans le Manuel de codage version 3.0 et/ou dans les circulaires de l'OFS se rapportant à la période du codage. Les règles du manuel de codage 3.0 ainsi que les directives publiées dans les circulaires par l'OFS sont appliquées.

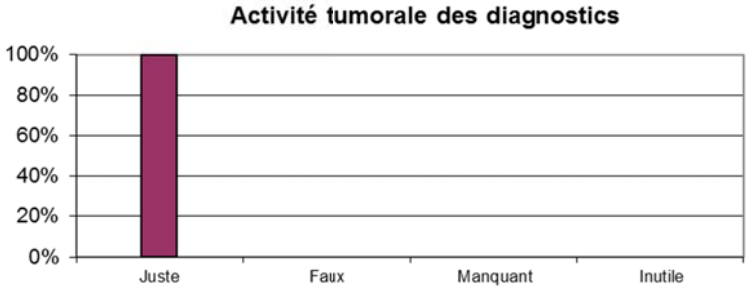
Hôpital Ophtalmique

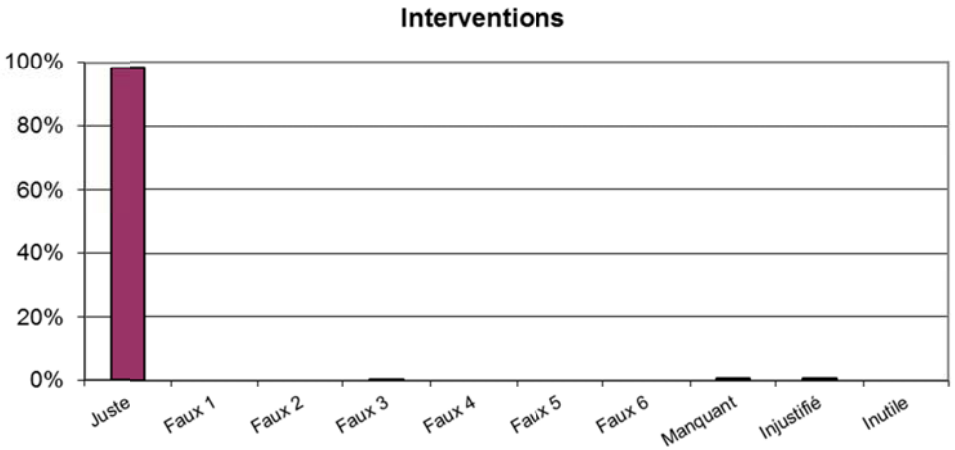


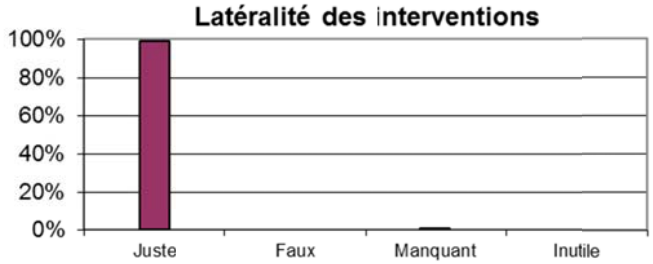


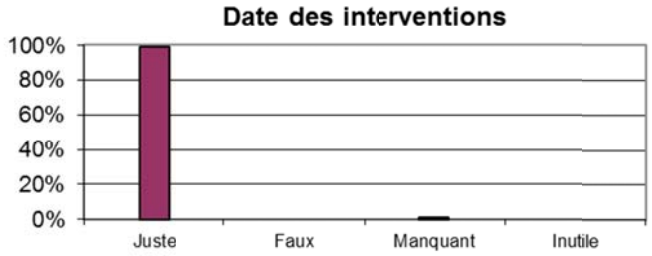







Interventions
100%
80%
60%
40%
20%
0%
Juste
Faux 1
Faux 2
Faux 3
Faux 4
Faux 5
Faux 6
Manquant
Injustifié
Inutile


Latéralité des interventions
100%
80%
60%
40%
20%
0%
Juste
Faux
Manquant
Inutile


Date des interventions
100%
80%
60%
40%
20%
0%
Juste
Faux
Manquant
Inutile

5.5 Ensemble hospitalier de la Côte

La révision a eu lieu sur le site de Morges, les 26, 27 et 29 septembre 2011. Un seul dossier, sur les 145 prévus n'a pas pu être révisé. Il ne contenait aucun document permettant la révision du codage.

5.5.1 Source des données

Le codage s'est fait principalement sur la base de la lettre de sortie et du protocole opératoire informatisés, avec accès au dossier papier pour la précision.
Les documents étaient bien identifiés et les séjours séparés dans un ordre chronologique.
La révision s'est faite sur la base des dossiers papiers. Les différences de codage constatées lors de la révision ont été discutées, analysées le 29 septembre 2011, en présence de toute l'équipe de codage.

5.5.2 Processus du codage interne

Les cas ont été saisis dans le système informatique, groupés et contrôlés par le service du codage.
Les directives de codage sont connues et respectées. Le travail des codificatrices est de bonne qualité malgré le changement de personnel et le personnel en formation en cours d'emploi. Les codificatrices codent chacune leurs spécialités.

Certains codes apparaissent deux fois. Les données supplémentaires sur les nouveau-nés transmises dans le fichier OFS ne correspondaient pas toujours à la réalité. Ces problèmes ne sont pas du ressort des codificatrices mais en lien avec des problèmes informatique.

5.5.2.1 Latéralité

La latéralité a été saisie par les codificatrices mais un problème informatique n'a pas permis d'obtenir ces informations dans le fichier OFS.

5.5.3 Codage médical

Les règles générales de codage sont basées sur les directives de l'OFS dans le Manuel de codage version 3.0 et/ou dans les circulaires de l'OFS se rapportant à la période du codage. Les directives suivantes n'ont pas été appliquées, de manière conséquente pour les cas de révision particuliers :

5.5.3.1 Soins intensifs

Depuis 2010, lors de passage aux soins intensifs, il convient de saisir un code CHOP (89.13.2-) décrivant l'investissement de travail effectué aux soins intensifs.
Malheureusement, la transcription des scores SAPS 2 et NEMS en codes CHOP n'a été faite que lors des séjours avec ventilation invasive. Les questions adressées à l'OFS et les réponses données par ce dernier à ce propos n'ont jamais été assez explicites ce qui a entraîné une incompréhension des règles de codage.

5.5.3.2 Diagnostics supplémentaires

D'après les règles de codage de l'OFS ne sont à coder que les diagnostics supplémentaires présentant un effort de soins > 0 Les efforts thérapeutiques, diagnostics et/ou infirmiers doivent être clairement indiqués dans la documentation concernant le cas.
(Voir manuel de codage version 3.0, G04.4, page 25 et circulaire de l'OFS pour codeurs n°7, page 2)

5.5.3.3 Affections pendant la grossesse

Les affections qui se présentent et qui sont traitées pendant la grossesse doivent se coder de la manière suivante :

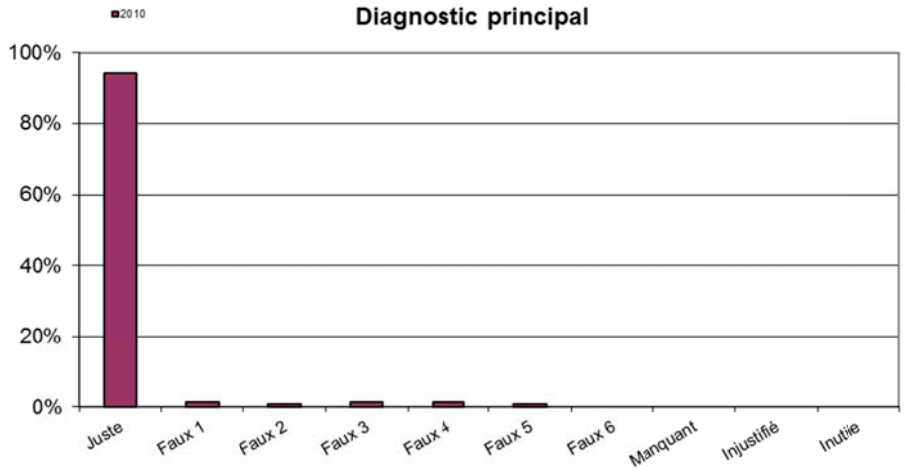
- Si l'affection compliquant ou aggravant la grossesse représente le motif d'hospitalisation ou de traitement : O98-O99 comme Diagnostic Principal avec le code précis de la pathologie en diagnostic supplémentaire.
- Si l'affection compliquant ou aggravant la grossesse ne représente pas le motif d'hospitalisation ou de traitement : Code précis de l'affection comme Diagnostic Supplémentaire sans O98-O99 correspondant
- Lorsqu'une affection indépendante de la grossesse est diagnostiquée et est le motif du traitement d'hospitalisation ou de traitement : Affection indiquée comme Diagnostic Principal et le fait que la patiente soit enceinte par Z34.- comme Diagnostic Supplémentaire.
- Si l'affection n'a aucune influence elle n'est pas indiquée

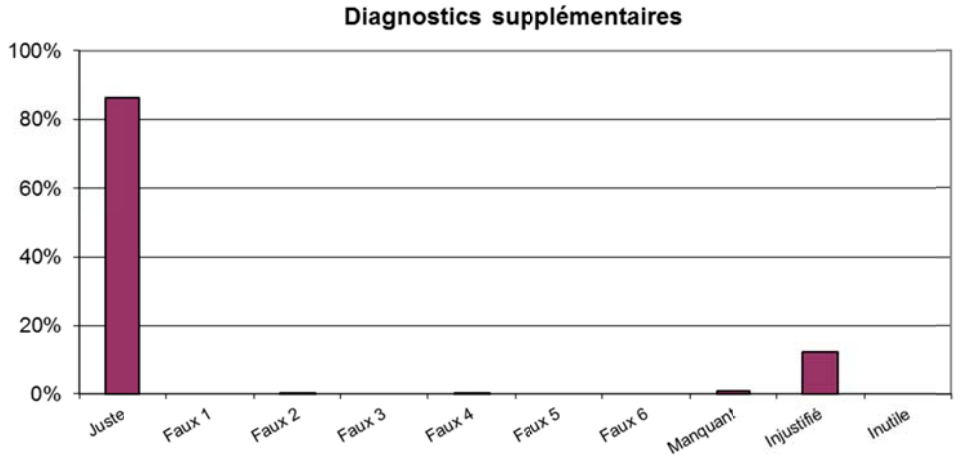
(Voir manuel de codage, version 3.0, S15.d.4, page 79)

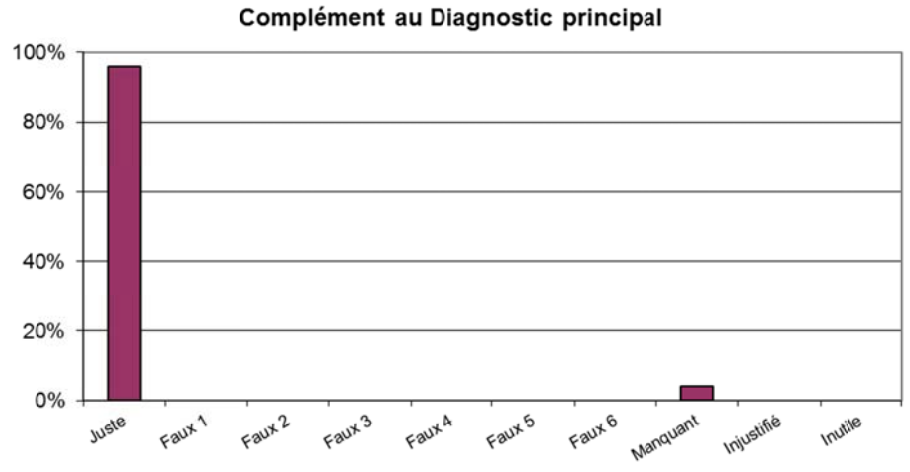
5.5.3.4 Démence

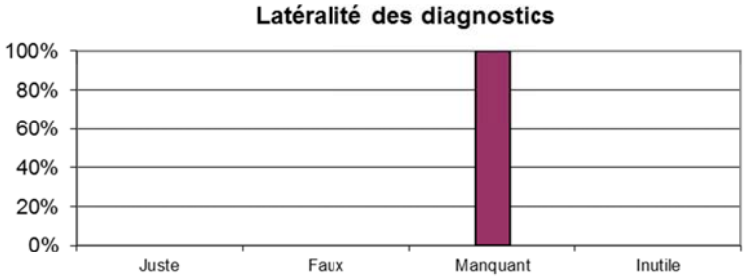
En présence de troubles cognitifs, il est possible de coder les résultats des tests de limitation fonctionnelle cognitive, selon la méthode FIM ou MMSE, avec les codes CIM 10-GM. Il s'agit de la catégorie U51.- Limitation fonctionnelle cognitive.

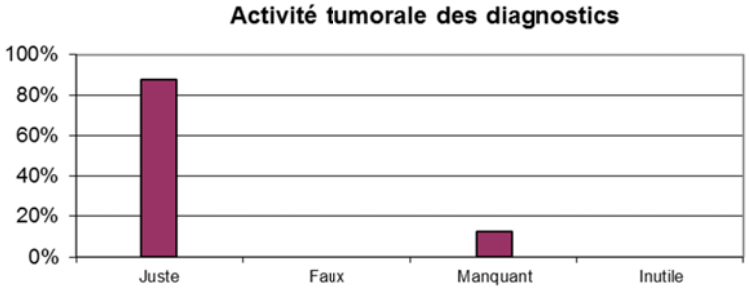
Ensemble Hospitalier de la Côte

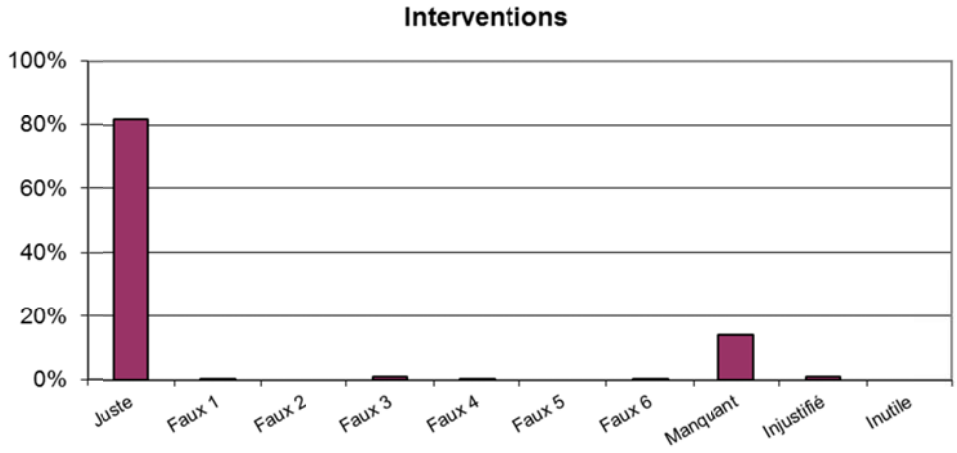


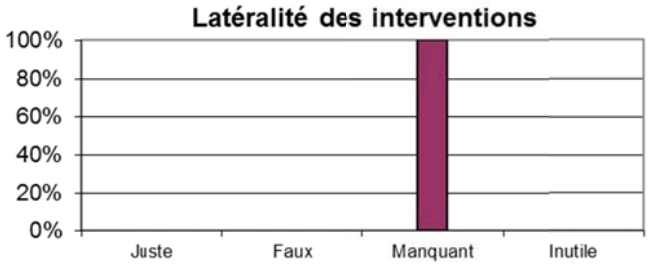


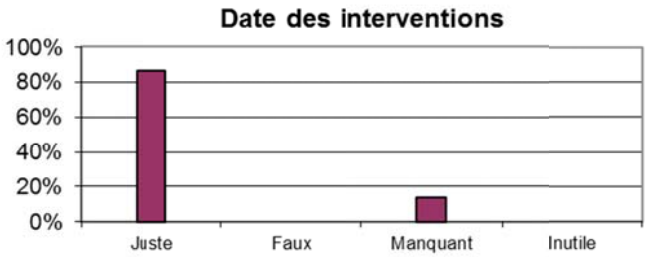







Interventions
100%
80%
60%
40%
20%
0%
Juste
Faux 1
Faux 2
Faux 3
Faux 4
Faux 5
Faux 6
Manquant
Injustifié
Inutile


Latéralité des interventions
100%
80%
60%
40%
20%
0%
Juste
Faux
Manquant
Inutile


Date des interventions
100%
80%
60%
40%
20%
0%
Juste
Faux
Manquant
Inutile

5.6 Hôpital Riviera

La révision des dossiers 2010 de l'hôpital Riviera s'est déroulée du 14 au 16 novembre 2011 sur le site de Montreux. Des 145 dossiers prévus pour la révision, l44 dossiers ont pu être contrôlés. Un dossier n'a pas pu être vérifié car il manquait le rapport de la radiothérapie effectuée au CHUV.

5.6.1 Source des données

Le codage s'est fait avec des dossiers en papier. Les dossiers étaient complets, les séjours et les documents bien identifiés et classés selon les dates. Il n'y avait pas de lettre de transfert pour le service des soins intensifs de médecine.
La révision s'est basée sur des dossiers entièrement numérisés. Les différences de codage ont été discutées et analysées, en présence de toute l'équipe du codage médical le 17 novembre 2011.

5.6.2 Processus du codage interne

Les cas ont été saisis dans le système informatique, groupés et contrôlés par le service du codage.
Les règles du manuel de codage 3.0 et les directives publiées dans les circulaires pour codeurs sont connues et appliquées. Le travail au sein de l'équipe est uniforme et de bonne qualité. L'équipe de codage est constamment à la recherche de précisions de codes en collaboration avec les médecins.
Certaines variables concernant la prise en charge après la sortie du patient ou concernant les nouveau-nés divergent entre les données transmises à l'OFS et les informations trouvées dans les lettres de sortie. Les variables à transmettre à l'OFS sont à revoir avec les personnes chargées de la saisie.
(Voir variables de la statistique médicale Spécifications valables dès 2009 « Conception d'interface », Version 1.0, pages 8-11,13)

5.6.3 Codage médical

Les règles générales de codage sont basées sur les directives de l'OFS dans le Manuel de codage version 3.0 et/ou dans les circulaires de l'OFS se rapportant à la période du codage. Les directives suivantes n'ont pas été appliquées, de manière conséquente pour les cas de révision particuliers:

5.6.3.1 Diagnostics supplémentaires

Selon les lettres de sortie il était parfois difficile de distinguer quels sont les diagnostics supplémentaires à retenir.
D'après les règles de codage de l'OFS ne sont à coder que les diagnostics supplémentaires présentant un effort de soins > 0 Les efforts thérapeutiques, diagnostics et/ou infirmiers doivent être clairement indiqués dans la documentation concernant le cas.
(Voir manuel de codage version 3.0, G04.4, page 25 et circulaire de l'OFS pour codeurs n°7, page 2)

5.6.3.2 Activité tumorale

Depuis janvier 2010, il est obligatoire d'indiquer dans le data set pour l'OFS l'activité tumorale pour toutes les tumeurs du chapitre II de la CIM-10 GM (C00-D48).
(Voir Manuel de Codage version 3.0, G05.1, page 27 et circulaire de l'OFS pour codeurs n°7, page 2).

5.6.3.3 Latéralité

L'indication de la latéralité dans les variables est obligatoire pour les organes pairs: les oreilles, les yeux, les bronches/poumons, les reins, les glandes surrénales, les ovaires, les testicules, les hernies inguinales et crurales, les extrémités et les os qui existent de manière paire (p. ex clavicules, côtes, omoplates, etc.).
(Voir manuel de codage, version 3.0, G05.1, page 27 et circulaire de l'OFS pour codeurs, n°7, page 2).

5.6.3.4 Durée de respiration artificielle

Est déterminante la durée totale (en heures) de la respiration artificielle dans l'unité de soins intensifs. La ventilation invasive compte autant que la ventilation non invasive (CPAP inclus). La durée du sevrage est ajoutée (avec l'intervalle sans respiration artificielle pendant le sevrage) au calcul de la durée de la ventilation d'un patient. Le nombre d'heures peut être calculé à partir des données minimales de la SSMI (www.sgi-ssmi.ch) sur la base du nombre saisi d'horaires de soins avec ventilation (= au moins 2 heures de ventilation par nombre d'horaires pour 3 horaires quotidiens; au moins 3 heures pour 2 horaires quotidiens), multiplié par la durée de soins.

Le codage

Si la respiration artificielle répond à la définition ci-dessus:

1) la durée de la respiration artificielle doit être saisie

- comme chiffre dans le champ de données prévu à cet effet
- comme code de la catégorie 96.7- Ventilation mécanique continue SAP; <96 h; >96 h

2) saisir en plus le type de ventilation

Trait. 96.04 Insertion d'un tube endotrachéal (pas lors d'une intubation pendant OP)

93.90 Ventilation continue par pression positive NIPPV (= CPAP)

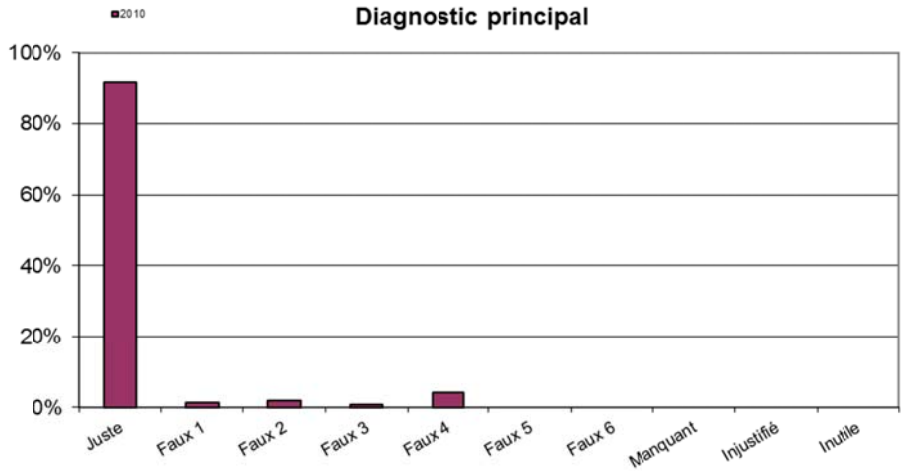
et/ou

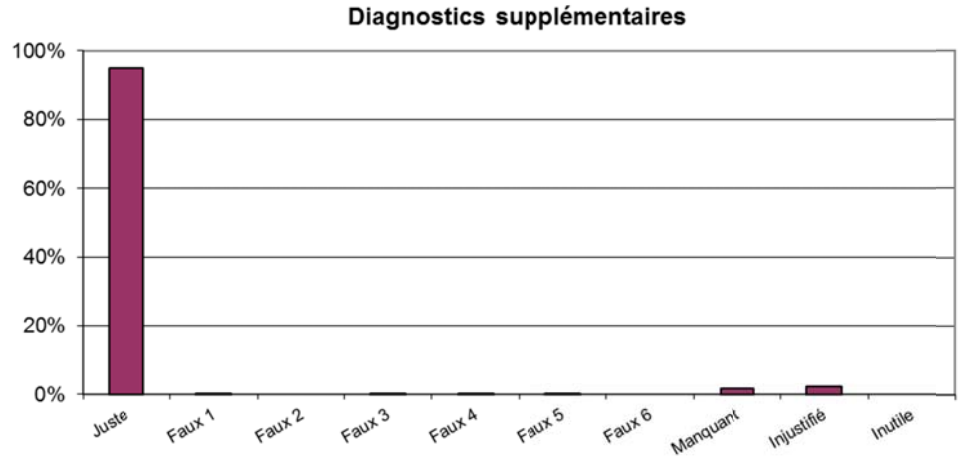
31.1 Trachéostomie temporaire ou 31.29 Trachéostomie permanente

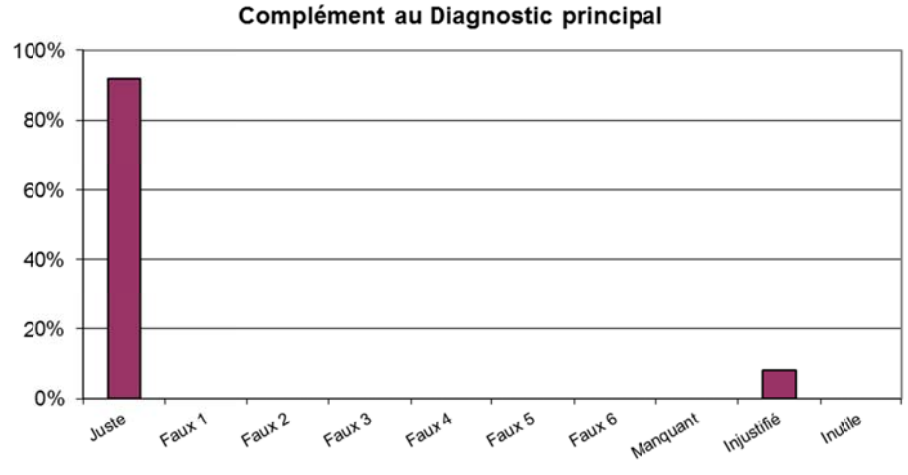
(Voir manuel de codage, version 3.0, S10.d1A, page 73)

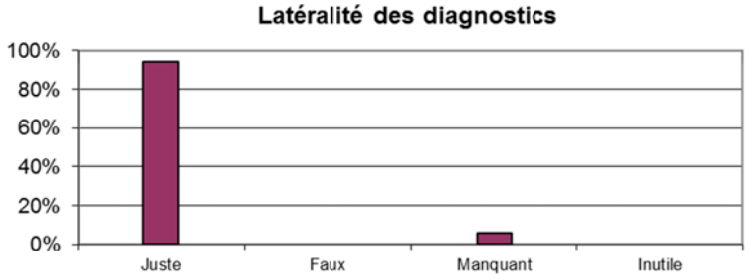
Suite à un malentendu entre l'hôpital et l'OFS, le code de la durée de la ventilation n'a pas été toujours saisi lors de la ventilation non invasive.

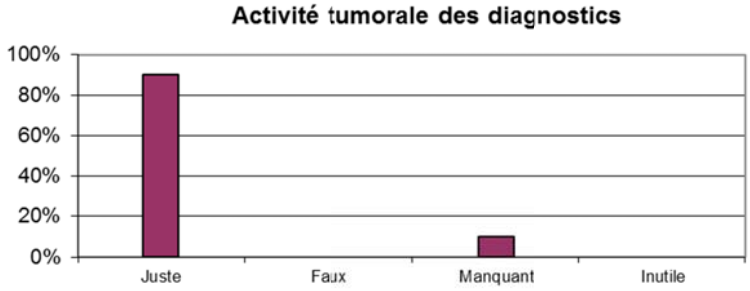
Hôpital Riviera

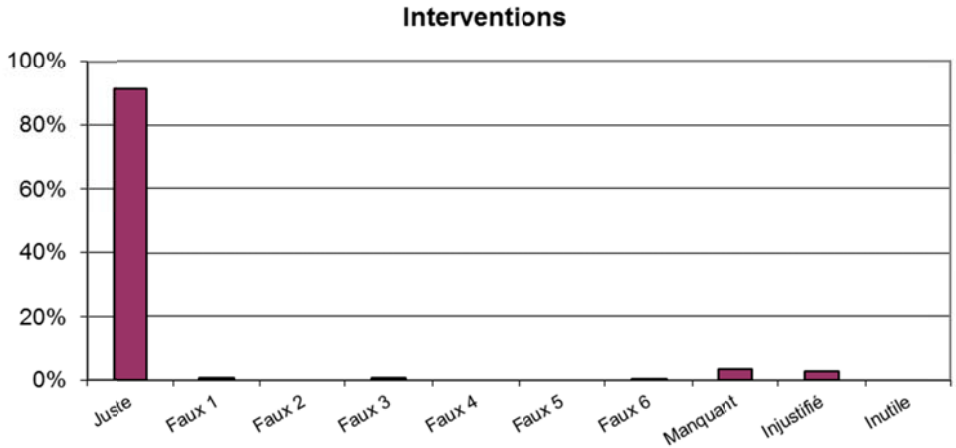


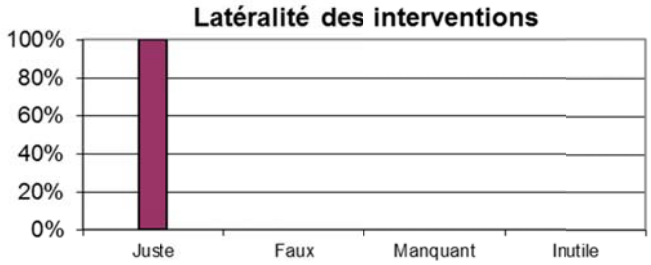


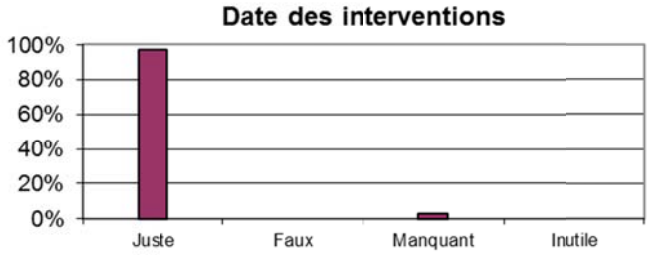







Interventions
100%
80%
60%
40%
20%
0%
Juste
Faux 1
Faux 2
Faux 3
Faux 4
Faux 5
Faux 6
Manquant
Injustifié
Inutile


Latéralité des interventions
100%
80%
60%
40%
20%
0%
Juste
Faux
Manquant
Inutile


Date des interventions
100%
80%
60%
40%
20%
0%
Juste
Faux
Manquant
Inutile

5.7 Établissements hospitaliers du nord vaudois

La révision s'est faite sur le site d'Yverdon-les-Bains du 04 au 07 juillet 2011. Les l45 dossiers prévus pour la révision ont été contrôlés.

5.7.1 Source des données

La codification s'est fait avec les dossiers papiers. Les dossiers étaient complets et bien documentés, toutes les pièces nécessaires à la codification étaient disponibles. Le problème des lettres de sortie de l'orthopédie, couvrant le séjour de soins aigus et le séjour en réadaptation à l'hôpital de Chamblon, signalé dans les rapports précédents, n'était toujours pas résolu, c'est le centre de réadaptation qui fait une lettre de sortie globale.
La révision s'est faite sur la base des dossiers entièrement numérisés. Les différences de codage ont été discutées, analysées, en présence de l'équipe du codage médical, chaque jour, dans un but de formation.

5.7.2 Processus du codage interne

Les cas ont été saisis dans le système informatique, groupés et contrôlés par le service du codage.
Les règles du manuel de codage, les questions/réponses et les informations de l'OFS sont appliquées. Les codeurs cherchent la précision et l'exhaustivité du codage. Leur travail est de bonne qualité.

5.7.3 Codage médical

Les règles générales de codage sont basées sur les directives de l'OFS dans le Manuel de codage version 3.0 et/ou dans les circulaires de l'OFS se rapportant à la période du codage. Les directives suivantes n'ont pas été appliquées, de manière conséquente pour les cas de révision particuliers:

5.7.3.1 Soins intensifs

En 2010, les variables concernant les soins intensifs étaient obligatoires.
(Voir statistique médicale, adaptation 2008 25.05.2010, point 4.4 annexe F / Page 27).

À l'eHnv, le système informatique ne permettait pas la saisie de ces variables, cette situation a été corrigée en cours d'année et le codage des SI (avec le 89.13.2-Traitement complexe de médecine intensive) a pu être introduit dès le 1.6.2010.

5.7.3.2 Diagnostics supplémentaires

D'après les règles de codage de l'OFS ne sont à coder que les diagnostics supplémentaires présentant un effort de soins > 0 Les efforts thérapeutiques, diagnostics et/ou infirmiers doivent être clairement indiqués dans la documentation concernant le cas.
(Voir manuel de codage version 3.0, G04.4, page 25 et circulaire de l'OFS pour codeurs n°7, page 2)

Cette règle est appliquée de manière uniforme au sein de l'équipe de codage. Toutefois, pour mémoire, les pathologies chroniques, dont le traitement a été évalué ou adapté durant le séjour, peuvent être codées puisqu'ils demandent et correspondent à un effort supérieur à 0.

5.7.3.3 Procédures de routine

Une définition concertée et uniforme concernant le chapitre 16 de la CHOP doit être déterminée au sein de l'institution. Quel examen, traitement correspond à la définition du traitement supplémentaire, lequel est considéré comme examen de routine.

(Voir manuel de codage, version 3.0, G05.2, page 40)

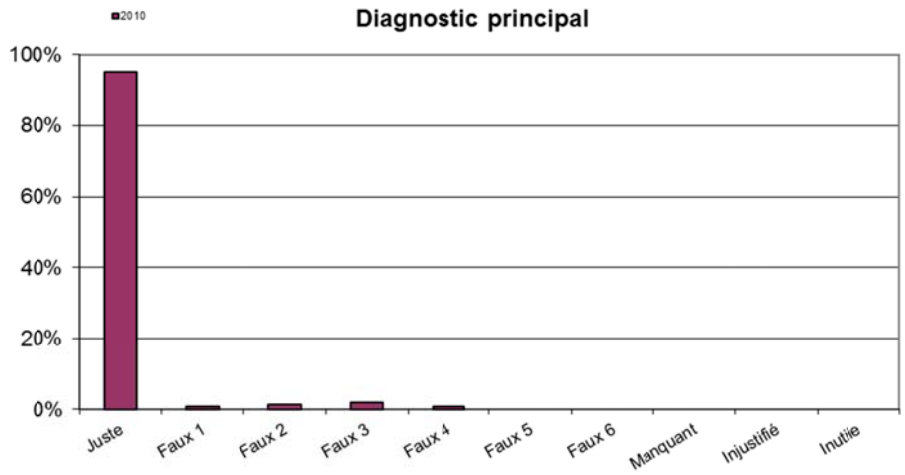
5.7.3.4 Latéralité

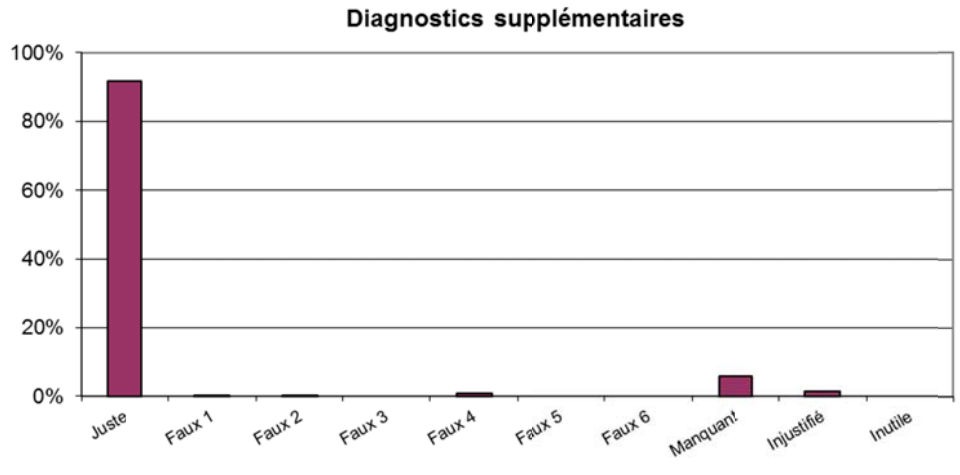
Depuis janvier 2010, il est obligatoire d'indiquer dans le data set pour l'OFS, la latéralité pour les oreilles, les yeux, les bronches/poumons, les reins, les glandes surrénales, les ovaires, les testicules, les hernies inguinales et crurales, les extrémités et les os qui existent de manière paire (p.ex. clavicules, côtes, omoplates, etc.).
(Voir manuel de codage, version 3.0, G05.1, page 27 et circulaire de l'OFS pour codeurs, n°7, page 2).

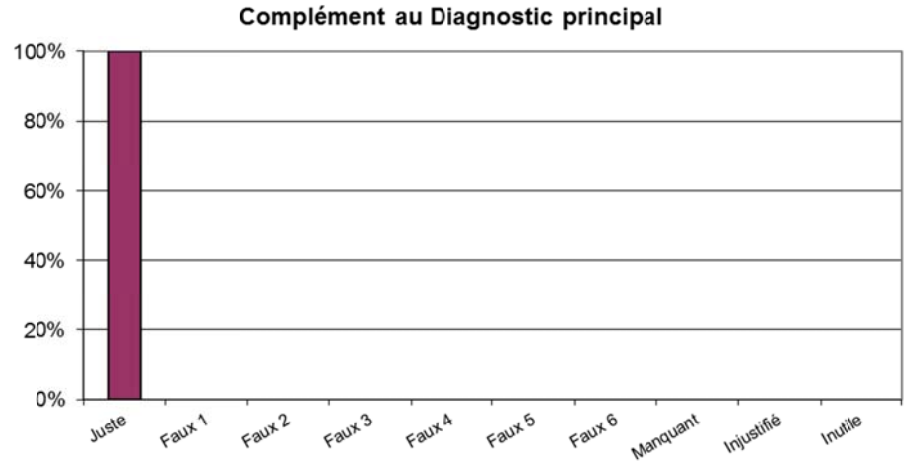
5.7.3.5 Cure de varices

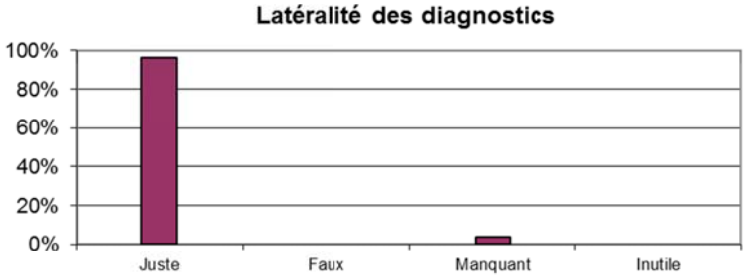
Une phlébectomie, crossectomie avec ou sans ligature se code à 38.59 "Ligature et stripping de veines variqueuses". Alors qu'une phlébectomie SAI se code à 38.69 " Autre excision de veines de membre inférieur". Lors d'une cure de varices d'un côté avec une phlébectomie SAI de l'autre côté, on utilise les deux codes.

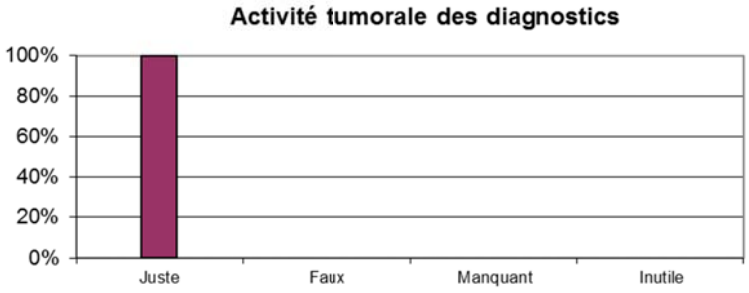
Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois

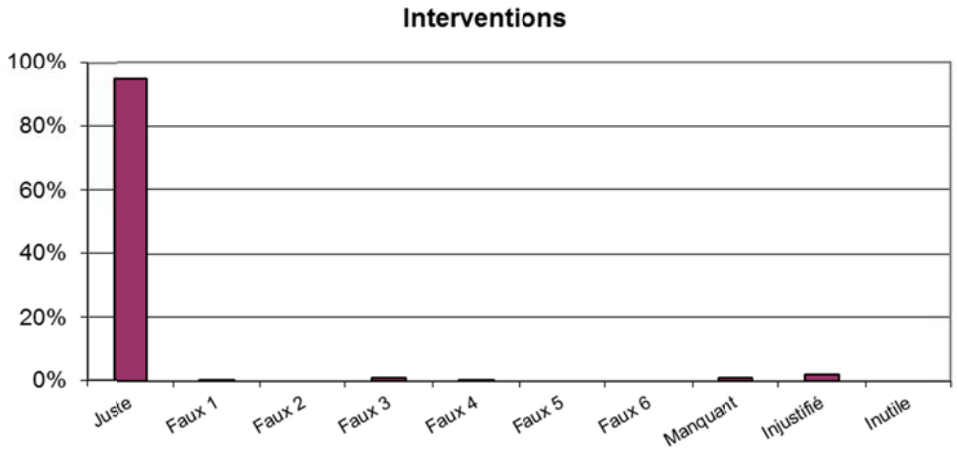


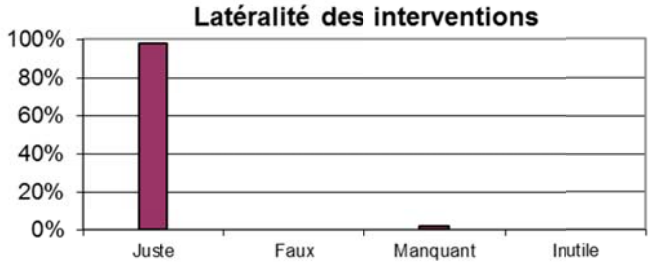


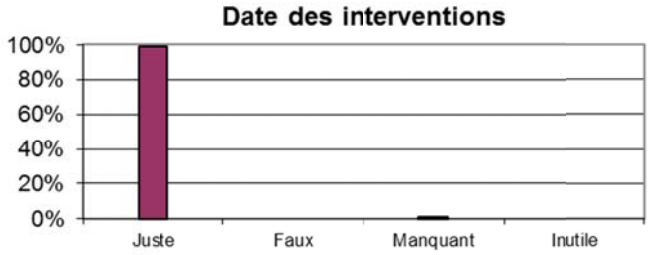







Interventions
100%
80%
60%
40%
20%
0%
Juste
Faux 1
Faux 2
Faux 3
Faux 4
Faux 5
Faux 6
Manquant
Injustifié
Inutile


Latéralité des interventions
100%
80%
60%
40%
20%
0%
Juste
Faux
Manquant
Inutile


Date des interventions
100%
80%
60%
40%
20%
0%
Juste
Faux
Manquant
Inutile

5.8 Groupement hospitalier de l'ouest lémanique

La révision des dossiers du GHOL s'est déroulée sur le site de Rolle le 15.08.2010 et sur le site de Nyon du 16 au 17 août 2011. 144 dossiers sur 145 ont pu être contrôlés. 1 dossier de l'hôpital de Rolle était absent pour la révision.

5.8.1 Source des données

Les dossiers se présentaient sous forme papier. Les dossiers étaient complets et bien documentés, toutes les pièces nécessaires à la codification étaient disponibles. Toutefois ni lettre de sortie, ni protocole opératoire étaient dictés pour les courts séjours en ORL, le codage et la révision se sont basés sur un résumé de l'opération.
La révision avait accès aux dossiers complets sous forme papier. Les différences de codage ont été discutées et analysées avec les codificatrices des hôpitaux de Rolle et de Nyon.

5.8.2 Processus du codage interne

Les cas ont été saisis dans le système informatique, groupé et contrôlé par le service du codage.
Les directives de codage sont connues et appliquées. Un grand travail est accompli par la codificatrice de l'hôpital de Nyon qui consulte régulièrement les médecins afin d'optimiser le codage des diagnostics et des interventions. Le travail est de bonne qualité.

5.8.3 Codage médical

Les règles générales de codage sont basées sur les directives de l'OFS dans le Manuel de codage version 3.0 et/ou dans les circulaires de l'OFS se rapportant à la période du codage. Les directives suivantes n'ont pas été appliquées, de manière conséquente pour les cas de révision particuliers :

5.8.3.1 Choix du diagnostic principal pour les transferts et suites de soins

Lorsqu'un patient est transféré pour suites de soins, chaque hôpital code un cas séparément. L'établissement vers lequel le patient est transféré code un cas autonome et indique en diagnostic principal la maladie initiale, qui est la principale raison du traitement hospitalier (conformément à la page 23/24 du manuel de codage 3.0). Le fait que le patient ait déjà subi un traitement primaire peut se traduire avec le code Z48.- ou le Z51.- en diagnostic secondaire.
Patient transféré après traitement primaire pour une blessure (code S ou T). L'établissement qui prend en charge les suites de soins code en DP la blessure, sans causes externes (ignorer le message d'avertissement de MedPlaus). Explication: la blessure est soignée mais pas encore guérie.
(Voir Circulaire OFS, n°8, juin 2010, point 4, p.2)

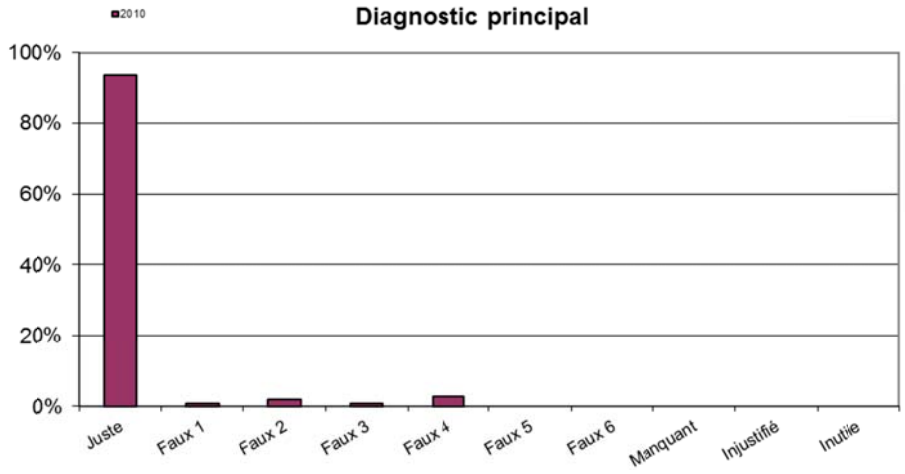
5.8.3.2 Activité tumorale

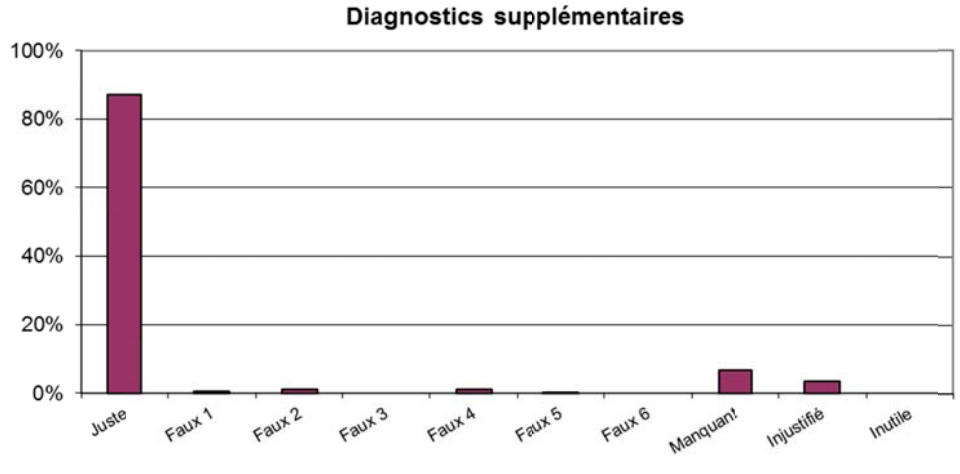
Depuis janvier 2010, il est obligatoire d'indiquer dans le data set pour l'OFS l'activité tumorale pour toutes les tumeurs du chapitre II de la CIM-10 GM (codes C00-D48).
(Voir manuel de codage version 3.0, G05.1, page 27 et circulaire de l'OFS pour codeurs n°7, page 2).

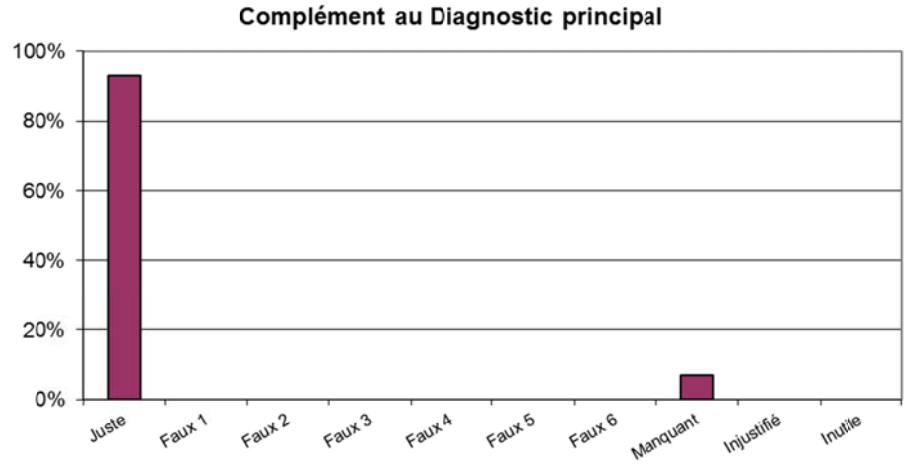
5.8.3.3 Latéralité

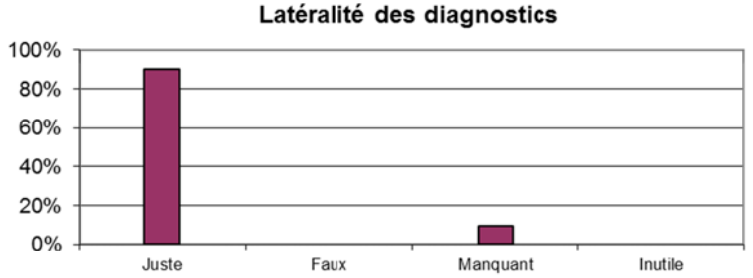
Depuis janvier 2010, il est obligatoire d'indiquer dans le data set pour l'OFS, la latéralité pour les oreilles, les yeux, les bronches/poumons, les reins, les glandes surrénales, les ovaires, les testicules, les hernies inguinales et crurales, les extrémités et les os qui existent de manière paire (p.ex. clavicules, côtes, omoplates, etc.).
(Voir manuel de codage, version 3.0, G05.1, page 27 et circulaire de l'OFS pour codeurs, n°7, page 2).

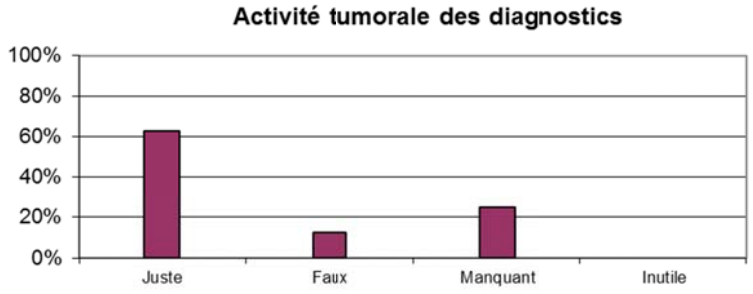
Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique

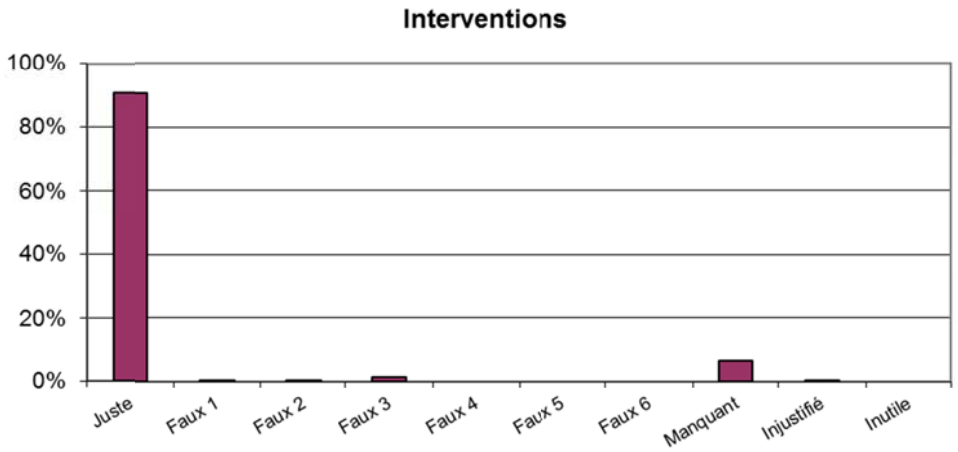


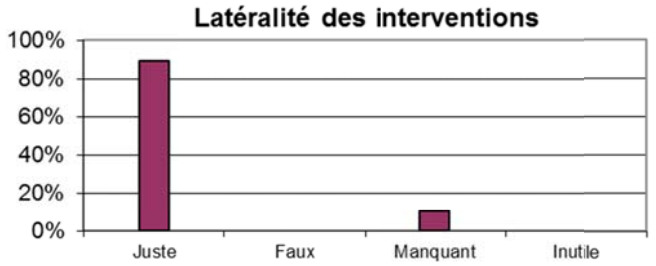


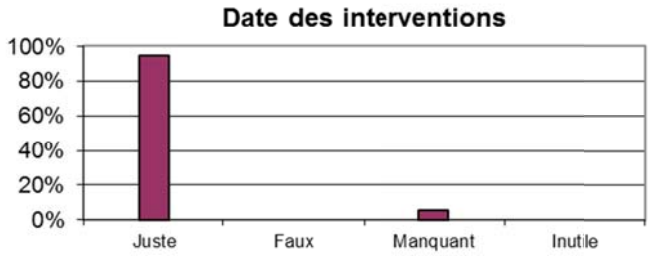







Interventions
100%
80%
60%
40%
20%
0%
Juste
Faux 1
Faux 2
Faux 3
Faux 4
Faux 5
Faux 6
Manquant
Injustifié
Inutile


Latéralité des interventions
100%
80%
60%
40%
20%
0%
Juste
Faux
Manquant
Inutile


Date des interventions
100%
80%
60%
40%
20%
0%
Juste
Faux
Manquant
Inutile

5.9 Hôpital intercantonal de la Broye

La révision des dossiers 2010 de l'hôpital intercantonal de la Broye (HIB) s'est déroulée du 3 au 5 octobre 2011 sur le site de l'hôpital. Des 145 dossiers prévus pour la révision, l44 dossiers ont pu être contrôlés. Un dossier n'a pas pu être vérifié car il manquait le protocole opératoire.

5.9.1 Source des données

Les dossiers se présentaient sous forme papier. Les dossiers étaient complets, bien documentés avec toutes les pièces nécessaires à un codage.
La révision s'est basée sur des dossiers entièrement numérisés. Les différences de codage ont été discutées et analysées, avec l'équipe du codage médical, le 6 octobre 2011.

5.9.2 Processus du codage interne

Les cas ont été saisis dans le système informatique, groupés et contrôlés par le service de codage.
Les directives de codage sont connues et appliquées. Le travail au sein de l'équipe est uniforme et de bonne qualité. L'équipe de codage est constamment à la recherche de précisions de codes en collaboration avec les médecins.

5.9.3 Codage médical

Les règles générales de codage sont basées sur les directives de l'OFS dans le Manuel de codage version 3.0 et/ou dans les circulaires de l'OFS se rapportant à la période du codage. Les directives suivantes n'ont pas été appliquées, de manière conséquente pour les cas de révision particuliers:

5.9.3.1 Diagnostics supplémentaires

D'après les règles de codage de l'OFS ne sont à coder que les diagnostics supplémentaires présentant un effort de soins > 0. Les efforts thérapeutiques, diagnostics et/ou infirmiers doivent être clairement indiqués dans la documentation concernant le cas.
(Voir manuel de codage version 3.0, G04.4, page 25 et circulaire de l'OFS pour codeurs n°7, page 2)
Or selon les lettre de sortie il est parfois difficile de distinguer quels sont les diagnostics supplémentaires à retenir.

5.9.3.2 Activité tumorale

Depuis janvier 2010, il est obligatoire d'indiquer dans le data set pour l'OFS l'activité tumorale pour toutes les tumeurs du chapitre II de la CIM-10 GM (codes C00-D48).
(Voir manuel de codage version 3.0, G05.1, page 27 et circulaire de l'OFS pour codeurs n°7, page 2).

5.9.3.3 Latéralité

Depuis janvier 2010, il est obligatoire d'indiquer dans le data set pour l'OFS, la latéralité pour les oreilles, les yeux, les bronches/poumons, les reins, les glandes surrénales, les ovaires, les testicules, les hernies inguinales et crurales, les extrémités et les os qui existent de manière paire (p.ex. clavicules, côtes, omoplates, etc.).
(Voir manuel de codage, version 3.0, G05.1, page 27 et circulaire de l'OFS pour codeurs, n°7, page 2).

5.9.3.4 Bactériémie

Pour le codage d'une bactériémie, on utilisera un code de la catégorie A49.− « Infection bactérienne, siège non précisé » ou un autre code qui désigne spécifiquement l'agent infectieux, tel A54.9 «Infection gonococcique, sans précision ». Ne pas utiliser de code de septicémie pour le codage d'une bactériémie (cf. plus bas). Une exception : la bactériémie méningococcique pour laquelle on utilisera le code A39.4 « Méningococcémie, sans précision ».
(Voir manuel de codage version 3.0, S01.d.2, page 45)

5.9.3.5 Durée de la respiration artificielle aux soins intensifs

Est déterminante la durée totale (en heures) de la respiration artificielle dans l'unité de soins intensifs. La ventilation invasive compte autant que la ventilation non invasive (CPAP inclus). La durée du sevrage est ajoutée (avec l'intervalle sans respiration artificielle pendant le sevrage) au calcul de la durée de la ventilation d'un patient. Le nombre d'heures peut être calculé à partir des données minimales de la SSMI (www.sgi-ssmi.ch) sur la base : du nombre saisi d'horaires de soins avec ventilation (= au moins 2 heures de ventilation par nombre d'horaires pour 3 horaires quotidiens; au moins 3 heures pour 2 horaires quotidiens), multiplié par la durée de soins.

Le codage

Si la respiration artificielle répond à la définition ci-dessus:

1) la durée de la respiration artificielle doit être saisie

- comme chiffre dans le champ de données prévu à cet effet
- comme code de la catégorie 96.7- Ventilation mécanique continue SAP; <96 h; >96 h

2) saisir en plus le type de ventilation

Trait. 96.04 Insertion d'un tube endotrachéal (pas lors d'une intubation pendant OP) 93.90 Ventilation continue par pression positive NIPPV (= CPAP)

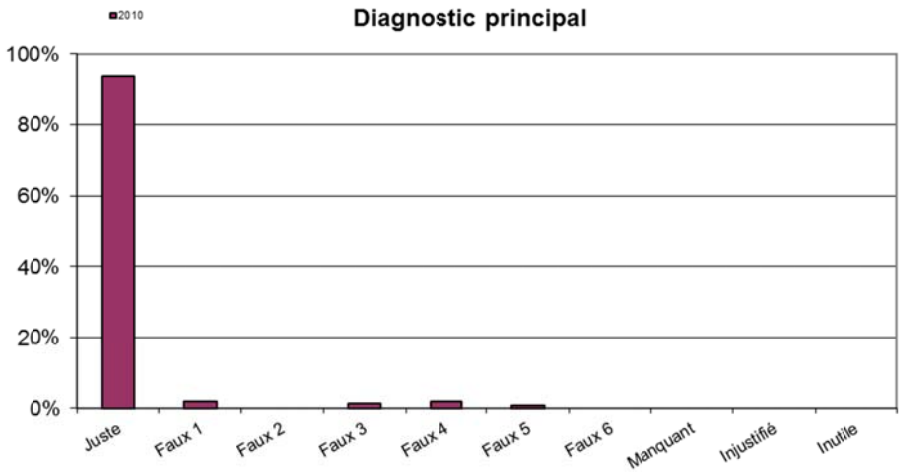
et/ou

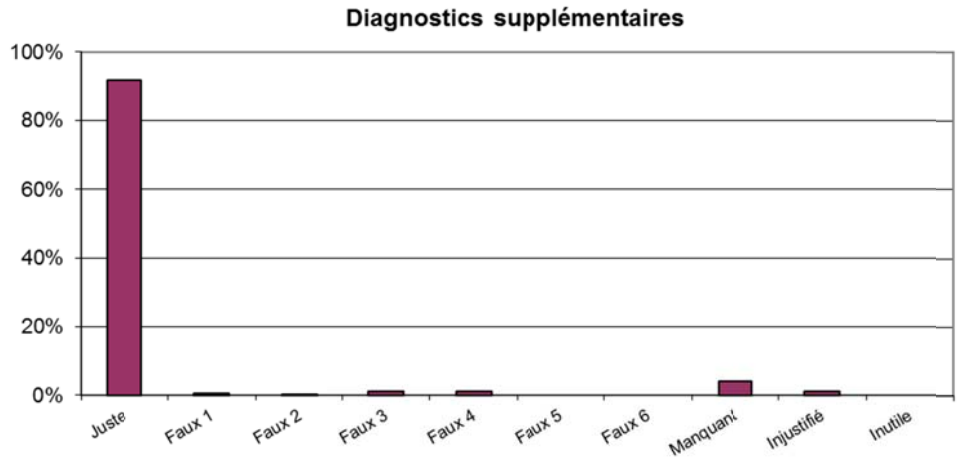
Trait. 31.1 Trachéostomie temporaire ou 31.29 Trachéostomie permanente.
(Voir manuel de codage version 3.0, S10.d 1A, page 73)

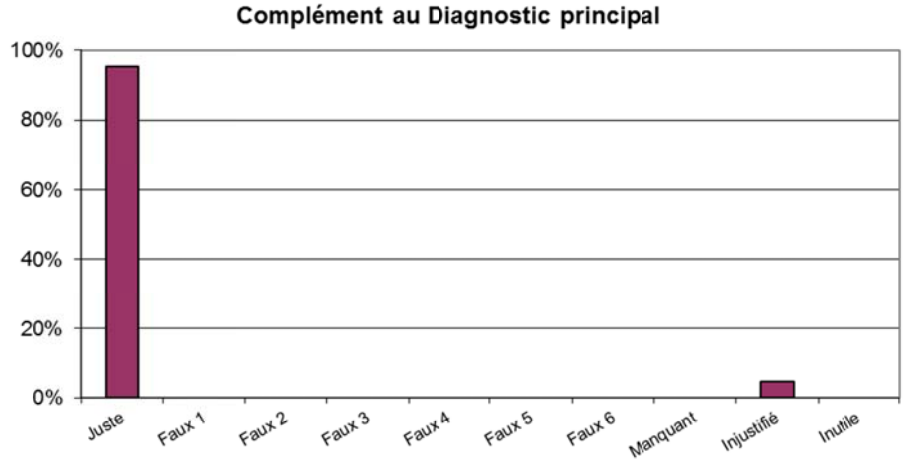
5.9.3.6 Durée de la grossesse

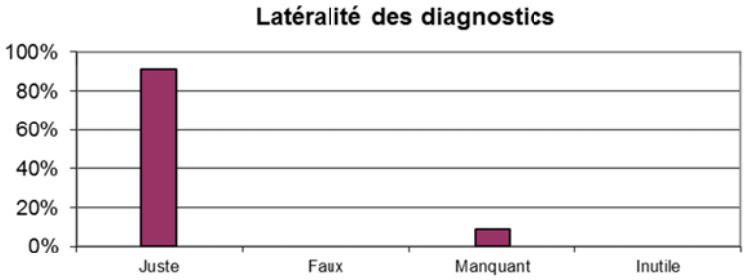
Pour chaque hospitalisation pendant la grossesse, il faut saisir un code de la catégorie O09.-!« Durée de la grossesse ». La durée de la grossesse au début de l'hospitalisation est déterminante. (Voir manuel de codage version 3.0, S15.d.1B, page 77)

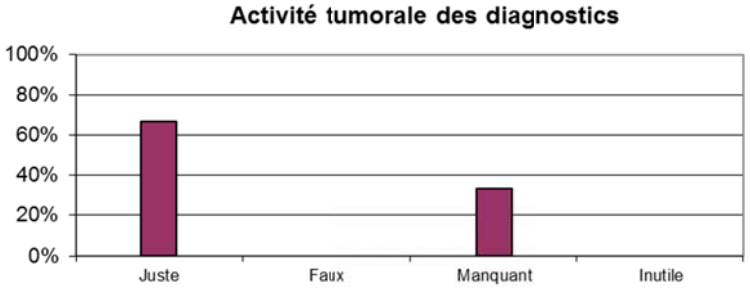
Hôpital Intercantonal de la Broye

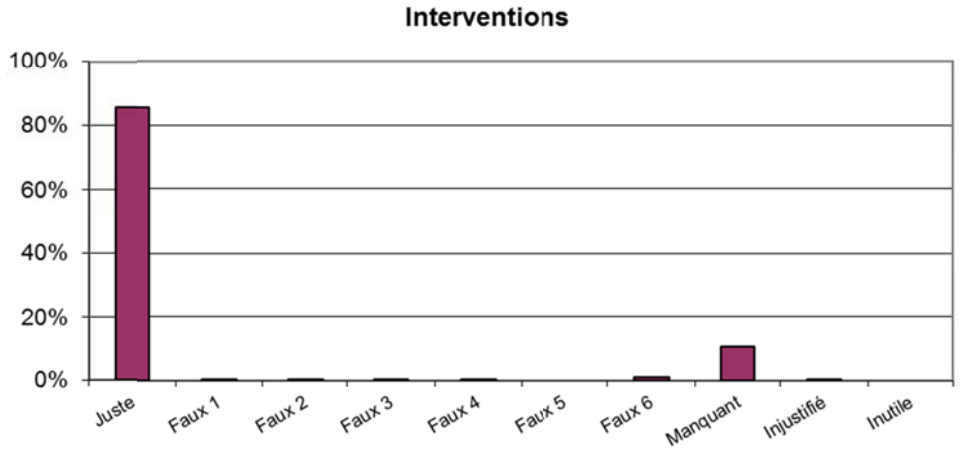


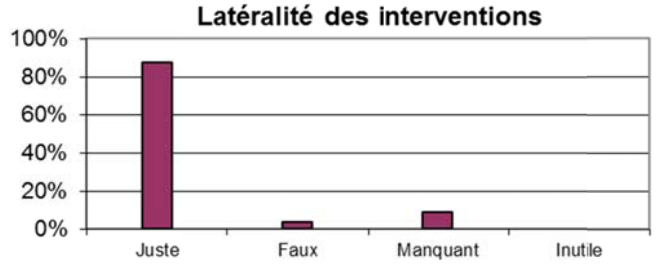


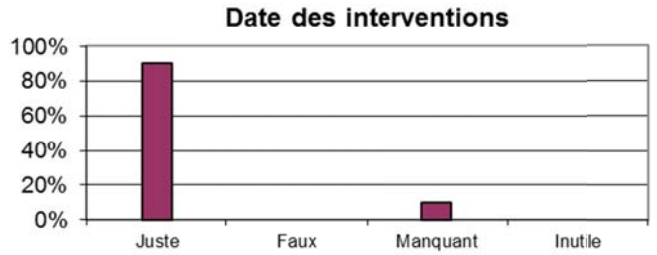







Interventions
100%
80%
60%
40%
20%
0%
Juste
Faux 1
Faux 2
Faux 3
Faux 4
Faux 5
Faux 6
Manquant
Injustifié
Inutile


Latéralité des interventions
100%
80%
60%
40%
20%
0%
Juste
Faux
Manquant
Inutile


Date des interventions
100%
80%
60%
40%
20%
0%
Juste
Faux
Manquant
Inutile

5.10 HDC Hôpital du Chablais

La révision s'est déroulée sur le site de Monthey du 29 au 31 août 2011. Tous les dossiers prévus par la révision ont pu être contrôlés.

5.10.1 Source des données

Les dossiers étaient numérisés. Les séjours étaient bien séparés, identifiés et complets.
La révision s'est basée sur des dossiers entièrement numérisés. Les différences de codage constatées ont été discutées avec la responsable du codage le 31.08.2011.

5.10.2 Processus interne

Les cas ont été saisis dans le système informatique, groupés et contrôlés par le service du codage.
Les directives de codage sont connues et respectées. Le codage au sein de l'équipe le codage est uniforme, exhaustif et reproductible, grâce au travail de la responsable du codage médical. Des règles de codage internes étaient élaborées selon les directives officielles et actualisées par la responsable du codage de l'OVS. Les réponses obtenues de l'OFS concernant les avis de codage sont mises en pratique rigoureusement. Le travail de l'équipe est de bonne qualité, la recherche de la précision est constante.

5.10.3 Codage médical

Les règles générales de codage sont basées sur les directives de l'OFS dans le Manuel de codage version 3.0 et/ou dans les circulaires de l'OFS se rapportant à la période du codage. Les directives suivantes n'ont pas été appliquées, de manière conséquente pour les cas de révision particuliers.

5.10.3.1 Latéralité

Depuis janvier 2010, il est obligatoire d'indiquer dans le data set pour l'OFS, la latéralité pour les oreilles, les yeux, les bronches/poumons, les reins, les glandes surrénales, les ovaires, les testicules, les hernies inguinales et crurales, les extrémités et les os qui existent de manière paire (p.ex. clavicules, côtes, omoplates, etc.).
(Voir manuel de codage, version 3.0, G05.1, page 27 et circulaire de l'OFS pour codeurs, n°7, page 2)

5.10.3.2 Ictère chez le nouveau-né

Un code de diagnostic pour l'ictère des nouveau-nés n'est attribué que si l'on pratique une photothérapie de plus de 12 heures. On indiquera le code 99.83 pour cette photothérapie.
(Voir manuel de codage, version 3.0, S16.d.3B, page 87)

5.10.3.3 Diabète

En cas de diabète, c'est le type de diabète qui est déterminant.
"Le traitement à l'insuline ne permet pas de déterminer le type de diabète et ne constitue pas une preuve de dépendance primaire à l'insuline. Un diabète sans précision du type se code donc à E14.9-" Diabète sucré, sans précision: Sans complication".
L'hypoglycémie chez un diabétique se code à E10.6- - E14.6- selon l'index alphabétique.
(Voir manuel de codage, version 3.0, S04.g.1, page 55)

5.10.3.4 Tentamen

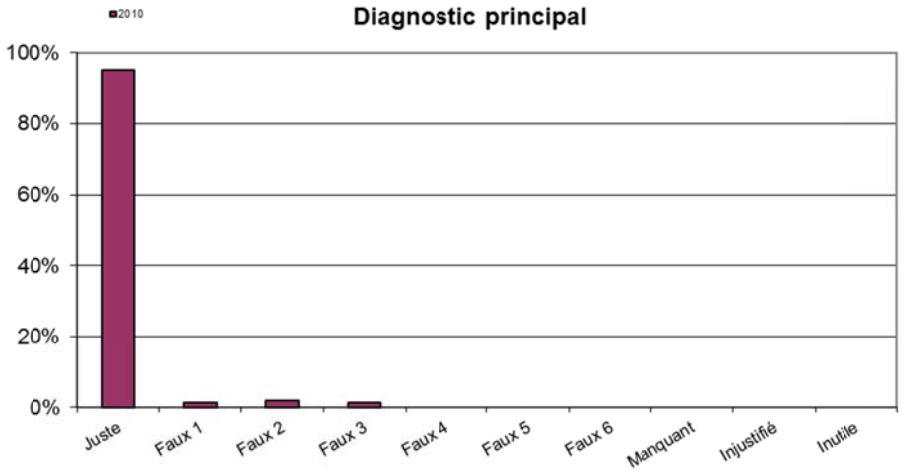
Intoxication médicamenteuse et alcool: La question se pose souvent dans le cas de tentative de suicide par médicaments avec prise d'alcool; le codage exact dans ce cas sera :
Diagnostic principal : le code T correspondant au médicament, complément obligatoire au diagnostic principal : X84.9! « Lésion auto-infligée délibérée»
Diagnostic supplémentaire : 2 possibilités : F10.0 «Intoxication aigue due a l'alcool »ou F10.1«Utilisation nocive pour la sante de l'alcool » Pour les intoxications accidentelles à l'alcool (par ex. chez l'enfant) : T51.0. Pour les intoxications intentionnelles à l'alcool (quel que soit l'âge) : F10.0
(Voir manuel de codage, version 3.0, S19.2.d.2, page 93)

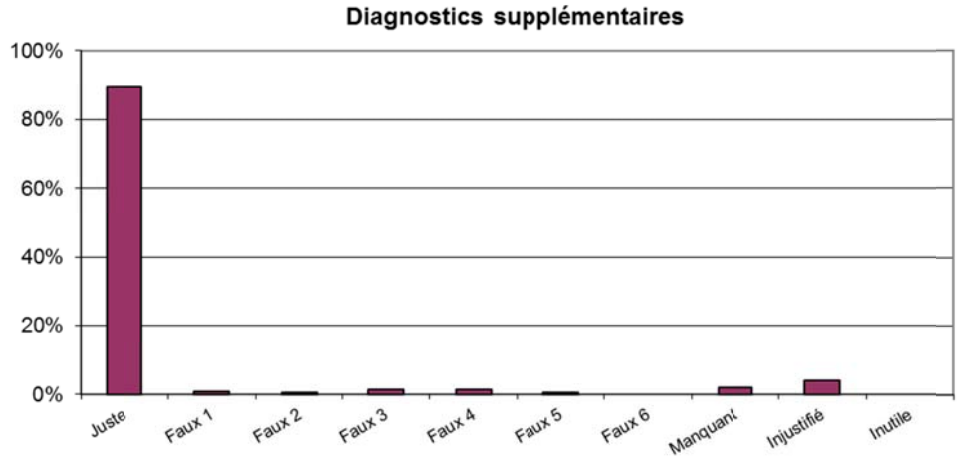
5.10.4 Recommandations afin d'améliorer la qualité du codage

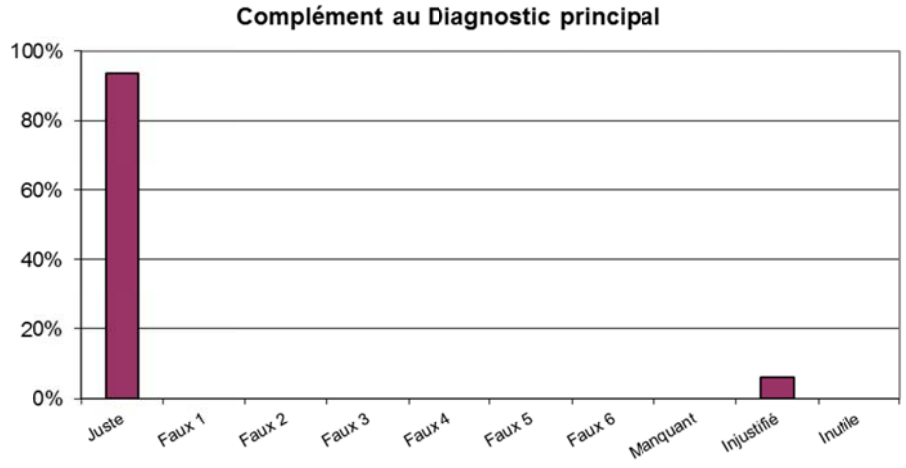
5.10.4.1 Codage des diagnostics supplémentaires

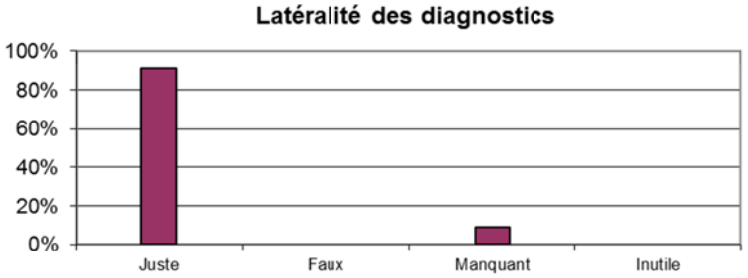
Ne sont à coder que les diagnostics supplémentaires présentant un effort de soins > 0
Les efforts thérapeutiques, diagnostics et/ou infirmiers doivent être clairement indiqués (Manuel de codage version 3.0, G04.4, page 25 et circulaire de l'OFS pour codeurs n°7, page 2).

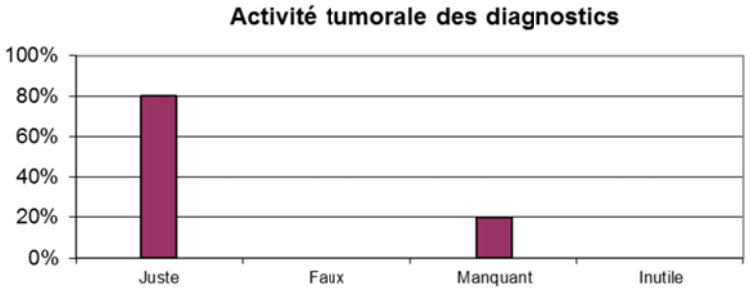
Hôpital du Chablais

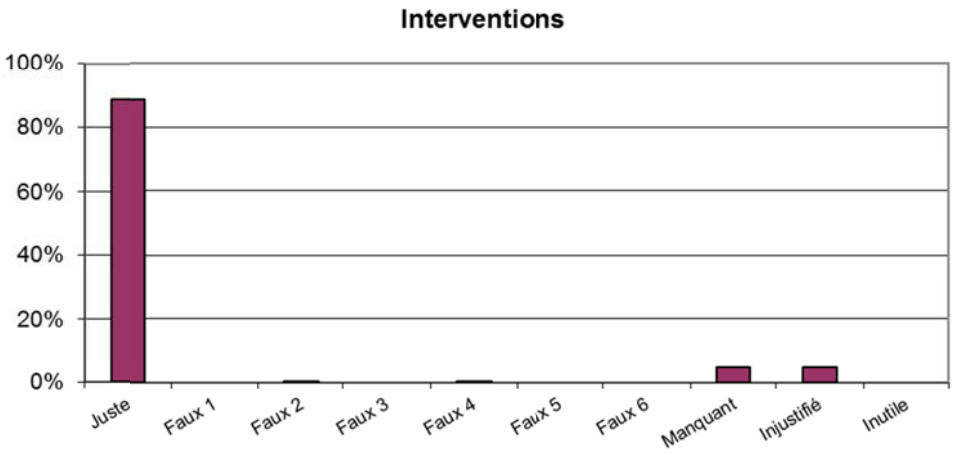


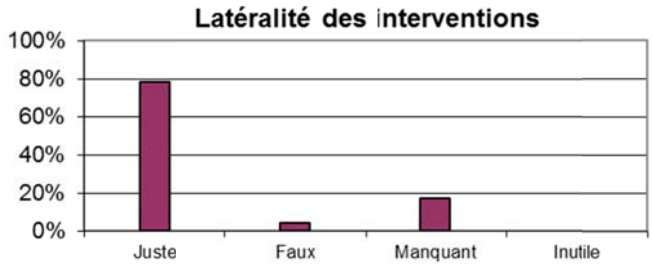


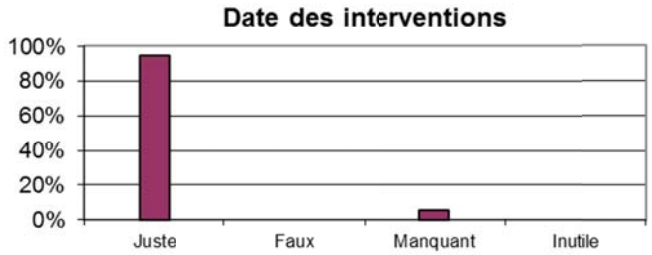







Interventions
100%
80%
60%
40%
20%
0%
Juste
Faux 1
Faux 2
Faux 3
Faux 4
Faux 5
Faux 6
Manquant
Injustifié
Inutile


Latéralité des interventions
100%
80%
60%
40%
20%
0%
Juste
Faux
Manquant
Inutile


Date des interventions
100%
80%
60%
40%
20%
0%
Juste
Faux
Manquant
Inutile

5.11 Centre de soins et de santé communautaire (Sainte-Croix)

La révision des dossiers 2010 s'est déroulée sur le site du CSSC du 5 au 7 septembre 2011. Sur les l45 dossiers prévus pour la révision, 142 dossiers ont pu être contrôlés. Les trois dossiers n'étaient pas révisables pour les raisons suivantes : Un protocole opératoire et deux lettres de sortie introuvables.

5.11.1 Source des données

Les dossiers se présentaient sous forme papier. Les dossiers étaient complets et bien documentés, toutes les pièces nécessaires à la codification étaient disponibles.
La révision s'est basée sur des dossiers papier ainsi qu'une partie des dossiers numérisés. Les différences de codage ont été discutées et analysées, en présence de l'équipe du codage médical, le 8 septembre 2011.

5.11.2 Processus du codage interne

Les cas ont été saisis dans le système informatique clinique, groupés et contrôlés par le service du codage.
Les directives de codage sont connues et appliquées. Les règles du manuel de codage 3.0 ainsi que les directives publiées dans les circulaires pour codeurs ont été appliquées. Le codage au sein de l'équipe s'est amélioré par rapport à l'année précédente grâce à un important engagement de l'équipe de codage et le soutient du médecin responsable. Leur travail est de bonne qualité.

La **variable** 1.5 «prise de charge après la sortie du patient» est à revoir. En effet, lors de la révision il a été constaté que cette variable est systématiquement remplie par «8 = autre». Cependant, cette remarque ne concerne pas les patients décédés où la variable était remplie correctement.
(Voir variables de la statistique médicale, spécifications valables dès 2009, conception d'interface, Version 1.0, page 11)

5.11.3 Codage médical

Les règles générales de codage sont basées sur les directives de l'OFS dans le Manuel de codage version 3.0 et/ou dans les circulaires de l'OFS se rapportant à la période du codage. Les directives suivantes n'ont pas été appliquées, de manière conséquente pour les cas de révision particuliers :

5.11.3.1 Activité tumorale

Depuis janvier 2010, il est obligatoire d'indiquer dans le data set pour l'OFS l'activité tumorale pour toutes les tumeurs du chapitre II de la CIM-10 GM (codes C00-D48).
(Voir manuel de codage version 3.0, G05.1, page 27 et circulaire de l'OFS pour codeurs n°7, page 2)

5.11.3.2 Latéralité

Depuis janvier 2010, il est obligatoire d'indiquer dans le data set pour l'OFS, la latéralité pour les oreilles, les yeux, les bronches/poumons, les reins, les glandes surrénales, les ovaires, les testicules, les hernies inguinales et crurales, les extrémités et les os qui existent de manière paire (p.ex. clavicules, côtes, omoplates, etc.).
(Voir manuel de codage, version 3.0, G05.1, page 27 et circulaire de l'OFS pour codeurs, n°7, page 2).

5.11.3.3 Admission avec diagnostic connu

Si le patient est admis avec un diagnostic connu, le diagnostic connu tient lieu de DP à moins qu'une pathologie plus grave soit diagnostiquée pendant l'hospitalisation. Le cas échéant, celle-ci sera codée comme DP.
(Voir manuel de codage version 3.0. G04.2, point 2, page 24)

5.11.3.4 Choix du diagnostic principal pour les transferts et suites de soins

Lorsqu'un patient est transféré pour suites de soins, chaque hôpital code un cas séparément. L'établissement vers lequel le patient est transféré code un cas autonome et indique en diagnostic principal la maladie initiale, qui est la principale raison du traitement hospitalier (conformément à la page 23/24 du manuel de codage 3.0). Le fait que le patient ait déjà subi un traitement primaire peut se traduire avec le code Z48.- ou le Z51.- en diagnostic secondaire.
Patient transféré après traitement primaire pour une blessure (code S ou T). L'établissement qui prend en charge les suites de soins code en DP la blessure, sans causes externes (ignorer le message d'avertissement de MedPlaus). Explication: la blessure est soignée mais pas encore guérie.
(Voir Circulaire OFS, n°8, juin 2010, point 4, p.2)

5.11.3.5 Inclusion, exclusion et « coder aussi »

Pour mémoire, il faut tenir compte des remarques sous les catégories ou les codes CIM-10 : les exclusions et les inclusions qui se trouvent au même niveau que le code ainsi que celles figurant au niveau de la catégorie ou du groupe doivent être impérativement observées, tout comme les règles spéciales de codage.
CHOP : tenir compte impérativement des mentions « coder aussi », « omettre le code » ainsi que des exclusions et des inclusions. Voir également les notes au début du chapitre. Principe : choisir les codes les plus spécifiques.
(Voir manuel de codage version 3.0, G03.1.2, page 17-19 et G03.2.C, page 21)

5.11.3.6 Diabète avec manifestation en DP

On code le DP E10–E14, avec le 4e caractère « .6 ». En CD on indiquera de plus un code pour la manifestation.
Cette règle de codage représente une exception aux règles de la CIM-10 concernant le codage du diabète sucré. Selon cette règle, le 4e caractère « .6 » du code du diabète vise un DRG concernant le diabète car avec le 4ème caractère « .2 » (complication rénale), on obtiendrait un DRG concernant les reins.
(Voir manuel de codage version 3.0, S04.d.1Aa, page 56)

5.11.3.7 Intoxication aigüe non accidentelle chez un toxicomane

Dans le cas d'une intoxication aiguë, un code de la catégorie F10-F19 avec le 4e caractère « .0 » est attribué, si nécessaire avec un autre code à 4 caractères des catégories F10-F19. Si l'intoxication aiguë est à l'origine de l'hospitalisation, elle doit être codée comme diagnostic principal.
(Voir manuel de codage version 3.0, S05.d.1, p.62)

5.11.3.8 Ordre de présentation des codes en cas de lésions multiples

La lésion la plus grave, celle qui a demandé le plus de ressources, constitue le diagnostic principal.

À mentionner avant tout :

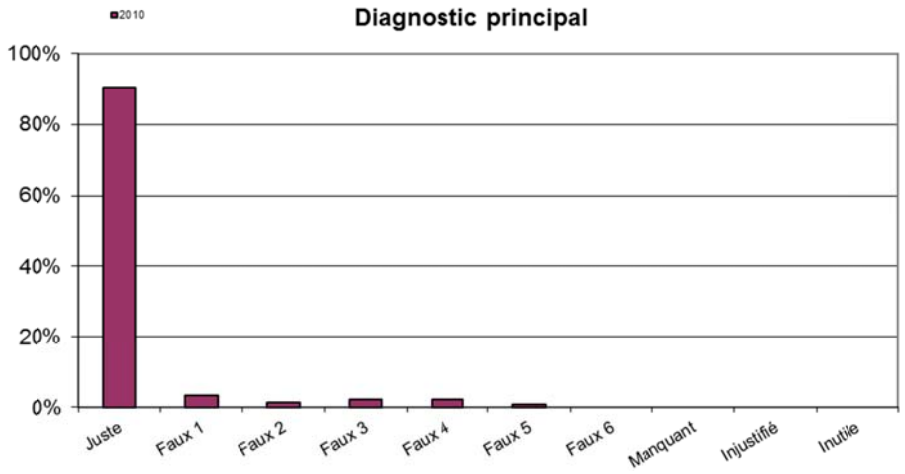
- lésions internes
- lésions intracrâniennes / hémorragies
- fractures ouvertes

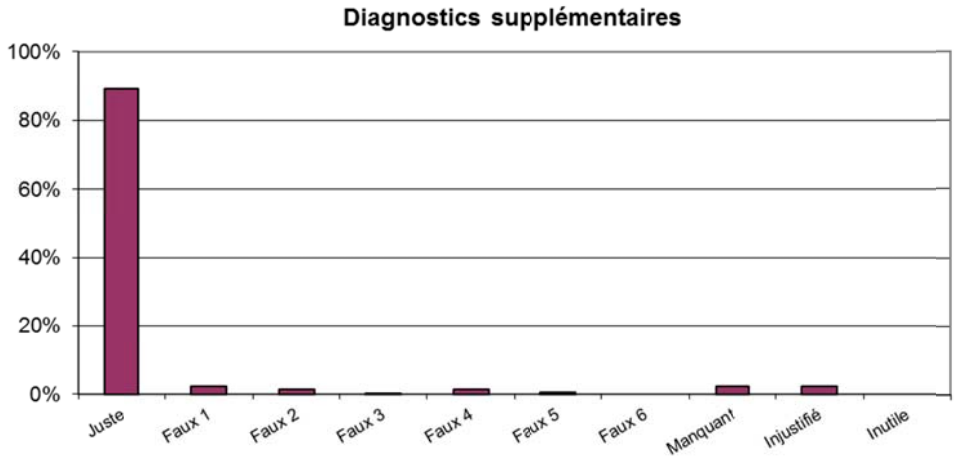
Les autres lésions sont saisies en tant que diagnostics supplémentaires.
(Voir manuel de codage, version 3.0, S19.1.d.6A, pages 91-92)

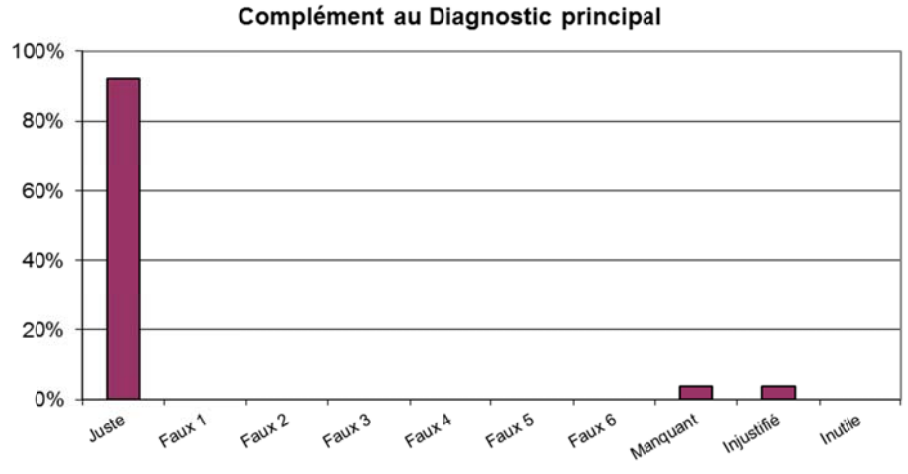
5.11.3.9 Effets indésirables de substances thérapeutiques

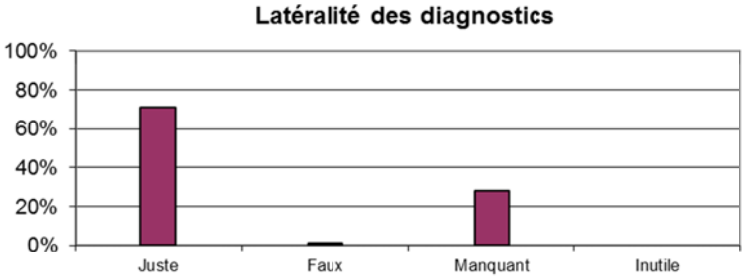
Les effets indésirables de substances thérapeutiques correctement prescrites et administrées doivent être classés selon la nature de ces effets. Dans ICD-10 GM, il existe des codes spécifiques pour ces effets indésirables de médicaments (cf. annexe S19). Si aucun de ces codes ne décrit la pathologie, il faut chercher le code correspondant dans les autres chapitres.
Dans ce cas, le complément au diagnostic principal Y57.9 !« Complications dues à des médicaments ou à des drogues » permet seul de préciser qu'il s'agit d'un effet indésirable.
Il est important de souligner que les effets indésirables d'un médicament ne sont pas synonymes d'intoxication. Le diagnostic (principal) est la nature de l'affection. Complément au diagnostic principal: Y57.9!« Complications dues à des médicaments ou à des drogues »
(Voir manuel de codage 3.0. G19.4.g, d, p.95)

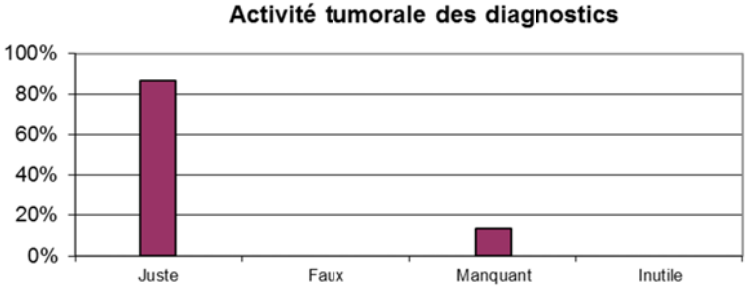
Hôpital de Sainte-Croix

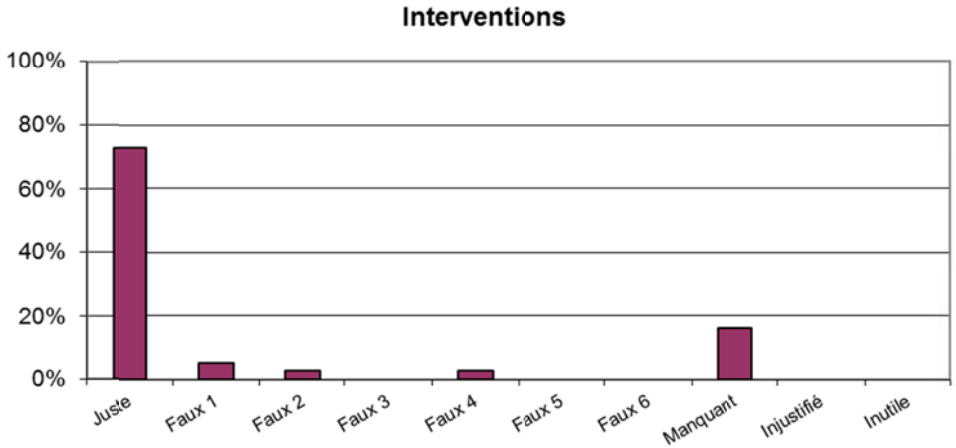


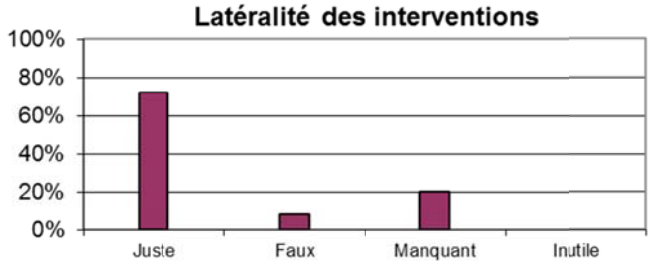


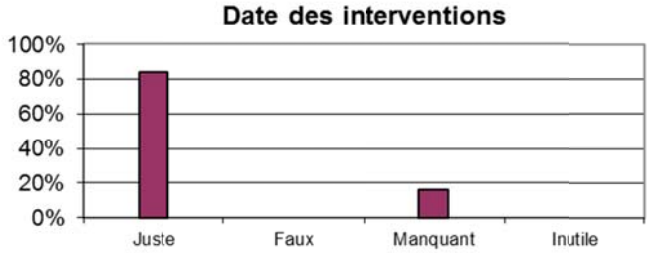







Interventions
100%
80%
60%
40%
20%
0%
Juste
Faux 1
Faux 2
Faux 3
Faux 4
Faux 5
Faux 6
Manquant
Injustifié
Inutile


Latéralité des interventions
100%
80%
60%
40%
20%
0%
Juste
Faux
Manquant
Inutile


Date des interventions
100%
80%
60%
40%
20%
0%
Juste
Faux
Manquant
Inutile

5.12 Hôpital du Pays-d'Enhaut

La révision des dossiers 2010 de l'hôpital du Pays-d'Enhaut a eu lieu, du 17 au 19 octobre 2011, sur le site de l'hôpital. Des 145 dossiers prévus pour la révision, l44 dossiers ont pu être contrôlés. Un dossier n'a pas pu être vérifié, en effet, il manquait le protocole opératoire.

5.12.1 Source des données

Le codage médical se basait sur des dossiers en papier. Les dossiers étaient complets, toutes les pièces nécessaires à la codification étaient disponibles. Les lettres de sortie, les protocoles opératoires ou autres rapports d'endoscopie ou d'examen spéciaux étaient classés dans les dossiers par ordre chronologique.
La révision s'est basée sur des dossiers en papier. Les différences de codage ont été discutées et analysées, le 20 octobre 2011, avec l'équipe du codage médical.

5.12.2 Processus du codage interne

Les codes saisis, ont été soumis, et si nécessaire discutés, avec un médecin avant la validation. Ils étaient ensuite groupés et validés par le service de codage.
Les directives de codage sont connues et respectées. Le travail de la codificatrice est uniforme et de bonne qualité.

5.12.3 Codage médical

Les règles générales de codage sont basées sur les directives de l'OFS dans le Manuel de codage version 3.0 et/ou dans les circulaires de l'OFS se rapportant à la période du codage. Les directives suivantes n'ont pas été appliquées, de manière conséquente pour les cas de révision particuliers :

5.12.3.1 Diagnostics supplémentaires

En ce qui concerne le codage des diagnostics supplémentaire, il est parfois difficile de distinguer dans les lettres de sortie quels sont les diagnostics supplémentaires à retenir.
D'après les règles de codage de l'OFS ne sont à coder que les diagnostics supplémentaires présentant un effort de soins > 0 Les efforts thérapeutiques, diagnostics et/ou infirmiers doivent être clairement indiqués dans la documentation concernant le cas.
(Manuel de codage version 3.0, G04.4, page 25 et circulaire de l'OFS pour codeurs n°7, page 2)

5.12.3.2 Activité tumorale

Depuis janvier 2010, il est obligatoire d'indiquer dans le data set pour l'OFS l'activité tumorale pour toutes les tumeurs du chapitre II de la CIM-10 GM (codes C00-D48).
(Voir manuel de codage version 3.0, G05.1, page 27 et circulaire de l'OFS pour codeurs n°7, page 2)

5.12.3.3 Latéralité

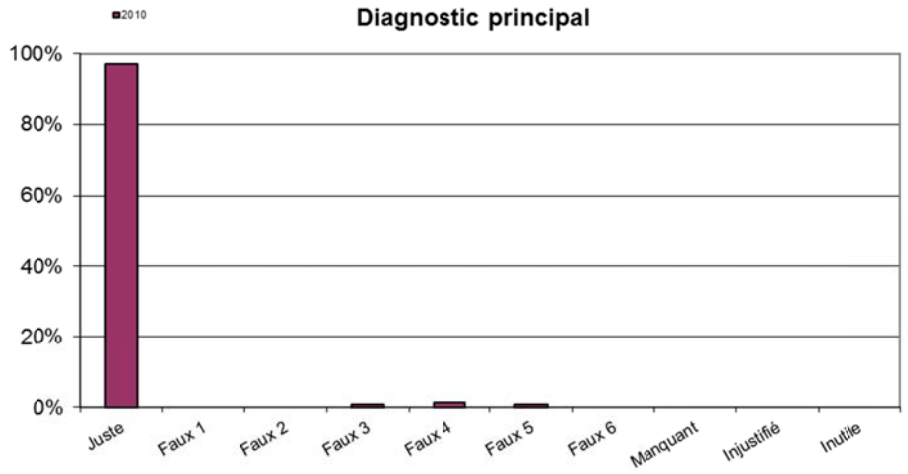
Depuis janvier 2010, il est obligatoire d'indiquer dans le data set pour l'OFS, la latéralité pour les oreilles, les yeux, les bronches/poumons, les reins, les glandes surrénales, les ovaires, les testicules, les hernies inguinales et crurales, les extrémités et les os qui existent de manière paire (p.ex. clavicules, côtes, omoplates, etc.).
(Voir manuel de codage, version 3.0, G05.1, page 27 et circulaire de l'OFS pour codeurs, n°7, page 2)

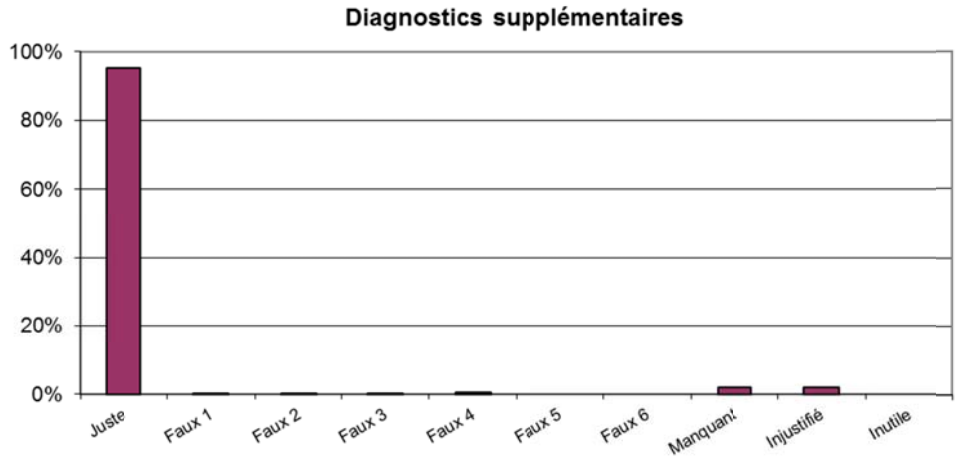
5.12.3.4 Procédures répétées plusieurs fois

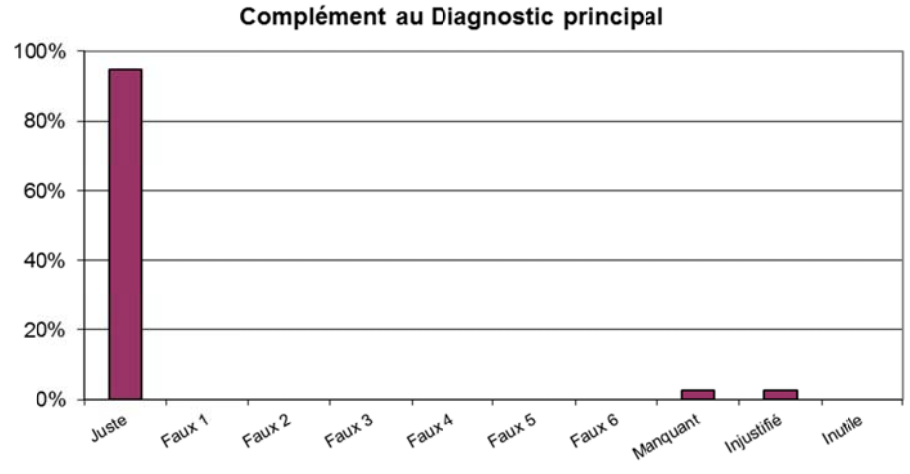
Le codage des procédures doit refléter autant que possible les moyens mis en œuvre. C'est pourquoi il faut en général coder les procédures autant de fois qu'elles sont répétées au cours du traitement.
Exceptions:

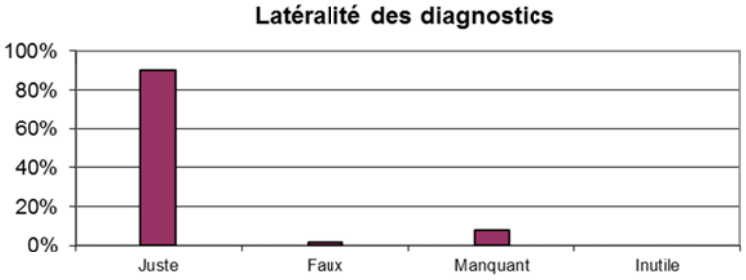
Doivent être codées une seule fois au cours d'une séance opératoire : les excisions de lésions cutanées, les biopsies multiples **ou autres procédures d'investissement semblable d'une même localisation** et ceci avec le code spécifique de cette localisation.
(Voir manuel de codage, version 3.0, G05.2.D, page 42)

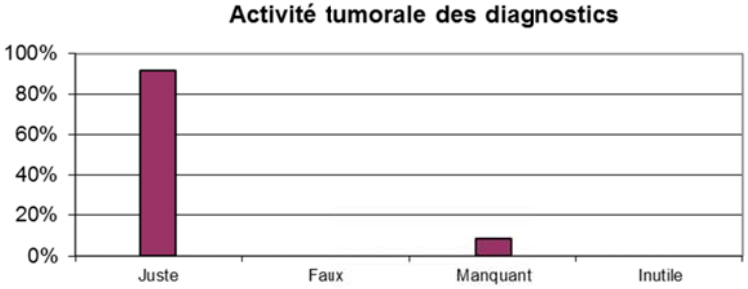
Hôpital du Pays-d'Enhaut

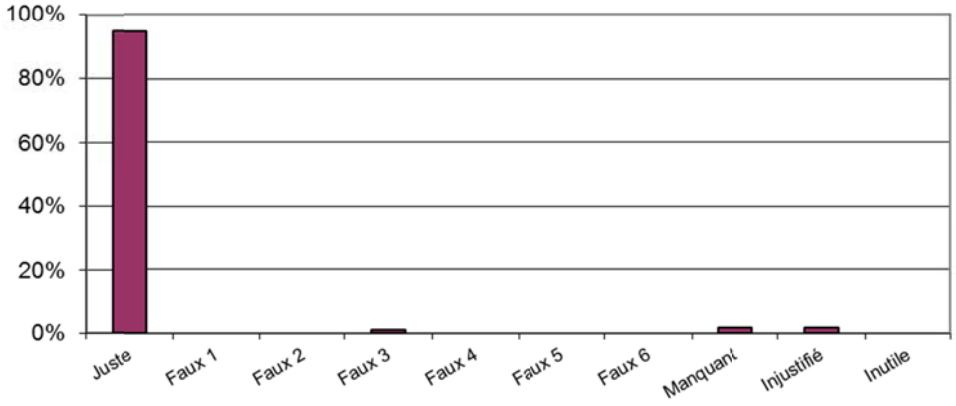


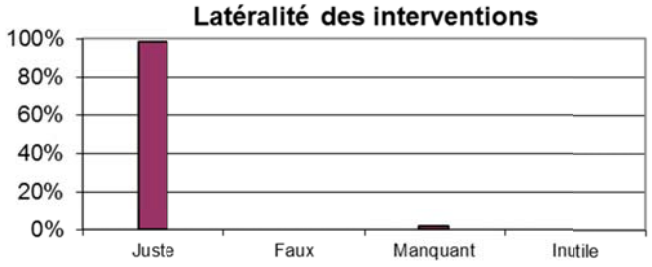


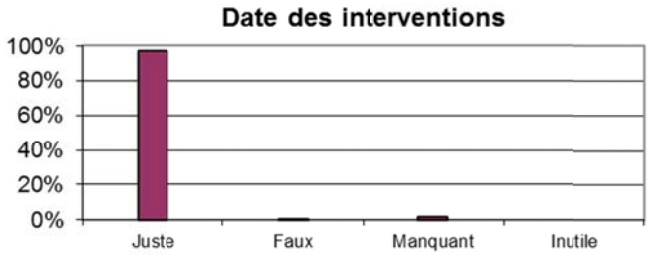







Interventions
100%
80%
60%
40%
20%
0%
Juste
Faux 1
Faux 2
Faux 3
Faux 4
Faux 5
Faux 6
Manquant
Injustifié
Inutile


Latéralité des interventions
100%
80%
60%
40%
20%
0%
Juste
Faux
Manquant
Inutile


Date des interventions
100%
80%
60%
40%
20%
0%
Juste
Faux
Manquant
Inutile

5.13 Clinique de Longeraie

La révision s'est déroulée à la clinique de Longeraie les 6 et 7 juin 2011. Sur les 145 dossiers prévus pour la révision, nous en avons révisé 139. Quatre dossiers n'étaient pas disponibles et deux étaient évalués non révisables par manque de documents.

5.13.1 Source des données

Les codificatrices n'avaient pas d'accès aux dossiers patient complets, qui devrait se composer de la feuille des données patient, du dossier de suivi des soins, de la courbe de suivi, du protocole opératoire et de la lettre de sortie. Le codage s'effectuait uniquement avec la copie du protocole opératoire.
La révision s'est basée sur des dossiers médicaux complets sous forme papier. Cette dissimilitude de document à disposition favorise grandement les divergences de codage lors de la révision. Les différences de codage constatées ont été discutées le 9 juin 2011 en présence des deux codificatrices.

5.13.2 Processus du codage interne

Les cas sont saisis dans le système informatique clinique, groupés et contrôlés par le service du codage.
Les directives de codage sont connues et respectées. Les codificatrices recherchent la précision, l'exhaustivité et la reproductivité du codage médical.
Dans le tirage de la révision, nous avons décompté une vingtaine de dossiers avec un séjour hospitalier supérieur à cinq jours sans lettre de sortie. Dans ces cas, le protocole opératoire ne reflète pas la réalité d'un tel séjour pour la codification médicale, des informations (relatives à la facturation) importantes sur le suivi, les diagnostics supplémentaires, les traitements supplémentaires ou les complications pourraient ainsi être perdues.

5.13.3 Codage médical

Les règles générales de codage sont basées sur les directives de l'OFS dans le Manuel de codage version 3.0 et/ou dans les circulaires de l'OFS se rapportant à la période du codage. Les directives suivantes n'ont pas été appliquées de manière conséquente pour les cas de révision particuliers:

5.13.3.1 Établissement du diagnostic principal

Il appartient au médecin traitant d'établir un document qui fait la synthèse du séjour hospitalier.
L'établissement de la liste des diagnostics et/ou des procédures dans le dossier de sortie relève de la responsabilité du médecin traitant. Le codage est effectué sur la base de ces informations. On ne répètera jamais assez combien il est important que le dossier du patient soit cohérent et complet. À défaut, il est difficile, voire impossible d'appliquer les règles de codage.
(Voir manuel de codage, version 3.0, G04.2, page 23,
Lors de la révision, nous avons constaté que sur certains protocoles opératoires il était fait mention d'un acte chirurgical, ou d'un "status post". Dans ces cas de figure, la

codificatrice se trouve dans l'obligation d'interpréter le document et de poser un diagnostic en rapport avec l'intervention. Ce rôle appartient au médecin traitant.

5.13.3.2 Diagnostics supplémentaires

D'après les règles de codage de l'OFS ne sont à coder que les diagnostics supplémentaires présentant un effort de soins > 0 Les efforts thérapeutiques, diagnostics et/ou infirmiers doivent être clairement indiqués dans la documentation concernant le cas.
(Manuel de codage version 3.0, G04.4, page 25 et circulaire de l'OFS pour codeurs n°7, page 2)

5.13.3.3 Rhizarthrose

L'arthrose carpo-métacarpienne, correspond à une rhizarthrose et se code à M18.1- "autres arthroses de la première articulation carpo-métacarpienne selon l'index alphabétique.

5.13.3.4 Complication

Lors du codage des complications, la règle codage ci-dessous est à appliquer :

- Les complications doivent être codées en se référant le plus possible à un organe et de manière aussi spécifique que possible.
- Les codes « non classés ailleurs » doivent être utilisés uniquement s'il n'existe pas de code plus spécifique pour la maladie ou si celui-ci est exclu par une exclusion. Les codes des chapitres consacrés aux organes seront privilégiés aux codes T80-T88, si ces derniers ne décrivent pas la complication de manière plus spécifique.
- Pour trouver le code correct, on peut chercher dans l'index alphabétique sous « Complications (de) (dues à) (après) (au cours de) », puis vérifier son exactitude dans l'index systématique. S'il n'existe aucun code plus approprié ou plus spécifique désignant la complication en tant que telle – c'est le cas pour les embolies pulmonaires, la pathologie est codée avec le code qui lui est habituellement attribué.

(Voir manuel de codage, version 3.0, G05.1J.d.1, page 34)

5.13.3.5 Conflit sous-acromial

Il s'agit d'un impigment ou d'un syndrome d'empiètement de l'épaule qui se code à M75.4" syndrome d'empiètement de l'épaule" dans la version allemande qui fait foi.
(Voir ICD-10 GM 2008, index alphabétique, page 520)

5.13.3.6 Procédure répétée plusieurs fois

Lors d'une méniscectomie, ablation faite sur le ménisque interne et externe, le code 80.6 ne se met qu'une seule fois. Un acte chirurgical, répété plusieurs fois, mais à la même localisation se code qu'une seule fois.
(Voir manuel de codage, version 3.0, G05.2.D, page 42)

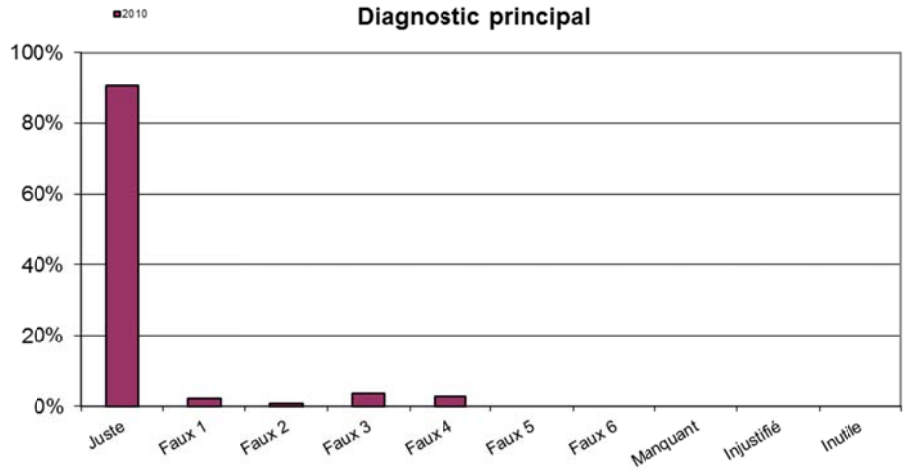
5.13.3.7 Attention aux inclusions, exclusion, coder aussi

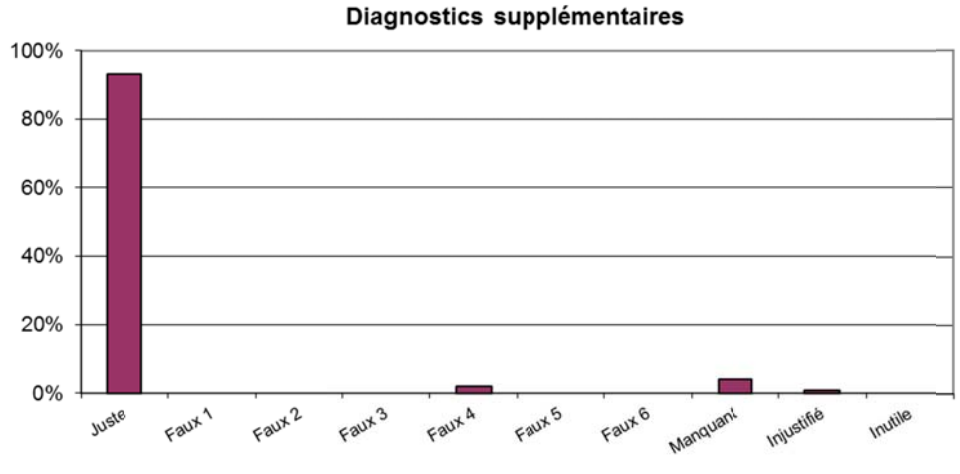
Pour mémoire, il faut tenir compte des remarques sous les catégories ou les codes :
CHOP: tenir compte impérativement des mentions « coder aussi », « omettre le code » ainsi que des exclusions et des inclusions. Voir également les notes au début du chapitre.
(Voir manuel de codage, version 3.0, G03.2C, p.21)

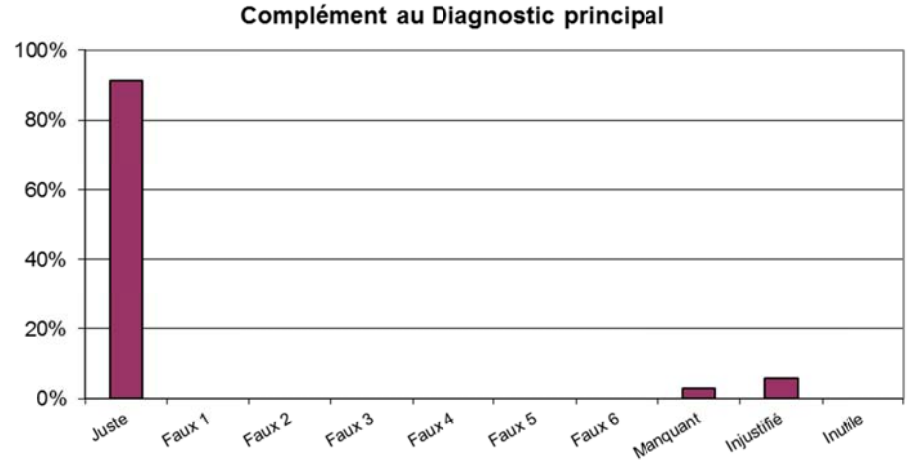
5.13.3.8 Greffe osseuse

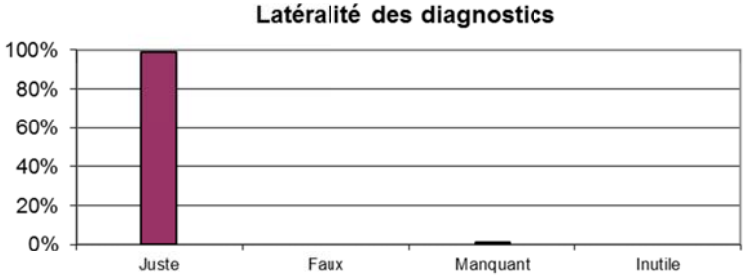
Lors d'une greffe osseuse, le débridement du site de la greffe est compris dans le code 78.0-" Greffe osseuse"
D'autre part, il y a également une exclusion avec l'arthrodèse. Les codes de la catégorie 81.-"Réparations et opérations plastiques des articulations" comprennent les greffes osseuses.

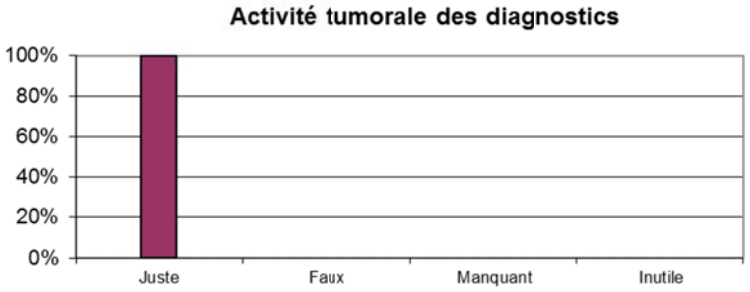
Clinique de Longeraie

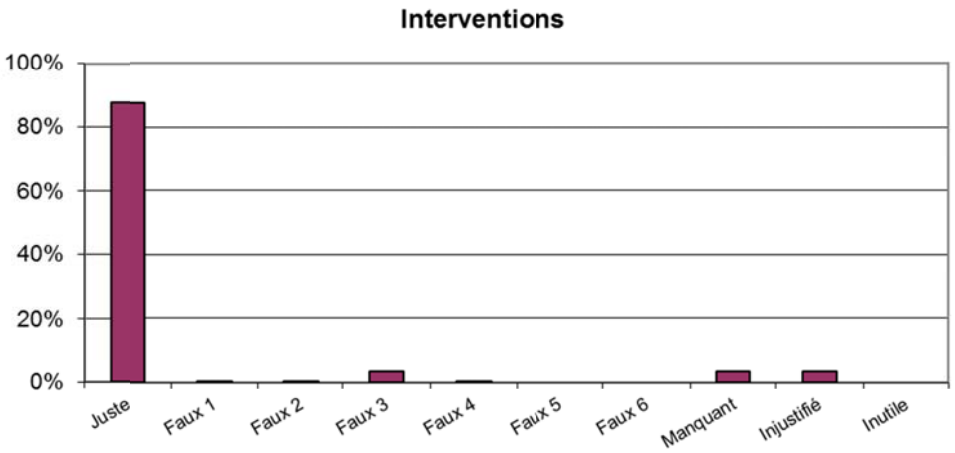


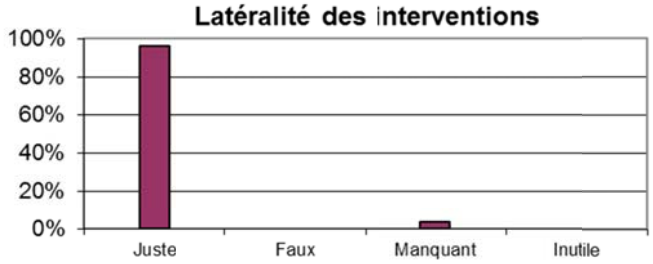


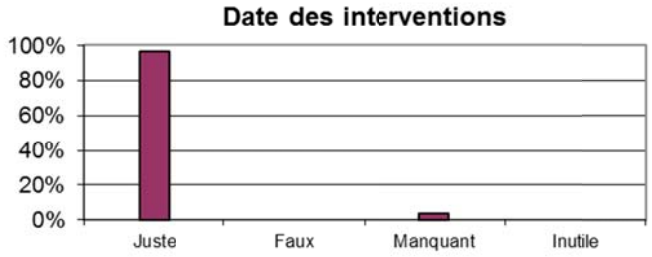







Interventions
100%
80%
60%
40%
20%
0%
Juste
Faux 1
Faux 2
Faux 3
Faux 4
Faux 5
Faux 6
Manquant
Injustifié
Inutile


Latéralité des interventions
100%
80%
60%
40%
20%
0%
Juste
Faux
Manquant
Inutile


Date des interventions
100%
80%
60%
40%
20%
0%
Juste
Faux
Manquant
Inutile

6 Analyse des casemix

6.1 Introduction

Toute hospitalisation peut être classée dans un APDRG (All Patient Diagnosis Related Group) ou un SPG (Swiss Payment Group). Le classement dans un APDRG est réalisé au moyen du groupeur APDRG commercialisé par la maison 3M. Suivant leurs caractéristiques, certaines hospitalisations initialement classées dans un APDRG sont ensuite transférées dans un SPG en fonction des règles établies et publiées par l'association APDRG Suisse (www.apdrgsuisse.ch). Un logiciel MedGroup mis à disposition des membres d'APDRG Suisse permet de traiter le fichier de sortie du groupeur APDRG afin de classer dans un SPG les hospitalisations qui y correspondent. Une classification dans un APDRG et SPG est essentielle pour la facturation de l'hospitalisation.

A chaque APDRG et SPG est associé un ***cost-weight***, c'est à dire une valeur relative (ou "poids relatif") reflétant le coût des hospitalisations qui y sont classées.
Selon sa durée, une hospitalisation peut être ***inlier***, ***lowoutlier***, ***highoutlier*** ou ***veryhighoutlier***. Les bornes qui permettent de faire la distinction entre ces quatre types varient d'un APDRG ou SPG à l'autre. Ces bornes sont dénommées LTP (lowtrim point), HTP1 (hightrim point 1) et HTP2 (hightrim point 2).
A chaque hospitalisation est associé un nombre de ***points de remboursement*** qui permet de déterminer le montant qui sera facturé. Ce montant résulte de la multiplication des points de remboursement par une valeur de référence cost-weight 1.0, communément appelée "***base rate***".
Le nombre de points de remboursement associé à une hospitalisation dépend d'une part du cost-weight de l'APDRG ou du SPG dans lequel elle est classée et, d'autre part, du type de cette hospitalisation. Le nombre de points de remboursement d'une hospitalisation inlier est égal au cost-weight de l'APDRG dans lequel elle est classée; si l'hospitalisation n'est pas inlier, le nombre de points de remboursement qui lui est associé se calcule au moyen des ***formules de remboursement*** établies par APDRG Suisse.

Le ***casemix*** d'un ensemble d'hospitalisations est égal à la somme des points de remboursement correspondant à ces hospitalisations.
L'**indice de casemix** (ICM) d'un ensemble d'hospitalisations est égal au casemix de ces hospitalisations divisé par leur nombre.

6.2 Evaluation

Pour la révision du codage dont les résultats sont présentés ici les points suivants ont été pris en compte:

- les hospitalisations ont été classées en APDRG en tenant compte du code de diagnostic principal, du code de diagnostic complémentaire, au maximum 49 codes des diagnostics supplémentaires, du code d'intervention principal et au maximum 99 codes des interventions supplémentaires;
- d'autres données OFS relatives au groupage, comme p. ex. le lieu de séjour avant admission, le type d'admission, la décision de sortie, le séjour et le traitement après sortie ainsi que le poids à la naissance ont également été considérés;
- les hospitalisations ont d'abord été classées en APDRG ou, lorsqu'un critère approprié le permet, à un SPG (Cost-Weights et Swiss Payment Groups, version 6.0);
- les cas présentant les critères de forçage adéquats ont été groupés par la réviseuse dans un autre groupe de cas en suivant les directives du Manuel de Codage, version 3.0;
- le classement forcé dans un autre groupe de cas par l'hôpital a pu être vérifié et pris en compte par la réviseuse;
- pour les outliers (high- ou lowoutlier) le cost-weight corrigé a été pris en compte.

6.3 Résultats

La révision du codage a pour conséquence une modification d'une partie des codes diagnostiques et d'interventions associés aux hospitalisations incluses dans l'échantillon. Il en résulte parfois un changement de l'APDRG attribué à certaines hospitalisations, changement qui conduit lui-même à une différence entre le casemix des hospitalisations de l'échantillon calculé avant révision et le casemix des mêmes hospitalisations calculé après révision. Ici il s'agit des APDRG statistiques et non pas des APDRG de facturation, qui ne nous sont pas transmis.
A partir de cette différence observée sur les hospitalisations incluses dans l'échantillon, il est possible de déterminer s'il existe un écart statistiquement significatif entre l'estimation du casemix d'un hôpital avant révision et l'estimation du casemix du même hôpital après révision. Cet écart est naturellement d'une grande importance lorsque le remboursement des hospitalisations est basé sur des APDRG (ou sur tout autre instrument de financement similaire).
Il s'agit alors de vérifier que les hôpitaux ne perdent ni ne gagnent des revenus en raison des erreurs de codage détectées au cours de la révision.

Les méthodes statistiques utilisées pour le calcul de la valeur du casemix, ses écarts standards et son indice de confiance de 95% sont décrits dans les annexes.

Les résultats reportés ci-dessous comprennent:

- les estimations de l'indice de casemix avant ($\bar{x}_h$) et après ($\bar{y}_h$) révision pour chaque hôpital h inclus dans la démarche de révision
- les différences moyennes $\bar{z}_h = \bar{y}_h - \bar{x}_h$
- les changements moyens (en %) $\hat{R}_h = \bar{z}_h / \bar{x}_h$
- les différences des estimations des casemix $\hat{Z}_h = \hat{Y}_h - \hat{X}_h$
- les intervalles de confiance à 95% pour les différences calculées sur l'ensemble des dossiers pour chaque hôpital
- une représentation graphique de la distribution des différences individuelles observées dans l'échantillon de chaque hôpital, des différences moyennes et du pourcentage d'APDRG changés pour chaque hôpital.

Un intervalle de confiance à 95% qui inclut la valeur «0» indique qu'il n'y a aucune différence statistiquement significative entre les valeurs déterminées avant et après révision.

6.3.1 Estimation de l'indice de casemix et ses intervalles de confiance

Etablissements	$\bar{x}_h$	$\bar{y}_h$	$\bar{z}_h^-$	$\bar{z}_h$	$\bar{z}_h^+$	$\hat{R}_h^-$	$\hat{R}_h$	$\hat{R}_h^+$	$s(z_h)$
CHUV-A	1.414	1.401	-0.051	-0.013	0.025	-3.45	-0.93	1.59	0.233
Ophtalmique	0.621	0.621	0	0	0	0	0	0	0
Morges	0.861	0.867	-0.005	0.006	0.017	-0.54	0.70	1.94	0.065
Riviera-A	0.904	0.904	-0.003	0	0.003	-0.30	0.01	0.31	0.017
eHnv-A	0.813	0.816	-0.006	0.002	0.011	-0.70	0.30	1.30	0.050
GHOL	0.813	0.811	-0.013	-0.002	0.010	-1.63	-0.20	1.23	0.072
HIB-VD-A	0.904	0.975	0	0.071	0.142	0.91	7.86	14.81	0.442
HDC	0.768	0.744	-0.093	-0.024	0.044	-11.78	-3.15	5.48	0.423
Ste-Croix	0.653	0.657	-0.011	0.005	0.020	-1.70	0.71	3.11	0.108
Pays-d'Enhaut	0.927	0.933	-0.014	0.006	0.026	-1.53	0.62	2.77	0.151
Longeraie	0.574	0.576	-0.007	0.002	0.012	-1.25	0.42	2.08	0.063
Vaud	**1.048**	**1.044**	**-0.021**	**-0.004**	**0.013**	**-1.98**	**-0.41**	**1.17**	**-**
Berne	1.031	1.032	-0.005	0.001	0.007	-0.49	0.11	0.71	-
Valais	0.876	0.868	-0.031	-0.009	0.014	-3.49	-0.98	1.54	-
Neuchâtel	0.878	0.875	-0.012	-0.003	0.006	-1.33	-0.31	0.71	-
Genève	1.122	1.152	-0.017	0.030	0.077	-1.51	2.68	6.86	-
Jura	0.9199	0.9200	-0.010	0.0001	0.011	-1.13	0.01	1.15	-

La colonne $\bar{x}_h$ est l'estimation de l'indice de casemix de l'hôpital **avant la révision.**

La colonne $\bar{y}_h$ est l'estimation de l'indice de casemix de l'hôpital **après la révision.**

Les colonnes $\bar{z}_h^-$ $\bar{z}_h$ $\bar{z}_h^+$ sont : $\bar{z}_h^-$ la limite inférieure de l'intervalle de confiance à 95%, $\bar{z}_h$ **la différence de l'indice de casemix après révision et l'indice de casemix avant révision** et $\bar{z}_h^+$ la limite supérieure de l'intervalle de confiance à 95%.

Les colonnes $\hat{R}_h^-$ $\hat{R}_h$ $\hat{R}_h^+$ sont : $\hat{R}_h^-$ la limite inférieure de l'intervalle de confiance à 95%, $\hat{R}_h$ l'expression du changement relatif en % entre **la différence de l'indice de casemix** $\bar{z}_h$ **et l'indice de casemix avant correction** $\bar{x}_h$: $\hat{R}_h = \bar{z}_h / \bar{x}_h$ et $\hat{R}_h^+$ la limite supérieure de l'intervalle de confiance à 95%.

La colonne $s(z_h)$ est l'écart-type de la variation du cost-weight.

6.3.2 Estimation du casemix et ses intervalles de confiance

Etablissements	$\hat{X}_h$	$\hat{Y}_h$	Z_h^-	$\hat{Z}_h$	Z_h^+	N_h	n_h
CHUV-A	45'335	44'913	-1'634.74	-422.22	790.31	32'053	145
Ophtalmique	604	604	-0.02	-0.01	0.01	972	141
Morges	7'637	7'690	-40.62	53.48	147.57	8'872	144
Riviera-A	8'494	8'494	-25.80	0.46	26.71	9'400	144
eHnv-A	9'311	9'338	-64.88	27.87	120.63	11'450	145
GHOL	5'477	5'466	-89.20	-10.90	67.40	6736	144
HIB-VD-A	2'922	3'152	1.41	229.65	457.90	3'232	144
HDC	7'856	7'608	-947.16	-247.54	452.07	10'232	145
Ste-Croix	435	439	-7.42	3.08	13.57	667	143
Pays-d'Enhaut	385	387	-5.90	2.38	10.66	415	144
Longeraie	468	470	-5.83	1.94	9.72	815	138
Vaud	**88'922**	**88'561**	**-1'789**	**-362**	**1'065**	**84'844**	**1'577**
Berne	119'531	119'660	-586	129	844	115'941	1'305
Valais	37'173	36'810	-1'307	-363	581	42'425	434
Neuchâtel	16'044	15'994	-213	-49	114	18'271	290
Genève	46'411	47'654	-695	1'242	3'180	41'370	211
Jura	6'851	6'852	-77	1	79	7'447	145

Les données ont été calculées compte tenu des cost-weights corrigés.

La colonne $\hat{X}_h$ est l'estimation du casemix de l'hôpital **avant la révision.**

La colonne $\hat{Y}_h$ est l'estimation du casemix de l'hôpital **après la révision.**

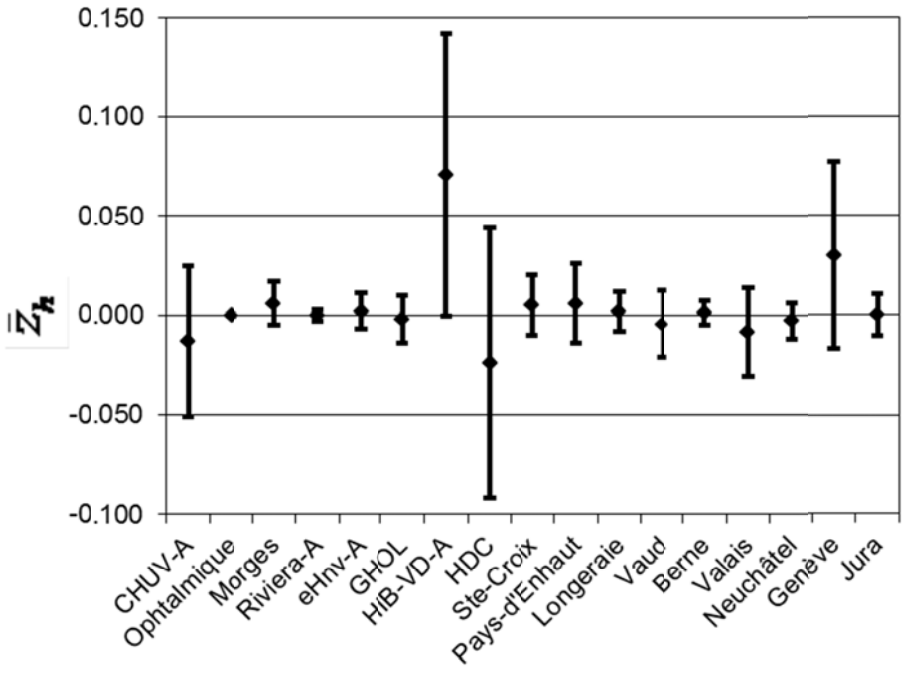
Les colonnes $Z_h^- \hat{Z}_h Z_h^+$ sont : Z_h^- la limite inférieure de l'intervalle de confiance à 95%, $\hat{Z}_h$ **la différence de casemix après révision et de casemix avant révision** et Z_h^+ la limite supérieure de l'intervalle de confiance à 95%.

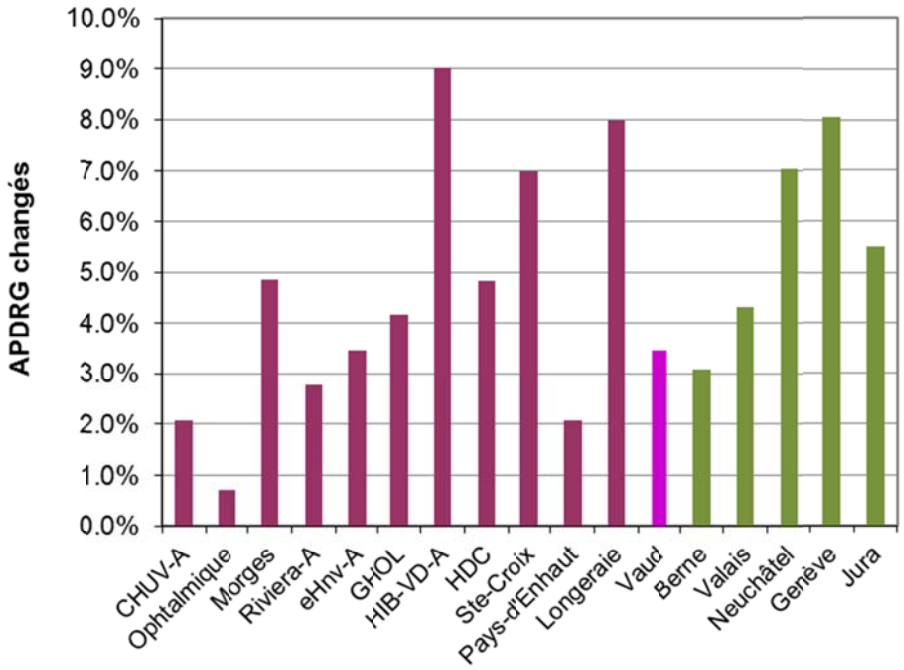
La colonne N_h, nombre de séjours de l'hôpital.

La colonne n_h, nombre de dossiers révisés de l'hôpital inclus dans l'échantillon **sans** les APDRG non facturables.

Les graphiques suivants représentent:

- les différences moyennes avec intervalles de confiance à 95% par établissement et par canton
- le pourcentage d'APDRG changés par établissement et par canton





7 Annexes

7.1 Méthodes statistiques

7.1.1 Paramètres et échantillons

Nous considérons *H* hôpitaux. Soit N_h le nombre de séjours de l'hôpital *h* (*h*=1,...,*H*) et $N=N_1+...+N_H$ le nombre total de séjours dans l'ensemble des hôpitaux. Nous utilisons les notations suivantes:

$X_{h1},\ldots,X_{hN_h}$: Points de remboursement des séjours $1,\ldots,N_h$ de l'hôpital *h* avant vérification et correction,

$Y_{h1},\ldots,Y_{hN_h}$: Points de remboursement des séjours $1,\ldots,N_h$ de l'hôpital *h* après vérification et correction.

En outre, soit $Z_{hi}=Y_{hi}-X_{hi}$ $(i=1,\ldots,N_h; h=1,\ldots,H)$.

Pour chaque hôpital, nous nous intéressons aux quantités moyennes suivantes:

$$\overline{X}_h=\text{moyenne}_i(X_{hi}),\ \overline{Y}_h=\text{moyenne}_i(Y_{hi}),$$
$$\overline{Z}_h=\text{moyenne}_i(Z_{hi}),\ R_h=\overline{Z}_h/\overline{X}_h.$$

ainsi qu'aux totaux

$$X_h=N_h\overline{X}_h,\ Y_h=N_h\overline{Y}_h,\ Z_h=N_h\overline{Z}_h$$

$\overline{X}_h$ est l'indice de casemix avant vérification et correction et $\overline{Y}_h$ l'indice de casemix après vérification et correction, $\overline{Z}_h$ est la moyenne de leurs différences et R_h est la différence de l'indice de casemix exprimée en proportion de sa valeur initiale. En outre, X_h est la valeur totale du casemix de l'hôpital *h*. Ces quantités se réfèrent aux "populations" de séjours de chaque hôpital (*paramètres des hôpitaux*).
Nous nous intéressons aussi aux paramètres suivants qui concernent l'ensemble des hôpitaux (*paramètres globaux*):

$$\overline{X}=\text{moyenne globale}(X_{hi}),\ \overline{Y}=\text{moyenne globale}(Y_{hi}),$$
$$\overline{Z}=\text{moyenne globale}(Z_{hi}),\ R=\overline{Z}/\overline{X}.$$

ainsi qu'aux totaux

$$X=N\overline{X},\ Y=N\overline{Y},\ Z=N\overline{Z}$$

Tous ces paramètres sont inconnus; dans le but de les estimer, on prend un échantillon de séjours de taille n_h dans chaque hôpital *h* selon des procédés d'échantillonnage aléatoire simple. Les quantités observées sont

$x_{h1},\ldots,x_{hn_h}$: Points de remboursement avant révision des séjours $1,\ldots,n_h$ échantillonnés de l'hôpital *h*,

$y_{h1},\ldots,y_{hn_h}$: Points de remboursement après révision des séjours $1,\ldots,n_h$ échantillonnés de l'hôpital *h*.

7.1.2 Estimations des paramètres de chaque hôpital

1. Avec $z_{hi}=y_{hi}-x_{hi}$ $(i=1,\ldots,n_h; h=1,\ldots,H)$ on a les estimations suivantes de $\bar{X}_h$, $\bar{Y}_h$ et $\bar{Z}_h$

$\bar{x}_h=\text{moyenne}_i(x_{hi})$, $\bar{y}_h=\text{moyenne}_i(Y_{hi})$, $\bar{z}_h=\text{moyenne}_i(z_{hi})$

d'où on obtient les estimations suivantes de X_h, Y_h et Z_h

$$\hat{X}_h = N_h\bar{x}_h,\ \hat{Y}_h = N_h\bar{y}_h,\ \hat{Z}_h = N_h\bar{z}_h.$$

2. On définit $f_h = n_h / N_h$, la fraction de cas échantillonnés dans l'hôpital *h*. Comme mesures des écarts-types des z_{hi} et des $\bar{z}_h$ nous utilisons

$$s(z_h) = \left[\frac{1}{n_h-1}\sum(z_{hi}-\bar{z}_h)^2\right]^{1/2},$$

$$s(\bar{z}_h) = \frac{s(z_h)}{\sqrt{n_h}}\sqrt{1-f_h}.$$

3. Un intervalle de confiance à 95% de couverture approximative β pour $\bar{Z}_h$

$$(\bar{z}_h - t_\beta s(\bar{z}_h), \bar{z}_h + t_\beta s(\bar{z}_h)),$$

Par exemple, pour β=90%, t_b=1.645; pour β=95%, t_b=1.960. En multipliant par N_h les extrêmes de cet intervalle, on obtient un intervalle de confiance à 95% (Z_h^-, Z_h^+) pour Z_h.

Avertissement : Les formules pour le calcul des intervalles de confiance à 95% ($\bar{z}_h^-, \bar{z}_h^+$), ($\hat{R}_h^-, \hat{R}_h^+$), etc. s'appuient sur des procédés statistiques standard qui supposent que la distribution des différences $z_{hi} = y_{hi} - x_{hi}$ ne s'écarte pas de façon très marquée d'une distribution normale. Une étude des données 1998-2001 avait montré que ce calcul était adéquat même si un nombre modéré de ces différences était nul. Dans les validations plus récentes, le nombre de différences nulles a toutefois beaucoup augmenté. En outre, certaines de ces différences s'écartent de façon importante par rapport aux autres. Pour les hôpitaux où le nombre de différences non nulles est très faible ou en présence de différences atypiques, les formules ne sont donc plus adéquates. Des formules alternatives sont à l'étude.

4. Pour *d* et α donnés (p.ex. *d*=0.05, α=0.05) on peut déterminer n_h tel que la probabilité que l'erreur d'estimation de $\bar{Z}_h$ dépasse *d* soit inférieure à α, c'est-à-dire,

$$P(|\bar{z}_h-\bar{Z}_h|\geq d)=\alpha$$

Il faut donc résoudre l'équation

$$d=k\frac{s(z_h)}{\sqrt{n_h}}\sqrt{1-f_h}$$

et on obtient

$$n_h=C_h/(1+C_h/N_h)$$

avec $C_h=\left(ks(z_h)/d\right)^2$. Les valeurs de n_h qui figurent dans les tables des résultats ont été calculées selon cette formule avec *k* = 1.96 et *d* = 0.05.

5. Une estimation de R_h est $\hat{R}_h = \bar{z}_h / \bar{x}_h$ Une mesure de l'écart-type de $\hat{R}_h$ est

$$s(\hat{R}_h) = \frac{\sqrt{1-f_h}}{\sqrt{n_h}\,\bar{x}_h}\left(\frac{\sum z_{hi}^2 - 2\hat{R}_h \sum z_{hi}x_{hi} + \hat{R}_h^2 \sum x_{hi}^2}{n_h - 1}\right)^{1/2}$$

et un intervalle de confiance à 95% de couverture approximative β pour R_h est (R_h^-, R_h^+) avec $R_h^- = \hat{R}_h - t_\beta s(\hat{R}_h)$ et $R_h^+ = \hat{R}_h + t_\beta s(\hat{R}_h)$.

7.1.3 Estimation des paramètres globaux

Pour estimer les paramètres globaux, nous utilisons l'ensemble des échantillons décrits au paragraphe 1, qui constituent un échantillon stratifié.

1. On pose $w_h = N_h / N$. Les estimations stratifiées de $\bar{X}$, $\bar{Y}$, $\bar{Z}$ et *R* sont:

$$\bar{x} = \sum w_h \bar{x}_h,\ \bar{y} = \sum w_h \bar{y}_h$$
$$\bar{z} = \sum w_h \bar{z}_h,\ \hat{R} = \bar{z}/\bar{x},$$

et celles de *X*, *Y* et *Z*sont $\hat{X} = N\bar{x}$, $\hat{Y} = N\bar{y}$ et $\hat{Z} = N\bar{z}$.

2. L'écart-type de $\bar{z}$ est ([1], p.95 "Cochran, W. G., Sampling Techniques, third edition, Wiley, 1977")

$$s(\bar{z}) = \left[\frac{1}{N^2}\sum_{h=1}^{H} N_h\,(N_h - n_h)\frac{s(z_h)^2}{n_h}\right]^{1/2}$$

On obtient l'intervalle de confiance à 95% $(\bar{z} \pm t_\beta s(\bar{z}))$ pour $\bar{Z}$ et l'intervalle de confiance à 95% $(\bar{z}N \pm t_\beta s(\bar{z})N)$ pour le total *Z*.

3. La variance de $\hat{R}$ est approximativement

$$v(\hat{R}) \approx \frac{1}{\bar{x}^2}\sum_{h=1}^{H} w_h^2\, v(\bar{z}_h - R\bar{x}_h),$$

où

$$v(\bar{z}_h - R\bar{x}_h) = \frac{1}{n_h}(1 - f_h)v(d_h),\ v(d_h) = \frac{1}{n_h - 1}\sum_{i=1}^{n_h}(d_{hi} - \bar{d}_h)^2,$$
$$d_{hi} = z_{hi} - \hat{R}x_{hi},\ \bar{d}_h = \text{moyenne}_i\,(d_{hi}).$$

On en dérive un intervalle de confiance à 95% pour *R*: $(\hat{R} \pm t_\beta s(\hat{R}))$ avec $s(\hat{R}) = v(\hat{R})^{1/2}$.

7.2 Explication des symboles utilisés

N_h	:	nombre de séjours de l'hôpital *h*
n_h	:	nombre de dossiers de l'hôpital *h* inclus dans l'échantillon sans les APDRG non facturables
$\bar{x}_h$	:	estimation de l'indice de casemix $\bar{X}_h$ de *h* avant correction
$\bar{y}_h$	:	estimation de l'indice de casemix $\bar{Y}_h$ de *h* après correction
$\bar{z}_h$	:	différence $\bar{y}_h$ - $\bar{x}_h$, estimation de $\bar{Z}_h = \bar{Y}_h - \bar{X}_h$
$\bar{z}_h^-$	:	limite inférieure de l'intervalle de confiance à 95% pour $\bar{Z}_h$
$\bar{z}_h^+$	:	limite supérieure de l'intervalle de confiance à 95% pour $\bar{Z}_h$
$\hat{R}_h = \bar{z}_h / \bar{x}_h$	:	estimation de $R_h = \bar{Z}_h / \bar{X}_h$
R_h^-	:	limite inférieure de l'intervalle de confiance à 95% pour R_h
R_h^+	:	limite supérieure de l'intervalle de confiance à 95% pour R_h
$s(z_h)$	:	écart-type de la variation du cost-weight (individuelle)
$\hat{X}_h$	:	estimation du casemix X_h de *h* avant correction
$\hat{Y}_h$	:	estimation du casemix Y_h de *h* après correction
$\hat{Z}_h$	:	différence $\hat{Y}_h - \hat{X}_h$, estimation de $Z_h = Y_h - X_h$
Z_h^-	:	limite inférieure de l'intervalle de confiance à 95% de Z_h
Z_h^+	:	limite supérieure de l'intervalle de confiance à 95% de Z_h
$N = \sum_{h=1}^{H} N_h$	:	nombre total de séjours de l'ensemble des hôpitaux
$n = \sum_{h=1}^{H} n_h$	:	taille totale de l'échantillon stratifié
$\bar{x} = \sum_h w_h \cdot \bar{x}_h$	:	estimation de l'indice de casemix global $\bar{X}$ avant correction
$\bar{y} = \sum_h w_h \bar{y}_h$	:	estimation de l'indice de casemix global $\bar{Y}$ après correction
$\bar{z}$	:	différence $\bar{y} - \bar{x}$, estimation de $\bar{Z} = \bar{Y} - \bar{X}$
$\hat{X}$	:	estimation du casemix global X avant correction
$\hat{Y}$	:	estimation du casemix global Y après correction
$\hat{Z}$	:	estimation de la différence totale $Z = Y - X$
Z^-	:	limite inférieure de l'intervalle de confiance à 95% de Z
Z^+	:	limite supérieure de l'intervalle de confiance à 95% de Z
$\hat{R} = \bar{z} / \bar{x}$	:	estimation de $R = \bar{Z} / \bar{X}$
R^-	:	limite inférieure de l'intervalle de confiance à 95% pour R
R^+	:	limite supérieure de l'intervalle de confiance à 95% pour R

7.3 Abréviations

APDRG	All Patient Diagnosis Related Groups
CDP	Complément au diagnostic principal
CHOP	Classification suisse des interventions chirurgicales
CIM-10	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10ème révision
CMI	Casemix-index
CW	Cost-Weight
DAP	Dossier anatomo-pathologique
Diag	Diagnostic
DP	Diagnostic Principal
DS	Diagnostic Supplémentaire
OFS	Office Fédéral de la Statistique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SCRIS	Service Cantonal de Recherche et d'Information Statistiques (Vaud)
SPG	Swiss Payment Groups

Pour le Rapport Final:

Lausanne, le 09.03.2012

Patrick Weber (Directeur)

Thérèse Gilliéron (Réviseuse)

Irène Idalan (Réviseuse)