

Tutorial 2F - Codage : Importance, rôle et monitoring

Utilisation des APDRG dans divers cantons suisses.

« Diversité des mises en œuvre et diversité des expériences »

Yverdon-les-Bains, 16 novembre 2005

Albert Gaspoz

Observatoire valaisan de la santé

Plan de la présentation

1. Codage: bases légales, buts et objectifs
2. Définitions et directives de codage
3. Outils de codage et de plausibilisation
4. Codage et APDRG
5. Monitoring : qualité des données
6. Monitoring : qualité du codage
7. Suivi du codage pour facturation : exemple en Valais

1.1. Statistique médicale

- 👉 La statistique médicale est l'une des 3 statistiques fédérales relatives aux hôpitaux (KS - MS - FK). Le codage se fait dans le cadre de cette statistique
- 👉 Elle est obligatoire depuis 1998 (avant, statistique Veska), exhaustive, annuelle, entièrement informatisée, effectuée par l'intermédiaire des cantons
- 👉 Relevé anonyme, procédure de cryptage des données individuelles (code de liaison)

1.2. Bases légales / 1

- ☞ Loi du 9 octobre 1992 sur la statistique fédérale
 - Mise sur pied de statistiques sanitaires nationales
 - Coopération entre Confédération, cantons et communes

- ☞ Ordonnance du 30 juin 1993 concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux
 - Description des variables de l'enquête (y.c. CIM-10 et CHOP)
 - Obligation, rythme annuel et exhaustivité

1.2. Bases légales / 2

- ☞ Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LaMal) du 18.03.1994
 - Statistique uniforme des prestations
- ☞ Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP)
 - Définition du cas

1.3. Buts et objectifs / 1

Surveillance épidémiologique

- Incidence et prévalence des maladies, état de santé de la population et mesures préventives ou thérapeutiques

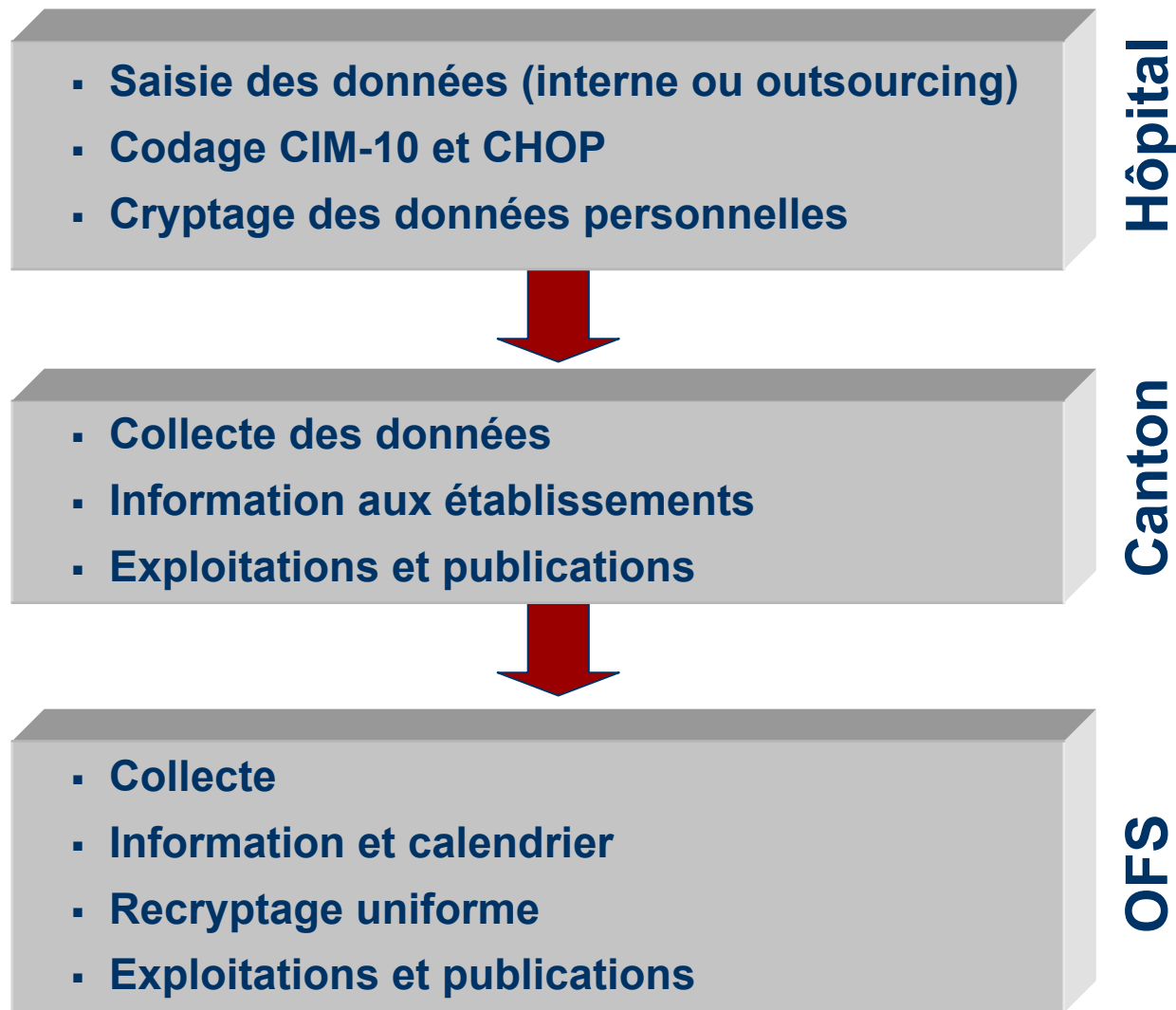
Saisie de prestations médicales homogènes et contrôle de la qualité

- Description du case-mix (quid de la patientèle ?)
- Base pour les PCS - Classification en pathologies (p. ex. APDRG)
- Coût par cas (comptabilité analytique)
- Benchmarking (médecins, services, hôpitaux)

1.3. Buts et objectifs / 2

- 👉 Bases pour la planification intra- et inter-cantonale
 - Analyse de la couverture sanitaire et de l'offre
 - Base de négociation pour la planification hospitalière inter-régionale et inter-cantonale
- 👉 Mise à disposition de données pour la recherche et publications
 - Recherche clinique (p.ex. réhospitalisations potentiellement évitables)
 - Etudes en santé publique (IUMSP), etc.

1.4. Organisation du relevé



1.5. Questionnaire médical

Données minimales et suppléments

- 50 variables obligatoires + 18 variables MN, obligatoires dès le 01. 01. 2002 + 33 variables MP

Les variables: pour chaque cas, données:

- Sur l 'établissement (Bur, Noga...) et le patient (code de liaison, type de cas, âge, sexe, domicile, etc.)
- Sur l 'admission, le séjour et la sortie (mode, date, classe, prise en charge, etc.)
- Economiques (prise en charge des coûts, CP)
- Sur les diagnostics et les traitements (codés selon la CIM-10 et la CHOP)

2. Définitions et règles de codage

- 👉 Données par l'OFS, en se basant sur celles de l'OMS
- 👉 Définitions et directives de codage uniformes pour tous les hôpitaux suisses, établies par le Groupe d'experts de codage et son secrétariat, chargé de maintenir les classifications et de répondre aux demandes. Instance de décision en cas de litige.
- 👉 Hotline 032 / 713 63 60 ou codeinfo@bfs.admin.ch
- 👉 Publications périodiques gratuites - CodeInfo (2/05 à paraître) et ouvrage de référence: le manuel officiel des règles de codage en Suisse, version 1.0 (version 2.0 à venir)
- 👉 Coordination avec APDRG Suisse / SwissDRG
- 👉 Formations de base proposées par H+. Formations plus avancées proposées par le CHUV, les HUG, certains cantons (VS). Ailleurs (EOC, Suisse alémanique, etc.) ?

2.1. Définitions - cas

- ➔ Soumis au codage: tous les cas d'hospitalisation et de semi-hospitalisation (selon OCP). Cas ambulatoires exclus (mais possible)
- ➔ Un cas est défini comme le séjour d'un patient dans un hôpital, quelle que soit la cause de l'hospitalisation
- ➔ Définition du 'cas' interprétée différemment selon les cantons et les établissements.
Situation de transition vers l'OCP (2006?)

2.2. Définitions - diagnostic principal

La définition du diagnostic principal (DP) correspond à la définition de l'OMS (volume 2 page 98)

- ☞ C'est l'affection qui, au terme du traitement, est considérée comme ayant essentiellement justifié le traitement ou les examens prescrits
- ☞ En présence de plusieurs affections de ce type (donc pouvant chacune figurer comme DP), on choisira celle qui a entraîné l'engagement le plus élevé de ressources médicales
 - Choix du DP à la sortie
- ☞ Une complication au cours de la même hospitalisation, même plus grave que la pathologie responsable (lien) de l'hospitalisation, n'est jamais un DP

2.2. Définitions - complément au DP

Définition propre à la Suisse (l'OMS ne distingue pas le complément au DP du DS)

☞ code-étoile * (manifestation) correspondant à un code-dague † (étiologie) mis en DP

- DP: E11.3† "diabète sucré non insulino-dépendant avec complications oculaires"
- Complément au DP: H36.0* "rétinopathie diabétique"

☞ Cause externe (V, W, X et Y) généralement d'un traumatisme ou d'une intoxication (S et T) + M*

- DP: S52.4 "fractures des deux diaphyses, cubitale et radiale"
- Complément au DP: V80.0 "chute ou éjection d'une personne montant un animal dans un accident sans collision"

☞ Affection due à la prise de médicament (dès 07.2004)

- DP: N14.1 "Néphropathie due à d'autres médicaments..."
- Complément au DP: Y40.5 "Aminosides"

2.3. Définitions - diagnostics supplémentaires

- ☞ Maladies concomitantes dont souffre le patient
 - Comorbidités présentes au moment de l'hospitalisation
 - Complications en cours d'hospitalisation
- ☞ Les états pathologiques antérieurs n'ayant aucune répercussion sur l'hospitalisation ne seront pas codés

2.4. Définitions - traitements

- ☞ TP : procédure chirurgicale (ou médicale) ou mesure diagnostique majeure induite par le DP, ou encore la mesure qui s'est révélée la plus décisive pour établir le diagnostic ou le processus de guérison
- ☞ TS : autres procédures, mesures ou actes
- ☞ Codages des traitements obligatoire, mais pas toujours possible (ne pas mettre 99.99)
 - Exemple: patient souffrant d'une commotion cérébrale et dont le seul traitement consiste en une surveillance

2.5. Liste rouge

- ☞ S'ils ont été effectués, certains gestes non-chirurgicaux doivent être codés. Il s'agit de:
- toutes les procédures invasives
 - procédures comportant un certain risque pour le patient
 - procédures n'étant pas considérées comme routinières
 - procédures nécessitant un équipement particulier
 - Exemple: biopsies, implantation (pace-maker, défibrillateur), cathétérisme cardiaque, ventilation mécanique, etc...
 - Des mesures diagnostiques courantes ne doivent pas être codées (par ex. radiographie du thorax dans le cas d'une pneumonie)

3.1. Outils d'aide au codage / 1

Diagnos Fonctions Options Accès Aide

1040 Hôpital de

N°patient: 2014819 Nom: Prénom:

N°dossier: 1 Nais.: 07/04, Age: 80 Masculin Région: VS53 Nat.: CHE Suisse

Entrée

Principal

Supplémentaire

I34.0	Insuffisance (de la valvule) mitrale (non rhumatismale)
I11.0	Cardiopathie hypertensive, avec insuffisance cardiaque (congestive)
I21.9	Infarctus aigu du myocarde, sans précision
I25.1	Cardiopathie artérioscléreuse
I44.2	Bloc auriculo-ventriculaire complet
I47.2	Tachycardie ventriculaire
J18.1	Pneumopathie lobaire, sans précision
R57.0	Choc cardiogénique
I48	Fibrillations et flutters auriculaires

Traitements

3.1. Outils d'aide au codage / 2

The screenshot displays two software windows. The 'Diagnostics' window on the left contains patient information: '1040 Hôpital de Sion-Hérens-Conti', 'N°patient: 2007803', and 'N°dossier: 1'. It also features input fields for 'Entrée' and 'Principal' (with 'R53' entered), and a 'Supplémentaire' section with codes 'J44.9', 'E11.9', and 'F17.2'. The 'Lucid' window on the right is titled 'ICD-10 CHRONOS 3/OMS' and shows a search for 'malaise'. The results list 'malaise 3' with associated symptoms and 'Malaise et fatigue' with 'Syncope et collapsus'. A search bar at the bottom of the Lucid window contains the text 'Chercher'. At the bottom of the Lucid window, a yellow box highlights 'R53 Malaise et fatigue' with a red exclamation mark icon and the text 'Systématique'. The time '10:33:12' and the text 'Expressions trouvées' are also visible.

3.2. Plausibilité des données

- ☞ Logiciel décentralisé pour l'aide à la plausibilisation, MedPlaus, qui est gratuit, bilingue et disponible sur Internet
- ☞ Plusieurs versions successives, améliorées régulièrement. Actuellement, version 4.0.10 avec plus de 700 tests effectués sur chaque cas
 - 2 possibilités: standalone (application) et DLL, pour une intégration dans les systèmes de saisie des hôpitaux et une validation au moment du codage

3.2. MedPlaus / 1

MedPlaus CHCVs_2005.dat

Fichier Outils Aide

Survol Indicateurs Messages Liste Enregistrement Codage

Diagnostiques														
Variables	M100	M200	M300	M400	M500	M600	M700	M850	M900	M950	M990	Total		
	8766	9661	4621	1396	1228	564	392	29	1833	926	5	29421	Nombre de diagnostics principaux	CO001
	48790	32332	13264	2587	3104	958	958	148	13003	5612	10	120766	Nombre total de diagnostics	CO002
	3217	2921	1007	724	606	118	321	95	1493	786	6	5389	Nombre de diagnostics différents	CO006
	1.3%	2.2%	5.4%	0.9%	0.1%	0.4%	1.0%	3.4%	1.3%	0.6%		1.9%	Complications iatrogènes	CO007
	4.3%	2.8%	4.8%	1.9%	0.3%	0.5%	8.9%	25.0%	3.4%	1.8%		3.6%	Tumeurs	CO011
	10.1%	0.3%		41.7%					1.1%	1.0%		5.6%	Proportion de tumeurs avec chimiothérapie	CO008
	1.1%							43.2%	1.8%			1.1%	Proportion de tumeurs avec radiothérapie	CO009
	0.6%	2.1%	0.2%	0.8%	0.2%		0.8%		7.0%	11.2%	40.0%	2.1%	Contrôles	CO010
Qualité	M100	M200	M300	M400	M500	M600	M700	M850	M900	M950	M990	Total		
	5.0	2.8	2.4	1.7	2.1	1.5	1.8	4.2	6.2	5.7	1.4	3.5	Nombre moyen de diagnostics par cas	CO003
	8732	9614	4621	1396	1228	564	392	29	1833	926	5	29340	Nombre de diagnostics principaux les plus détaillés	CO004
	99.8%	99.7%	100.0%	100.0%	99.9%	100.0%	100.0%	100.0%	99.9%	100.0%	100.0%	99.8%	Proportion de diagnostics les plus détaillés	CO005
	2.7%	1.2%	0.2%	5.0%	3.2%	0.1%	1.7%	0.7%	3.1%	1.6%		2.0%	Diagnostics très imprécis	CO012
	24.6%	15.1%	20.1%	33.0%	18.2%	31.0%	16.4%	16.9%	26.0%	20.5%	20.0%	21.5%	Diagnostics imprécis	CO013
	0.0%											0.0%	Affections incompatibles avec le sexe du patient	CO023
	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%	0.0%	0.4%						0.0%	Affections incompatibles avec l'âge du patient	CO024
Traitements														

3.2. MedPlaus / 2

MedPlaus CHCYs_2005.dat

Fichier Outils Aide

Survol Indicateurs Messages Liste Enregistrement Codage

Filtre des messages

Erreurs, Avertissements, Indications

Nombre	%	Type	Texte	Test
248	0.73	H	Traitement principal (1.7.V01) : Traitement sans diagnostic correspondant	D3000
198	0.58	W	1er diagnostic supplémentaire / autres diagnostics (1.6.V01 ... 1.6.V03): Répétition d'un même code non autorisée	D1601
155	0.45	H	1er traitement supplémentaire (1.7.V03) : Traitement sans diagnostic correspondant	D3001
132	0.39	W	2e diagnostic supplémentaire / autres diagnostics (1.6.V01 ... 1.6.V04): Répétition d'un même code non autorisée	D1602
81	0.24	H	Diagnostic principal (1.6.V01): Extension non officielle d'un code CIM-10 à 4 positions	D1130
77	0.23	H	2e traitement supplémentaire (1.7.V04) : Traitement sans diagnostic correspondant	D3002
72	0.21	W	3e diagnostic supplémentaire / autres diagnostics (1.6.V01 ... 1.6.V05): Répétition d'un même code non autorisée	D1603
63	0.18	W	4e diagnostic supplémentaire / autres diagnostics (1.6.V01 ... 1.6.V06): Répétition d'un même code non autorisée	D1604
57	0.17	W	5e diagnostic supplémentaire / autres diagnostics (1.6.V01 ... 1.6.V07): Répétition d'un même code non autorisée	D1605
53	0.16	W	6e diagnostic supplémentaire / autres diagnostics (1.6.V01 ... 1.6.V08): Répétition d'un même code non autorisée	D1606
43	0.13	W	7e diagnostic supplémentaire / autres diagnostics (1.6.V01 ... 1.6.V09): Répétition d'un même code non autorisée	D1607
33	0.10	W	8e diagnostic supplémentaire / autres diagnostics (1.6.V01 ... 1.6.V10): Répétition d'un même code non autorisée	D1608
33	0.10	H	1er diagnostic supplémentaire (1.6.V03): Extension non officielle d'un code CIM-10 à 4 positions	D1132
27	0.08	H	3e traitement supplémentaire (1.7.V05) : Traitement sans diagnostic correspondant	D3003
27	0.08	E	Domicile (1.1.V04): La donnée est invalide	A1131
20	0.06	H	2e diagnostic supplémentaire (1.6.V04): Extension non officielle d'un code CIM-10 à 4 positions	D1133
17	0.05	H	3e diagnostic supplémentaire (1.6.V05): Extension non officielle d'un code CIM-10 à 4 positions	D1134
14	0.04	W	Diagnostic principal (1.1.V03, 1.6.V01): Le code diagnostique est incompatible avec l'âge (inférieur au domaine autorisé)	D1400
14	0.04	W	Décès (1.5.V02, 1.5.V03, 1.5.V04): Après le décès, le séjour et la prise en charge doivent tous deux avoir la valeur 0 (zéro)	B1800
12	0.04	H	5e diagnostic supplémentaire (1.6.V07): Extension non officielle d'un code CIM-10 à 4 positions	D1136

3.2. MedPlaus / 3

MedPlaus CHCYs_2005.dat

Fichier Outils Aide

Survol Indicateurs Messages Liste Enregistrement Codage

Filtre des enregistrements: 248 Enregistrements

Enregistrements avec message: D3000 Traitement principal (1.7.V01) : Traitement sans diagnostic correspondant

Ligne	DS	Type	CPCC	Type	Classe	Sexe	Naissance	Admission	Sortie	Dom.	Diag.	Traitement princip.
50	MB	A	M600	2	1	2	01.10.1935	13.01.2005 09	13.01.2005 14	1926	H433	1474
98	MB	A	M700	3	1	1	19.07.1914	16.01.2005 01	19.01.2005 19	3999	D683	2132
407	MB	A	M700	2	1	1	03.12.1986	13.01.2005 07	13.01.2005 16	3922	L720	2132
480	MB	A	M200	3	1	1	13.09.1963	07.01.2005 07	09.01.2005 10	1950	N433	631
656	MB	A	M300	3	1	2	22.12.1964	17.01.2005 10	27.01.2005 16	3960	Z488	544
781	MB	A	M200	2	1	1	24.04.1938	03.01.2005 12	03.01.2005 15	3904	Q558	6491
1295	MB	A	M200	3	1	1	22.02.1936	09.12.2004 09	05.01.2005 12	1902	D017	5252
1317	MB	A	M200	2	1	2	10.02.1948	14.01.2005 07	14.01.2005 18	3900	M7204	8235
1674	MB	A	M300	3	1	2	26.05.1968	24.01.2005 18	04.02.2005 14	3960	N700	684
1682	MB	A	M200	2	1	1	10.09.1968	10.01.2005 12	10.01.2005 15	3935	Q558	6491
1739	MB	A	M200	3	1	1	24.10.1962	24.01.2005 07	26.01.2005 13	3930	M7787	7789
1750	MB	A	M200	3	1	1	13.07.1958	13.01.2005 06	16.01.2005 10	1966	Z420	0863
2036	MB	A	M700	3	1	1	08.07.1950	03.01.2005 06	05.01.2005 12	1908	G473	2187
2159	MB	A	M200	2	1	2	09.04.1941	28.01.2005 07	28.01.2005 17	3903	D171	543
2302	MB	A	M200	3	1	2	09.02.1950	23.01.2005 17	28.01.2005 17	1950	K801	5459
2383	MB	A	M300	3	1	2	10.10.1958	12.01.2005 13	17.01.2005 13	3920	C501	7012
2628	MB	A	M200	2	1	1	14.08.1963	17.01.2005 07	17.01.2005 20	3906	M771	0403
3086	MB	A	M200	2	1	1	25.09.1975	14.01.2005 07	14.01.2005 20	1950	A630	642
3162	MB	A	M200	2	1	1	24.03.1981	12.01.2005 11	12.01.2005 14	3930	Q558	6491
3249	MB	A	M200	2	1	1	07.10.1987	17.01.2005 07	17.01.2005 17	1912	S0230	157
3382	MB	A	M200	3	1	1	29.03.1978	04.01.2005 15	13.01.2005 10	1926	T068	0353

3.2. MedPlaus / 4

MedPlaus CHCVs_2005.dat

Fichier Outils Aide

Survol Indicateurs Messages Liste Enregistrement Codage

Enregistrement

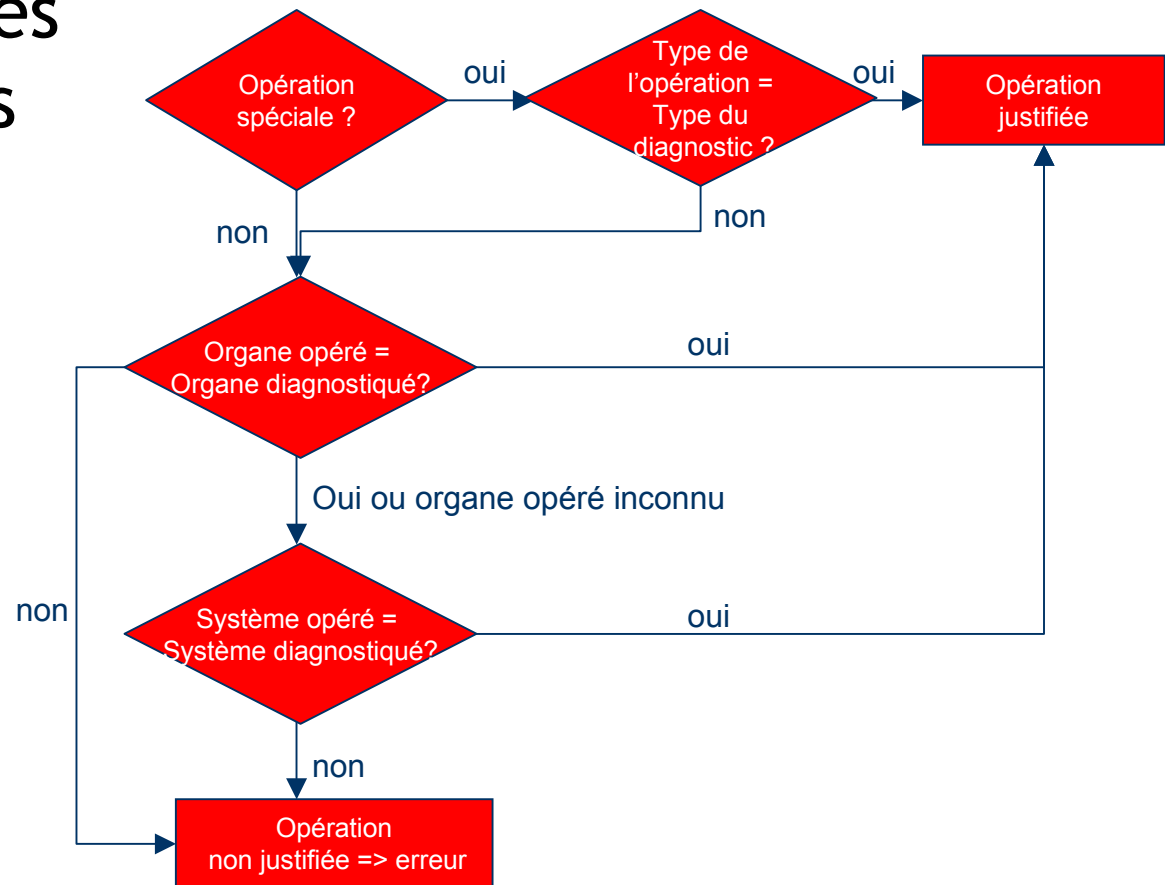
Prise en charge après la sortie	1.5.V04		Gueri, aucun besoin de suivi
Diagnostiques V16			
Diagnostic principal	1.6.V01	N433	Hydrocèle, sans précision
Complément au diagnostic principal	1.6.V02		
1er diagnostic supplémentaire	1.6.V03	N359	Rétrécissement urétral, sans précision
2ème diagnostic supplémentaire	1.6.V04	Q548	Autres hypospadias
3ème diagnostic supplémentaire	1.6.V05		
4ème diagnostic supplémentaire	1.6.V06		
5ème diagnostic supplémentaire	1.6.V07		
6ème diagnostic supplémentaire	1.6.V08		
7èmediagnostic supplémentaire	1.6.V09		
8èmediagnostic supplémentaire	1.6.V10		
Traitements V17			
Traitement principal	1.7.V01	631	Excision de varicocèle et d'hydrocèle de cordon spermatique
Début du traitement principal	1.7.V02		
1er traitement supplémentaire	1.7.V03	5847	Méatoplastie urétrale
2ème traitement supplémentaire	1.7.V04	5794	Insertion d'un cathéter urétral permanent

H Indication:
 Traitement principal (1.7.V01) : Traitement sans diagnostic correspondant
 D3000
 Information

W Début du traitement principal (chirurgie) (1.7.V02): La donnée manque
H Traitement principal (1.7.V01) : Traitement sans diagnostic correspondant

3.2. MedPlaus / 5

👉 Nouveaux tests: adéquation des traitements en fonction des diagnostics



3.2. MedPlaus / 6

MedPlaus CHCYs_2005.dat

Fichier Outils Aide

Survol Indicateurs Messages Liste Enregistrement Codage

ICD										
Code	Texte	Qualité	Organ	Système	Typ-1	Typ-2	Sexe	age min	age max	Complément
N43.3	Hydrocèle, sans précision	Autre code valide (0)	Testicule et scrotum (TES)	reproducteur masculin (M)	Imprécis (6)	Autre code conventionnel (3)	Masculin (1)			
N35.9	Rétrécissement urétral, sans précision	Autre code valide (0)	Vessie (VES)	urinaire (U)	Imprécis (6)	Autre code conventionnel (3)				
Q54.8	Autres hypospadias	Autre code valide (0)	Pénis (PEN)	reproducteur masculin (M)	Autre (7)	Autre code conventionnel (3)	Masculin (1)			
CHOP										
Code	Texte	Qualité	Organ	Système		Type-2	Sexe	Début	Fin	
63.1	Excision de varicocèle et d'hydrocèle de cordon spermatique	Autre code valide (0)	Vaisseau sanguin (VAI)	reproducteur masculin (M)		Code valable à 3 positions (5)	Masculin (1)			
58.47	Méatoplastie urétrale	Autre code valide (0)	Vessie (VES)	urinaire (U)		Code valable à 4 positions (4)				
57.94	Insertion d'un cathéter urétral permanent	Opérations peu invasives (7)	Vessie (VES)	urinaire (U)		Code valable à 4 positions (4)				
97.64	Autre enlèvement de matériel de drainage urinaire	Traitement non opératoire (98)	Vessie (VES)	urinaire (U)		Code valable à 4 positions (4)				

3.2. DLL / 1

Données minimales

Fonctions Options Accès Aide

Contrôle de plausibilité

Patient: 2011428 Dossier: 2

WAR.: A1392 Traitement principal (spécialités non-invasives) (1.7.V01): La donnée manque
WAR.: A1404 Début du traitement principal (spécialités non-invasives) (1.7.V02): La donnée manque
WAR.: D1201 1er / 2ème diagnostic supplémentaire (1.6.V03, 1.6.V04): La paire code dague/astérisque n'est pas autori

Visualisation détaillée Retour saisie OFS

APDRG

Calculé: 243 Problèmes médicaux de dos Non validé

A facturer: 00 : 00

Remarque:

Diagnosics Traitements Nouveau-nés Psychiatrie Spécif. canton

3.2. DLL / 2

Etablissement: Hopital de

Fichier Outils Edition Aide

Diagnosics

	Codes	Libellés	Annotations
Principal	S06.00	Commotion cérébrale, sans plaie intracrânienne ouverte	
Complémentaire			
Supplémentaire	S53.1	Luxation du coude, sans précision	
	S52.10	Fracture fermée de l'extrémité supérieure du radius	
	S12.20	Fracture fermée d'autres vertèbres cervicales précisées	

Date et heure du traitement 10/05/2003 14:0

Traitements

	Codes	Libellés	Annotations
Principal	79.72	Réduction fermée de luxation du coude	
Complémentaire			

Liste d'erreurs

Options

- ✗ Séjour 10/05/03 - 13/05/03
 - Codes
 - ✗ W: D1501 Diagnostic principal du Chap. XIX (1.6.V01, 1.6.V02): Noter les causes extérieures dans le complément au diagnostic principal (CIM. Chap. XX)

F = 0 W = 1

APDRG (statistique) 764 Commotion, traumatisme intracranien, coma < 1hr ou absent, > 17 ans, avec cc 0.58

APDRG (facturation) 764

Valider

3.3. Tests de plausibilité / 1

- ➡ 3 niveaux différents: erreurs, avertissements et avis. Indicateurs implémentés (~ tests de contrôle).
- ➡ Basés sur les directives de l'OFS (respect des règles de l'OMS)
- ➡ 4 types de tests: tests individuels (A) ou croisés (B) sur un questionnaire, tests croisés entre différentes données (C), tests des diagnostics et des traitements (D)
- ➡ Tests décrits 'en clair' (= transparent), pour une meilleure compréhension des erreurs
- ➡ Utilisation de métadonnées (CIM-10, CHOP, nationalités, etc.) mises à jour par l'OFS

3.3. Tests de plausibilité / 2

☞ Tests individuels (A), exemple:

A2060	E	2.2.V04	V2204 = NULL	D: Geburtsgewicht (gr): Angabe fehlt F: Poids à la naissance (gr.): La donnée manque
A2061	E	2.2.V04	V2204 <> NULL AND (V2204 < 0 OR V2204 > 9999)	D: Geburtsgewicht (gr): Ausserhalb des gültigen Wertebereichs F: Poids à la naissance (gr.): En dehors du domaine valable
A2062	W	2.2.V04	V2204 <> NULL AND (V2204 < 500 OR V2204 > 5500)	D: Geburtsgewicht (gr): Unplausible Angabe F: Poids à la naissance (gr.): La donnée n'est pas plausible

☞ Tests croisés sur les champs (B), exemple:

B1600	E	1.1.V03, 1.2.V03	V1203 = 3 AND V1103 <> 0	D: Geburt (Kind) / Altersangabe: Ein Neugeborenen hat das Alter 0 F: Naissance (enfant) / indication concernant l'âge: Un nouveaux né a l'âge 0
-------	---	---------------------	--------------------------	--

B1700	E	1.2.V01, 1.3.V03, 1.5.V01	V1501 <> NULL AND V1201 <> NULL AND ISNUMBER(V1303) AND V1303 > (DATEVAL(SUBSTR(V1501,1,8)) - DATEVAL(SUBSTR(V1201,1,8)) + 1) * 24	D: Aufenthalt in Intensivmedizin: Angabe übersteigt die Dauer des gesamten Aufenthaltes F: Séjour en soins intensifs: La donnée dépasse la durée du séjour total
-------	---	---------------------------------	--	---

3.3. Tests de plausibilité / 3

☞ Tests croisés entre données (C), exemple:

C2000	E	1.1.V03, 2.1.V01	V2101 = 'MN' AND V1103 <> 0	D: Neugeborenen-Zusatz / Alter bei Eintritt: Die Altersangabe bei Neugeborenen kann nur 0 sein F: Données complémentaires concernant les nouveau-nés / Age: L'age des nouveau-nés ne peut être que 0
-------	---	---------------------	-----------------------------	---

☞ Tests sur les diagnostics et les traitements (D), exemple 1:

D1140	E	1.6.V01	SUBSTR(V1601,4,1) <> '.' AND NOT SUBSTR(V1601,1,1) IN ['V','W','X','Y'] AND INDEXCOL(ICD10,V1601,1) = 6 AND INDEXCOL(ICD10,V1601,2) <> NULL	D: Hauptdiagnose: Unspezifischer 3-stelliger ICD-Kode; detaillierte 4-stellige Angabe notwendig F: Diagnostic principal: Code CIM à 3 caractères pas spécifique, un code à 4 caractères nécessaire
D1210	E	1.6.V01	INDEXCOL(ICD10,V1601,1)=2	D: Hauptdiagnose: Sternkode - nicht zulässig als Hauptdiagnose F: Diagnostic principal: Le code astérisque n'est pas autorisé comme diagnostic principal
D1211	H	1.6.V02	INDEXCOL(ICD10,V1602,1)=2 AND NOT INDEXCOL(ICD10,V1601,1) IN ['1', '3', '4']	D: Zusatz zu Hauptdiagnose: Enthält Sternkode ohne entsprechenden Kreuzkode in Hauptdiagnose F: Complément au diagnostic principal: Contient code astérisque sans code dague approprié dans le diagnostic principal
D1220	E	1.6.V02	INDEXCOL(ICD10,V1602,1) IN ['1', '4']	D: Zusatz zu Hauptdiagnose: Kreuzkode nicht zulässig als Hauptdiagnose-Zusatz F: Complément au diagnostic principal: Le code dague n'est pas autorisé comme complément au diagnostic principal

3.3. Tests de plausibilité / 4

☞ Tests sur les diagnostics et les traitements (D),
exemple 2:

D1500	E	1.6.V01	SUBSTR(V1601,1,1) IN ['V','W','X','Y']	D: Hauptdiagnose: Äussere Ursachen (ICD-10 Kap. XX) hier nicht zulässig F: Diagnostic principal: Ici, les causes externes (CIM. Chap. XX) ne sont pas autorisées
D1501	W	1.6.V01, 1.6.V02	(SUBSTR(V1601,1,1) IN ['S','T']) AND V1602 = NULL	D: Hauptdiagnose aus ICD Kap XIX: Äussere Ursache (ICD-10 Kap. XX) in Hauptdiagnose-Zusatz vermerken F: Diagnostic principal du Chap. XIX: Noter les causes externes dans le complément au diagnostic principal (CIM. Chap. XX)
D1700	W	1.6.V01, 1.5.V02	V1601 <> NULL AND V1502 <> 5 AND (SUBSTR(V1601,1,3) IN ['R95', 'R96', 'R98', 'R99', 'P95', 'O95', 'O96', 'O97'] OR SUBSTR(V1601,1,4) IN ['I461', 'P964'])	D: Hauptdiagnose / Austrittsart: Letale Hauptdiagnose, als Austrittsart nur Tod möglich F: Diagnostic principal / Mode de sortie: Diagnostic principal létal, le mode de sortie ne peut qu'être 'Décès'
D2160	W	1.7.V01	LENGTH(V1701) > 4 AND ININDEX(CHOP, SUBSTR(V1701,1,4))	D: Hauptbehandlung: Nicht offizieller Kode mit mehr als 4 Stellen F: Traitement principal: Code non officiel comportant plus de 4 positions
D2310	W	1.7.V01	INDEXCOL(CHOP,V1701,8) <> NULL AND SUBSTR(V1702,1,4) > INDEXCOL(CHOP,V1701,8)	D: Hauptbehandlung: CHOP-Kode zum Behandlungszeitpunkt nicht mehr gültig F: Traitement principal: Le code CHOP n'était plus valable au moment du traitement

3.3. Tests de plausibilité / 5

👉 Répartition des tests par type

	Erreurs	Avertissements	Avis	Total	(%)
A (variable individuelle)	148	50	16	214	39%
B (tests croisés, variables de base)	22	8	6	36	7%
C (tests croisés avec suppléments)	18		2	20	4%
D (diagnostics et traitements)	107	118	52	277	51%
Total	295	176	76	547	100%
	54%	32%	14%	100%	

👉 + 164 indicateurs de contrôle

E3030	C	1.6V01	INDEXCOL(ICD,V1601,QUA) IN ['5', '51', '71'] AND V0202 = 'A' AND V1301 <> '1'	D: Hauptdiagnose: Komplikation aufgrund medizinischer Behandlung F: Diagnostic principal: Complication iatrogène
E3031	C	1.6V02	INDEXCOL(ICD,V1602,QUA) IN ['5', '51', '71'] AND V0202 = 'A' AND V1301 <> '1'	D: Hauptdiagnose-Zusatz: Komplikation aufgrund medizinischer Behandlung F: Complément au diagnostic principal: Complication iatrogène

4. Codage et APDRG

- ☞ Les mêmes règles de codage (OFS/OMS) s'appliquent, de manière claire, pour le système APDRG
 - Garantit de pouvoir utiliser les données codées quel que soit le système de classement par pathologies utilisé (Swiss-DRG)
 - StatSanté 2/2001
 - TAR APDRG (principe et règles de financement par APDRG)
 - Conventions d'hospitalisation & annexes (codage)
 - Collaboration entre secrétariat de codage et secrétariat APDRG Suisse: l'OFS tranche désormais (incohérences p.ex.)
 - Améliorations encore possibles (rapidité, information)

4. Codage et APDRG

Importance d'un codage complet pour les APDRG

- Les comorbidités ont une influence sur le DRG. Le nombre de DS codés augmente chaque année
- Plus de 100 interventions effectuées en dehors du bloc opératoire sont prises en considération pour l'attribution des APDRG. Par exemple:
 - 37.21 Cathétérisme cardiaque droit
 - 45.23 Colonoscopie
 - 88.58 Radiographie cardiaque en contraste négatif
 - 93.90 Respiration assistée par pression positive continue [CPAP]

⇒ Augmentation de 40% du case-mix (ZH)

- Aufwand und Ertrag bei der Codierung von Behandlungen für Fallpauschalen von stationären internistischen Patienten (Prof. Blaser & al., USZ, 2000)
- Improving DRG Scoring Using Automatic Extraction Of Laboratory Tests And Radiological Procedures (Dr. Tahinzi & al., HUG, 2003)

4. Codage et APDRG

Influence des DS sur le case-mix:

- DP: I47.1 "tachycardie supraventriculaire".
- **DS: F17.2 "Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac: Syndrome de dépendance"**
- Sans le DS F17.2, l'APDRG est le 139 "arythmie cardiaque et troubles de conduction, sans cc" (CW de 0.602)
- Avec le DS F17.2, l'APDRG est le 138 "arythmie cardiaque et troubles de conduction, avec cc" (CW de 0.952)
 - ⇒ Le codage systématique du F17.2 pour les fumeurs n'est pas approprié. Il doit être réservé aux personnes manifestant un véritable syndrome de dépendance
 - ⇒ Nouvelle directive de l'OFS

4. Codage et APDRG

Influence des traitements hors-bloc sur le case-mix:

- DP: J44.0 "maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures"
- TP: 96.71 "ventilation mécanique continue de moins de 96 heures consécutives" (Liste rouge)
- Sans le traitement, l'APDRG est le 88 "maladie pulmonaire obstructive chronique" avec un CW de 1.15
- Avec le traitement, l'APDRG est le 475 "maladie du système respiratoire avec assistance respiratoire" avec un CW de 4.00
 - ⇒ Souvent, l'intubation a été pratiquée par l'équipe de premiers secours et n'est pas toujours l'objet d'une documentation ad hoc dans le dossier médical. Il faut aller regarder dans le Kardex...

4. Codage et APDRG

Résolution des incohérences

- Certaines incohérences existent (< 0.5% des cas). Incohérence de cost-weight par rapport aux interventions effectuées (coûts) ou problème avec le groupeur.
- La plupart ont été levées (p. ex. en gynécologie et obstétrique).
- Les autres le seront au fur et à mesure des versions du groupeur.
- La possibilité de « forcer » le bon APDRG est en principe possible pour la facturation.
- Il manque une liste "officielle", même si APDRG Suisse tient la liste faite au CHUV (⇒ adresser vos constatations!)

4. Codage et APDRG

☞ Exemple d'incohérence:

Diagnostic principal: accouchement par voie basse, 39 sem. 080.0

Diagnostics secondaires:

Déchirure vaginale 071.4

Naissance unique, enfant vivant Z37.0

Intervention principale: accouchement 73.59

Interventions secondaires:

Rupture artificielle des membranes 73.09

Épisiotomie médio-latérale 73.6

Suture déchirure vaginale 75.69

Analgésie 03.91

L'APDRG calculé est le suivant: 376 "Pathologie postpartum et postavortement sans interventions chirurgicales"

⇒ Forcer l'APDRG 373 "Accouchement non compliqué, par voie vaginale"

4. Codage et APDRG

Problèmes

- L'OFS ne permet aujourd'hui la saisie que de 10 diagnostics en tout, alors que le groupeur en accepte 30.

⇒ Choisir les DS en fonction de l'APDRG ou attendre une extension OFS (concerne un certain nombre de cas, surtout dans les grands hôpitaux) ?
- Le surcodage (DRG creep) peut soit être un « arrangement » des codes pour optimiser le CW des DRG, soit être frauduleux (invention de certaines interventions/complications) et devenir un délit (☹). Un contrôle et des sanctions éventuelles accompagnent donc l'introduction des DRG comme mode de remboursement (cf infra).

4. Codage et APDRG

Exemple de DRG creep:

Patient hospitalisé pour un infarctus cérébral avec une hémiplégie.

- DP: I63.2 "Infarctus cérébral dû à une occlusion ou sténose des artères précérébrales, de mécanisme non précisé".
- DS: G81.9 "Hémiplégie, sans précision".
- Le DRG est le 14 "affections cérébrovasculaires spécifiques, sauf ischémie transitoire" avec un CW de 1.222
- En intervertissant les deux codes, le DRG obtenu est le 533 "autre affection du système nerveux, avec cc majeure" , avec un CW de 2.015
- La deuxième manière de coder est manifestement fausse

4. Codage et APDRG

Tenue du dossier médical

- Lettre de sortie
- Protocole opératoire
- Rapport histo-pathologique
- Rapport d'examen de laboratoire, radio...
- Note de suite du médecin
- Rapport de consultation d'autres services
- Correspondance
- Dossier infirmier

4. Codage et APDRG

Tenue du dossier médical

- Retards (parfois plusieurs mois avant transmission du dossier au codage)
- Actuellement (VS) : 50% à 21 jours, 65% à 28 jours, en moyenne 30 jours, au maximum 300 jours...
- Dossiers incomplets, peu de moyens d'action
- Dossiers en plusieurs parties (services, transferts)
- Manque des données importantes (poids du nouveau-né)
- Dossier patient électronique : dossiers parfois fermés/réouverts n'importe quand, lacunaires

4. Codage et APDRG



SICL

Phoenix Workstation V 5.9.11.9 - Phoenix_Prod - [Patient, 17.07.1930 (N° pat.: 2018850, N° cas: 3136851)]

Patient Cas Edition Formulaires Extras Programmes Fenêtre ?

Archives: < tout >

- 17.07.1930
 - Automatiquement clos
 - Automatiquement clos
 - dossier clos secrétariat
 - Automatiquement clos - séjour du 3
 - Automatiquement clos
 - dossier clos secrétariat Sion - séjo
 - Médecine interne - médecins
 - Médecine interne - soins
 - Copie données des Urgence
 - Anamnèse d'entrée
 - Plan soins journaliers**
 - Examens en attente
 - Génogramme
 - Produits sanguins labiles
 - Rapport de soins
 - Processus de soins
 - Graphique
 - Feuille d'ordres
 - Médicaments
 - Surveillance
 - Question au médecin
 - Pansements
 - Résumé médicaments (factu
 - Examens de laboratoire
 - Documents Médico-techniqu
 - Documents médicaux
 - Anesthésiologie

PLAN SOINS JOURNALIER IMPRIMER SANS APERÇU

Date: 10.08.2005 18:16 Médecin chef: Dr Soignant: Allergies: pas connues

Degré de dépendance: Examens: 1. fermeture de la boursotomie à prévoir Examen en attente Taille: 0 cm

Alimentation/Hydratation <input type="radio"/> Indépendant <input checked="" type="radio"/> Dépendant Résumé	Mobilité/Activités quotidiennes <input type="radio"/> Indépendant <input checked="" type="radio"/> Dépendant Résumé	Intégrité personnelle <input type="radio"/> Indépendant <input checked="" type="radio"/> Dépendant Résumé
chosit ses repas, a peu d'appétit, pas de dysphagie	marche avec 1 aide, mobilisation limitée par sa dyspnée fatigué fait sa toilette au lavabo avec aide burssectomie 11.8 = annulée	érafure au coude drt, et griffures sur l'abdomen suite à sa chute à domicile couds gauche abscès nettoyé en salle d'on la
Elimination urines/selles - Intégrité cutanée <input type="radio"/> Indépendant <input checked="" type="radio"/> Dépendant Résumé	Respiration, Cardio-vasculaire <input type="radio"/> Indépendant <input checked="" type="radio"/> Dépendant Résumé	Interactivité sociale communication, agression <input type="radio"/> Indépendant <input checked="" type="radio"/> Dépendant Résumé
pose de s. vésical car globe. Bcp de dépôt dans la sv. ce qui la bouche. Faire rinçage. oligurie. à surveiller si mealena	dyspnée qui augmente à l'effort dit mieux respirer si le dossier est à plat	Interactivité sociale communication, agression parle volontiers, oublie les infos => vérifier

Diagnosics et problèmes médicaux

Rappel de l'anamnèse actuelle

Opération Localisation Côté Anesthésie

Stomie Poche Canule Flaque Canule

Transfusion... N° H 011005006717 concentré érythrocytaire 03.08.2005 14:04 Gr. sanguin

Moyens auxiliaires et handicaps



4. Codage et APDRG

☞ SICL

The screenshot displays the Phoenix Workstation V 5.9.11.9 interface. The title bar indicates the patient's name is redacted and their date of birth is 17.07.1930. The main window shows a medical report titled "ORTHOPEDIE/mhg" for a patient with a redacted name, born 17.07.1930. The report is dated 07.08.2005 and is from a doctor (Dr. [redacted]).

Diagnostic : Bursite olécrânienne gauche surinfectée.

Opération : Incision bourse olécrânienne gauche.

Indication opératoire : Patient de 74 ans hospitalisé en médecine interne suite à un malaise. Il est connu pour un carcinome épidermoïde sténosant du bas oesophage traité par radio et chimiothérapie. Dans la nuit du 3.08 au 4.08.05, il se lève pour aller aux toilettes et tombe sur le côté gauche. Le 05.08.2005, un consilium d'orthopédie est demandé en raison d'une inflammation et d'une tuméfaction au niveau de la bourse olécrânienne gauche. Un prélèvement bactériologique est effectué puis à travers un pertuis cutané et le patient est mis au bénéfice d'une antibiothérapie iv. Localement, présence d'un placard érythémateux avec œdème des tissus sous-cutanés sous-jacents sans signe de lymphangite ni d'adénopathie axillaire ou à la face interne du coude. Cliniquement, collection pas encore organisée. On décide d'observer l'évolution et de pratiquer, si besoin est, une incision-drainage de la bourse olécrânienne. Le 06.08.2005, la collection est nettement plus évidente, raison pour laquelle on décide de procéder en urgence à une incision-drainage.

Intervention : Patient en décubitus dorsal. Intervention réalisée sans garrot pneumatique. Désinfection du MSG et champtage stérile selon la technique habituelle.

Incision longitudinale centrée sur l'olécrân passant par le pertuis cutané d'où s'écoule du pus (prélèvement pour la bactériologie). Débridement à l'aide du Luer. Lavage abondant. Plaie laissée béante. Compresses de Betadine. Pansement rembourré. Immobilisation dans une attelle BAB.

Soins postopératoires : Surélévation du coude sur coussins.
Poursuite de l'antibiothérapie iv par Augmentin 3 x 2.2 g/24 hrs.
Labo FSS, CRP, créat le 08.08.2005.

4. Codage et APDRG

☞ SICL

Phoenix Workstation V 5.9.11.9 - Phoenix_Prod - [REDACTED] 17.07.1930 (N° pat.: 2018850, N° cas: 3136851)]

Patient Cas Edition Formulaires Extras Programmes Fenêtre ?

Archives: < tout >

17.07.1930

- Automatiquement clos
- Automatiquement clos
- dossier clos secrétariat
- Automatiquement clos - séjour du 3
- Automatiquement clos
- dossier clos secrétariat Sion - séjo
- Médecine interne - médecins
 - Copie données des Urgence
 - Anamnèse
 - Examen clinique
 - Feuille d'ordres
 - Ajouter un médicament
 - Médicaments
 - Liste des problèmes, suites
 - Question au médecin
 - Demande de consultation

HISTORIQUE DES RAPPORTS PHOENIX

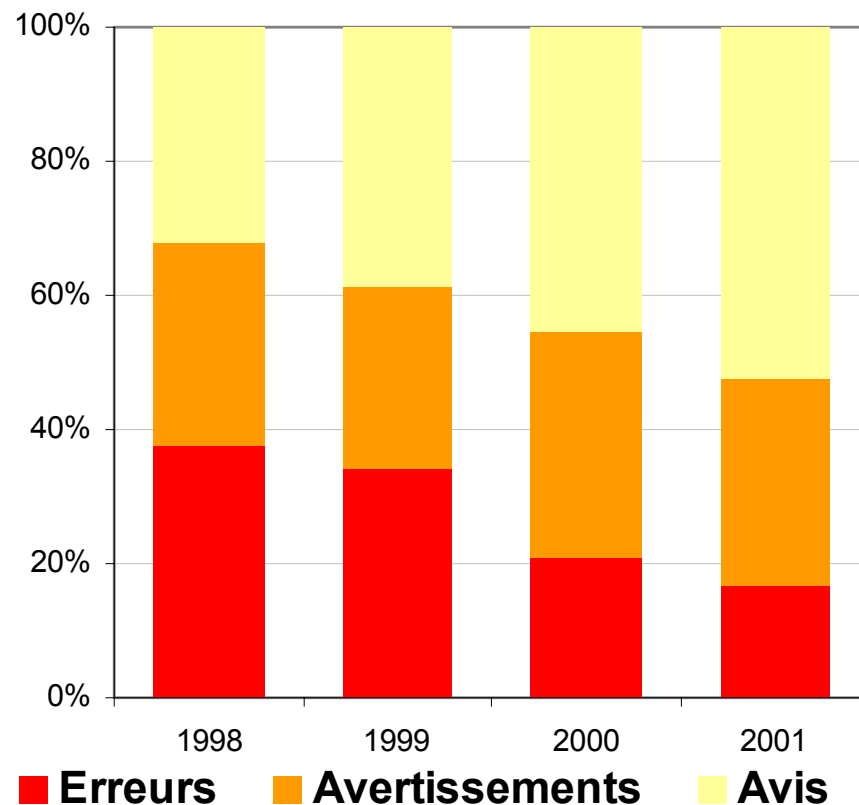
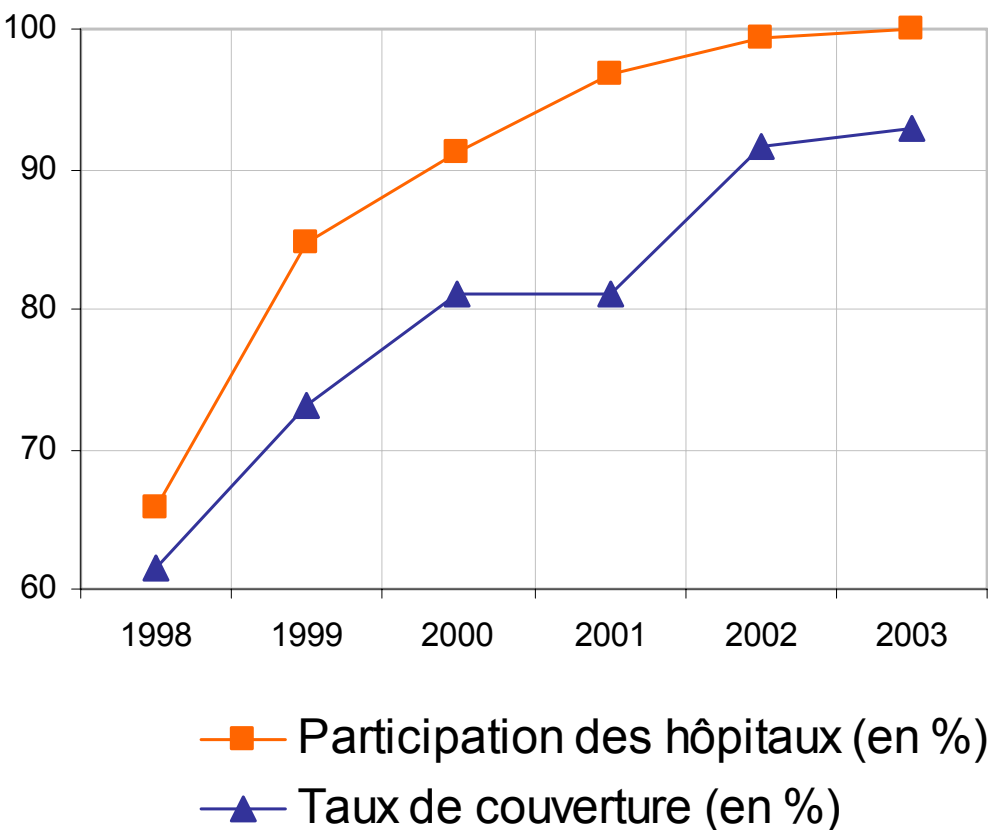
INFOVAL VSX_RAPPORTS /

Titre du rapport	Séjour du	au	Etablissement - Unité	
CHCVs - Lettre de sortie médecine - Sion (18.08.05)	03.08.2005	11.08.2005	Hôpital [REDACTED] - Unité H3	Voir
CHCVs - Rapport opératoire orthopédie (09.08.05)	03.08.2005	11.08.2005	Hôpital [REDACTED] - Unité H3	Voir
CHCVs - Rapport opératoire orthopédie (09.08.05)	03.08.2005	11.08.2005	Hôpital [REDACTED] - Unité H3	Voir
Rapport consultation gastro-entérologie (04.08.05)	03.08.2005	11.08.2005	Hôpital [REDACTED] - Unité H3	Voir



5. Monitoring : qualité des données

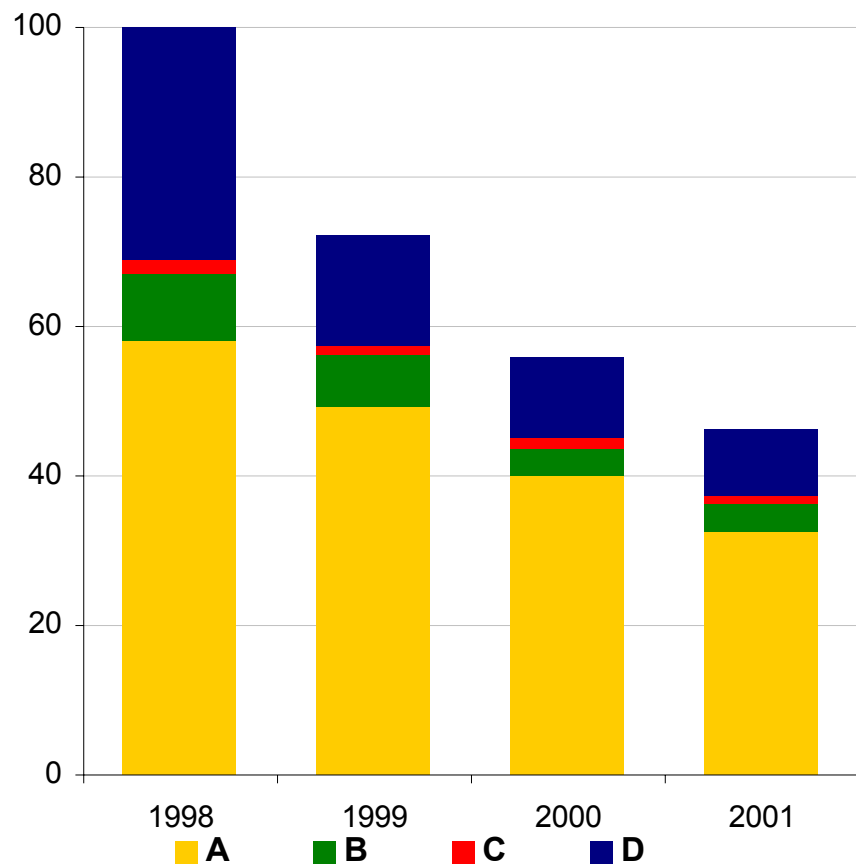
☞ Taux de participation et gravité des erreurs



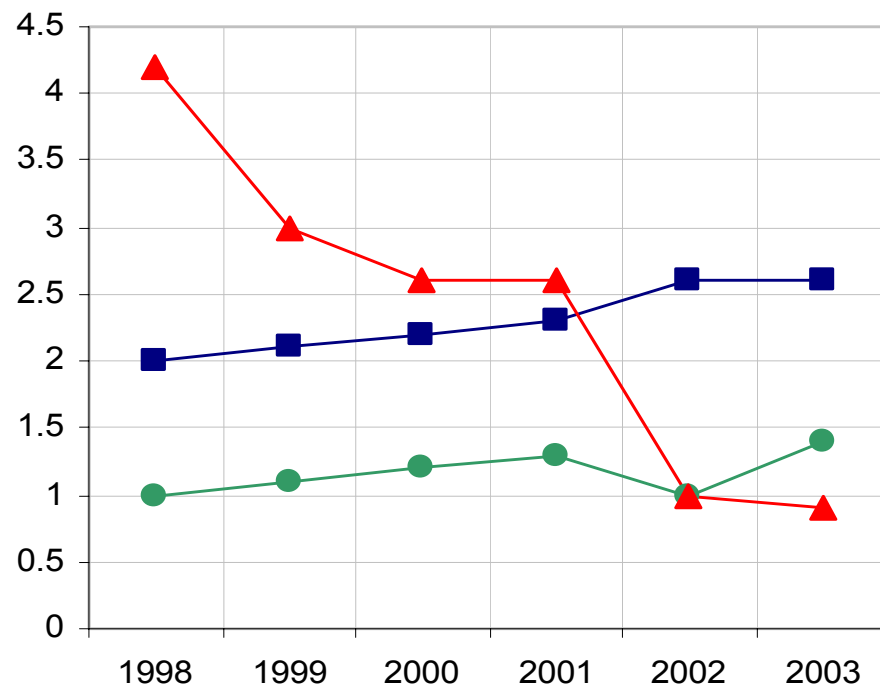
Source OFS

5. Monitoring : qualité des données

☞ Type d'erreurs et qualité du codage



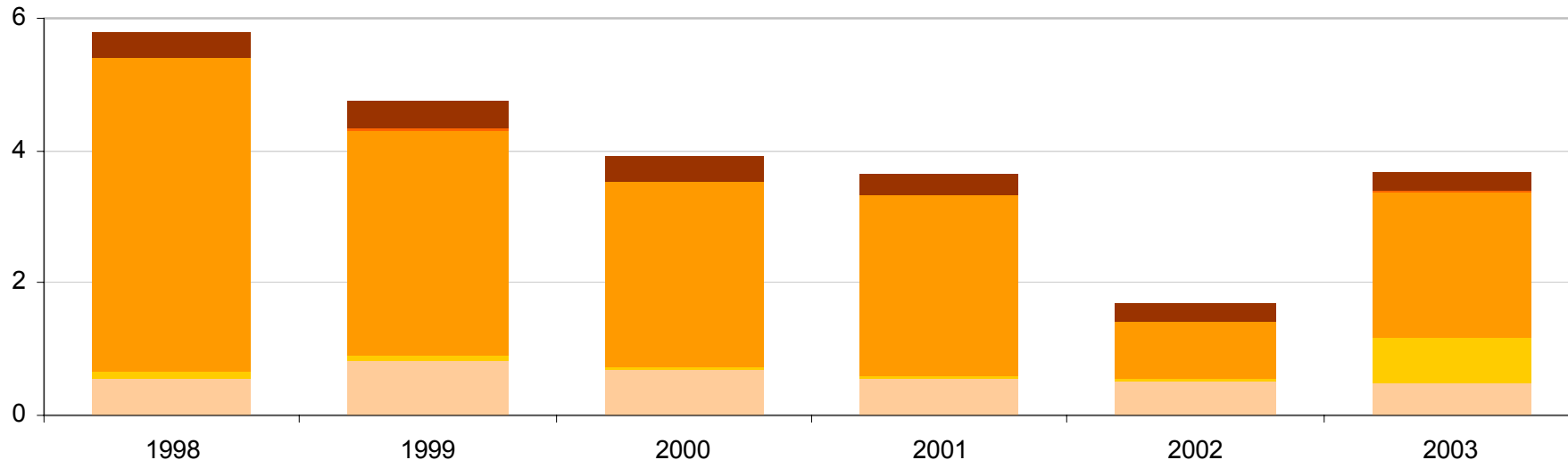
Source OFS



- Nombre moyen de diagnostics codés
- Nombre moyen d'interventions codées
- ▲ Cas sans diagnostic principal (en %)

6. Monitoring : qualité du codage

👉 APDRG «poubelles» en % du total des cas



- DRG 477 : Interventions moins importantes non liées au diagnostic principal
- DRG 476 : Interventions sur la prostate non liées au diagnostic principal
- DRG 470 : Séjours non groupables
- DRG 469 : Diagnostic principal non valable comme diagnostic principal
- DRG 468 : Interventions chirurgicales importantes sans relation avec le diagnostic principal

Source OFS

6. Monitoring : qualité du codage

👉 Flags « diag validity » et « oper validity »

- Supplément aux tests de MedPlaus sur la validité des diagnostics et des traitements
- Plus restrictif, moins subtil quant à la validité des codes (juste ou faux). Exemple (Valais, 2002):

	PDX	SDX1	SDX2	SDX3	SDX4	SDX5	SDX6	SDX7	SDX8	SDX9	Total
H1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
H2	25	7	4	2	2	1	0	0	0	0	41
H3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
H4	5	4	0	1	0	0	0	0	0	0	10
H5	0	19	15	9	12	6	6	0	0	0	67
H6	4	6	1	1	0	1	1	0	0	0	14
H7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
H8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	35	36	20	13	14	8	7	0	0	0	133

6. Monitoring : qualité du codage

☞ 4.1. Erreurs 1999 - 2000 (à corriger absolument)

- Naissance: mode d'entrée de la mère et de l'enfant (' 3 ' est réservé au nouveau-né !)
- Codes du nouveau-né dans le dataset de la mère et vice-versa
- Confusion dans les codes en réadaptation (codes initiaux au lieu de codes de réadaptation)
- L'absence du lieu de séjour avant l'admission
- L'absence du diagnostic principal (1.6.V01)
- L'absence de la variable indiquant la classe (1.3.V02)
- L'imprécision du codage (codes à 3 caractères utilisés lorsqu'un code à 4 caractères est disponible)
- L'utilisation pour le complément au diagnostic principal de codes non autorisés selon les règles de codage

6. Monitoring : qualité du codage

- ☞ 4.2. Avertissements 1999-2000 (à corriger si possible)
- L'absence des variables indiquant le début du traitement principal (1.7.V02) et le traitement principal lui-même (1.7.V01)
 - L'absence de causes externes (CIM-10 ch. XX) comme complément à un diagnostic principal du chapitre XIX (codes en S et T)
 - L'absence des variables indiquant le début du traitement principal (1.7.V02) et le traitement principal lui-même (1.7.V01) pour les cas de chirurgie (M200)
 - Utilisation du code CHOP 99.99 comme traitement principal (1.7.V01)
 - Absence d'indications relatives au nombre d'heures passées en soins intensifs ou en congé administratif (variables 1.3.V03 et 1.3.V04)

6. Monitoring : qualité du codage

- ☞ Actuellement, processus d'assurance qualité entre partenaires tarifaires (assureurs et Etat), qui est coûteux et différent selon les cantons
 - Basée sur les travaux pilotes du Tessin (Barazzoni & al., 1999). Revue de dossiers
 - Nécessité de disposer d'une instance de validation du codage (pour la facturation) au niveau national avec le projet Swiss-DRG. Ou du moins prévoir des certifications...
 - Liée au secrétariat du groupe de codage

6. Monitoring : qualité du codage

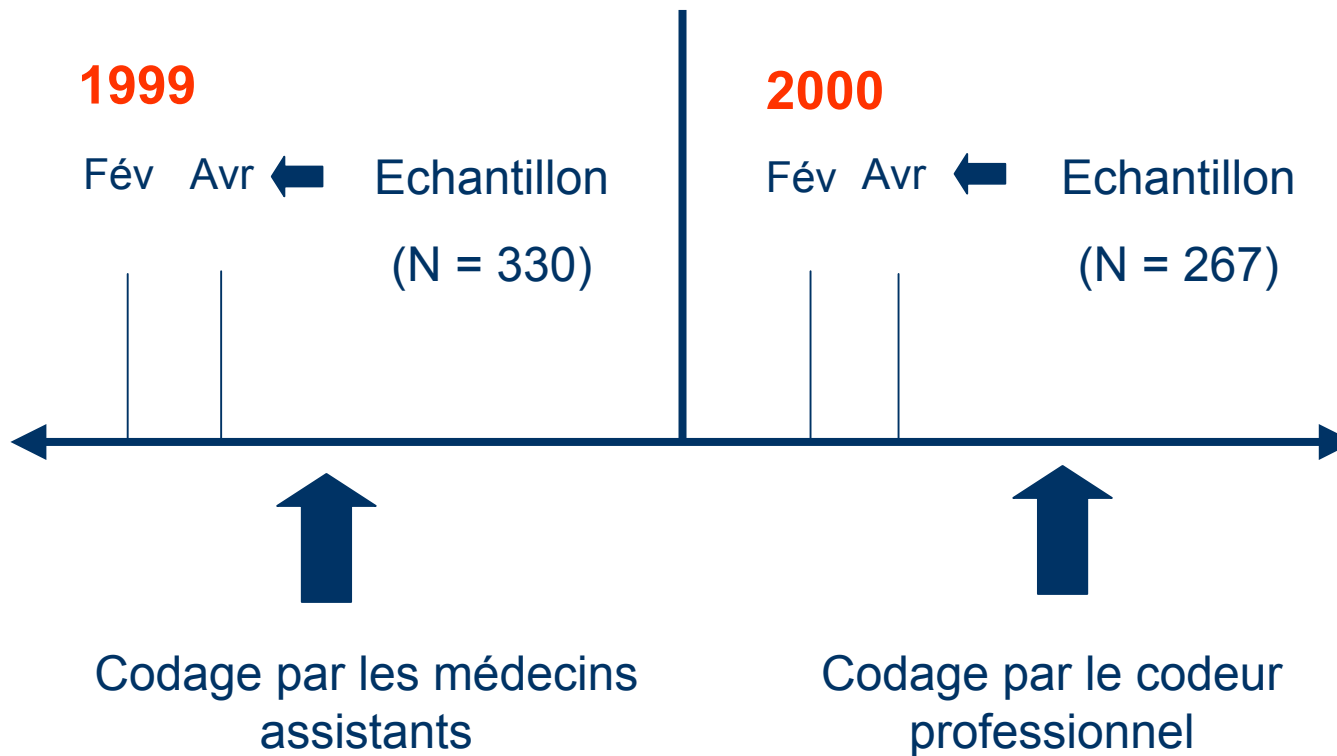
- ☞ Uniformisation en cours (VD, VS, NE, GE, TI...)
 - Comité de pilotage (hôpitaux, assureurs, Etat, médecins, etc.)
 - Règlement "minimum", désormais annexé aux conventions d'hospitalisation par APDRG
 - Basé sur le protocole Barazzoni & al., 1999 et sur les travaux du CHUV
 - Résultats comparés et publiés : l'absence de sanctions permet la transparence
 - Devrait rassurer et éviter trop de contestations

6. Monitoring : qualité du codage

Type	Intitulé	Description
0	Précis (correct)	😊😊😊.😊😊
1	Imprécis	😊😊😊.😞😊 ou 😊😊😊.😊😞
2	Incomplet	Code complémentaire (code * ou codes VWXY) qui était absent, manquant, faux, faux grave ou encore imprécis
3	Faux	😊😞😊.😊😊 ou 😊😊😞.😊😊
4	Faux grave	😞😊😊.😊😊
5	Absent	Code absent bien que le diagnostic soit mentionné sur la lettre de sortie du patient ou sur la feuille de surveillance du nouveau-né
6	Inutile	Code (sans intérêt) qui n'aurait pas dû être enregistré, Code inclus dans un autre code, Code sans rapport avec le dossier, Code plus important sur la lettre de sortie à coder avant, Diagnostic trop imprécis pour être codé de façon certaine
7	Dossier non codé	Dossier n'ayant pas été codé car non disponible au moment de l'analyse et aucun document sur le réseau informatique de l'hôpital
8	Manquant	Diagnostic important traité, vu dans le dossier mais non inscrit sur la lettre de sortie
9	Code juste mais pas au bon endroit	Code qui aurait dû être en principal plutôt qu'en secondaire et vice-versa

6. Monitoring : qualité du codage

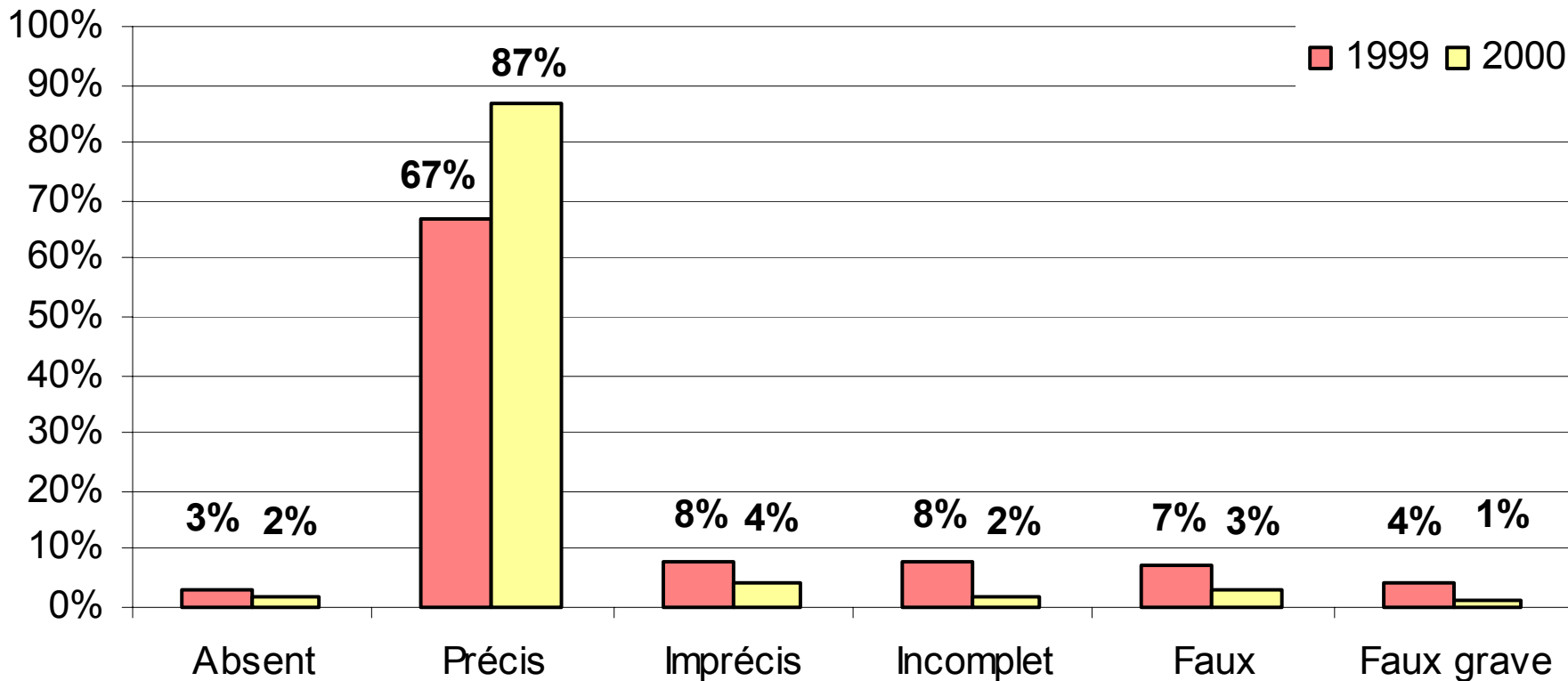
👉 Tessin, 1999 - 2000 (Barazzoni)



Source : Contrôle de qualité du codage:est-ce que la professionnalisation à un sens? F. Barazzoni, 29 mai 2002, Lausanne

6. Monitoring : qualité du codage

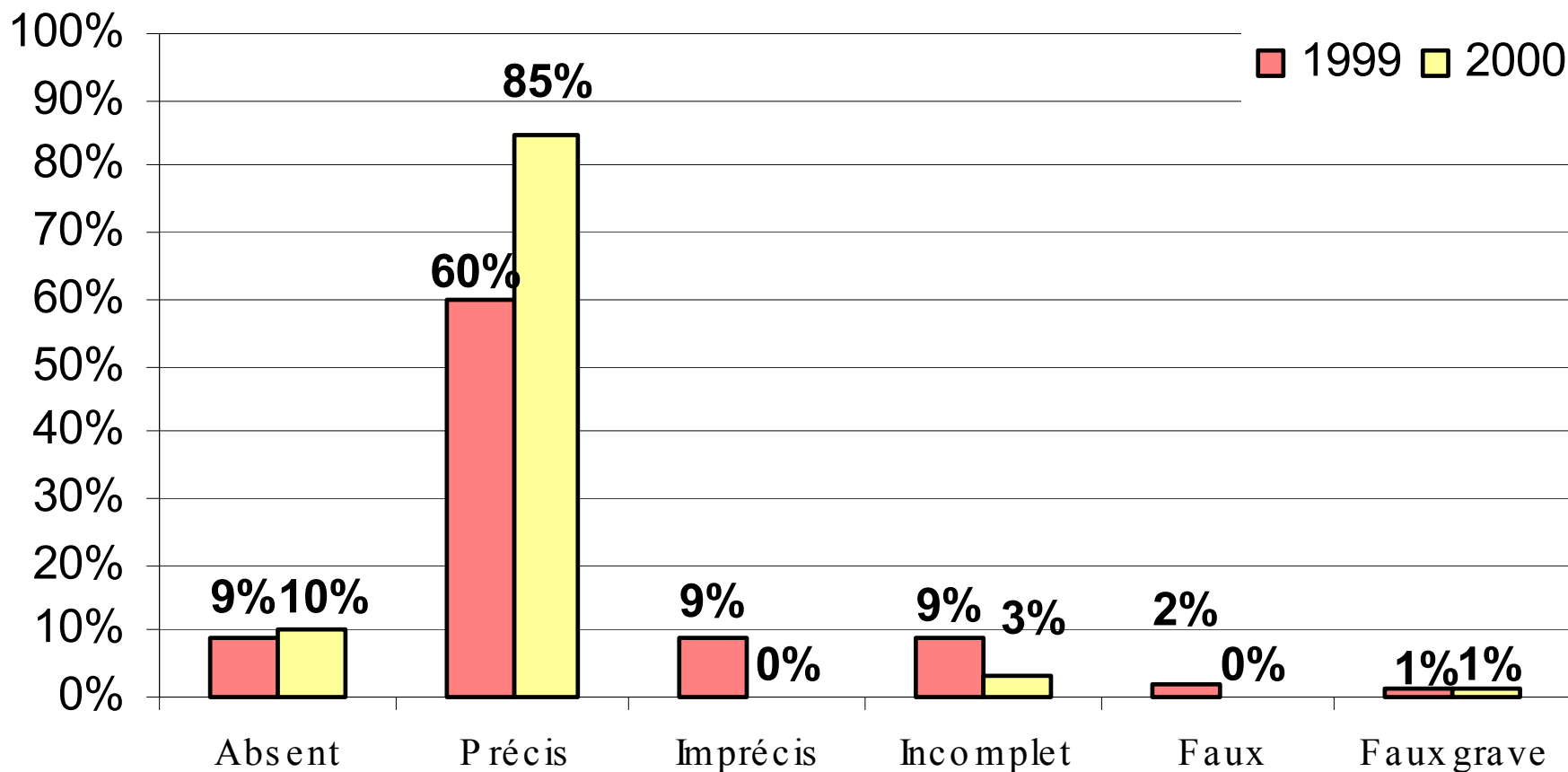
👉 Tessin : diagnostic principal



Source : Contrôle de qualité du codage:est-ce que la professionnalisation à un sens? F. Barazzoni, 29 mai 2002, Lausanne

6. Monitoring : qualité du codage

👉 Tessin : intervention principale



Source : Contrôle de qualité du codage:est-ce que la professionnalisation à un sens? F. Barazzoni, 29 mai 2002, Lausanne

6. Monitoring : qualité du codage

👉 Tessin : nombre de diagnostics / APDRG

	1999	2000	△
Médecine	1.67	2.89	+ 73 %
Chirurgie	3.53	4.11	+ 16 %
Gynécologie	1.14	1.32	+ 16 %
Pédiatrie	1.29	1.64	+ 27 %

APDRG modifié

26.2%

11.6%

Source : Contrôle de qualité du codage:est-ce que la professionnalisation à un sens? F. Barazzoni, 29 mai 2002, Lausanne

6. Monitoring : qualité du codage

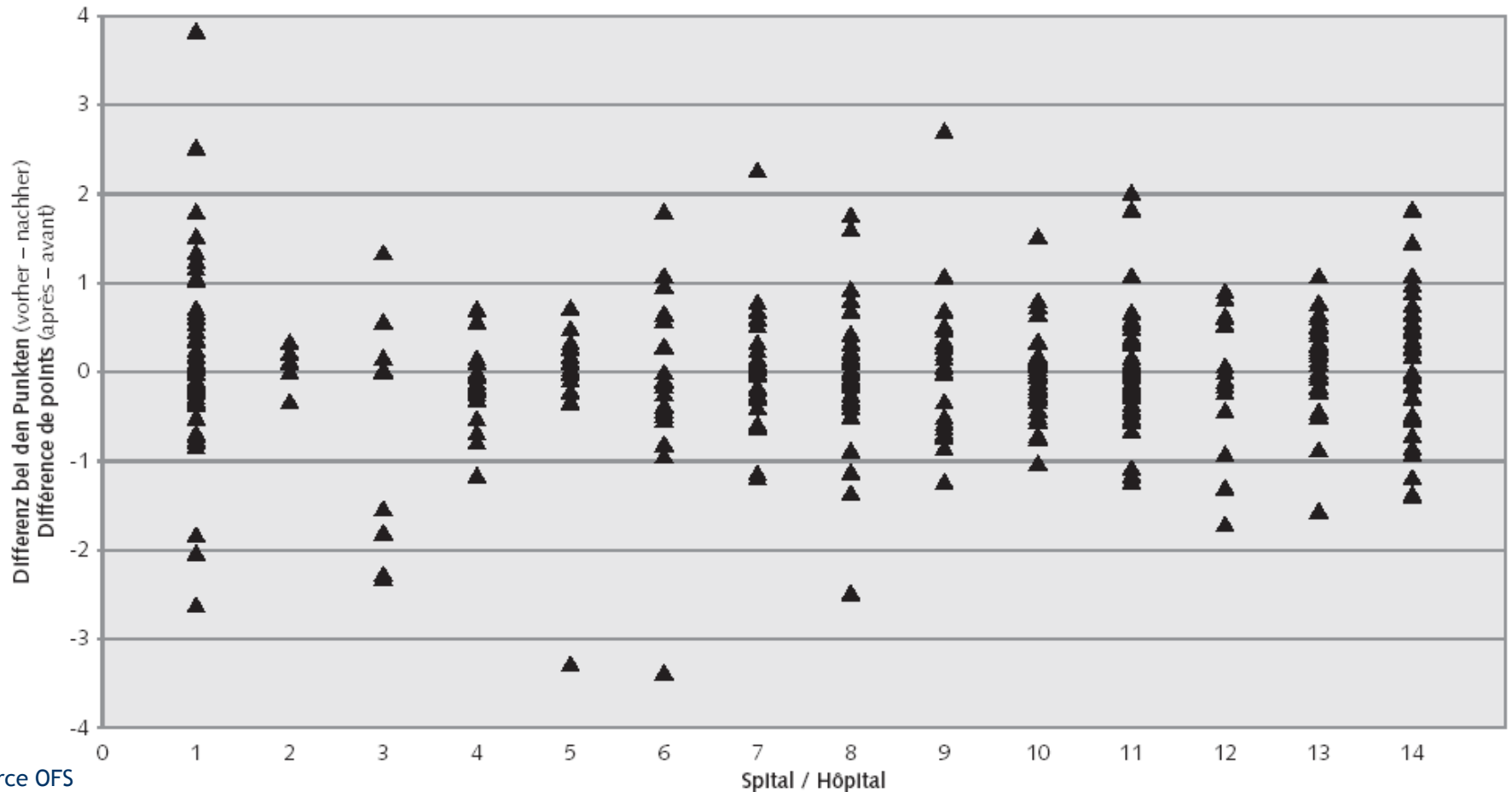
👉 Résultats 2003 (données 2002) - VD (H. Guillain)

Révision du codage dans 14 hôpitaux vaudois (codage des hospitalisations de l'année 2002 révisé durant l'année 2003)

Spital Hôpital	Anzahl Hospitalisierungen Nombre d'hospitalisations	Anzahl kontrollierte Dossiers Nombre de dossiers révisés	Zahl und Prozentsatz der geänderten APDRG Nombre et proportion d'APDRG modifiés
1	30 924	306	47 (15,4%)
2	3 242	176	5 (2,8%)
3	2 107	164	8 (4,9%)
4	3 041	177	29 (16,4%)
5	11 405	185	16 (8,6%)
6	10 152	185	21 (11,4%)
7	6 388	172	28 (16,3%)
8	9 709	183	31 (16,9%)
9	7 264	175	21 (12,0%)
10	9 766	174	31 (17,8%)
11	6 226	177	44 (24,9%)
12	1 024	158	15 (9,5%)
13	614	141	35 (24,8%)
14	630	144	37 (25,7%)
Source OFS	102 492	2 517	368 (14,6%)

6. Monitoring : qualité du codage

👉 Résultats 2003 (données 2002) - VD (H. Guillain)



Source OFS



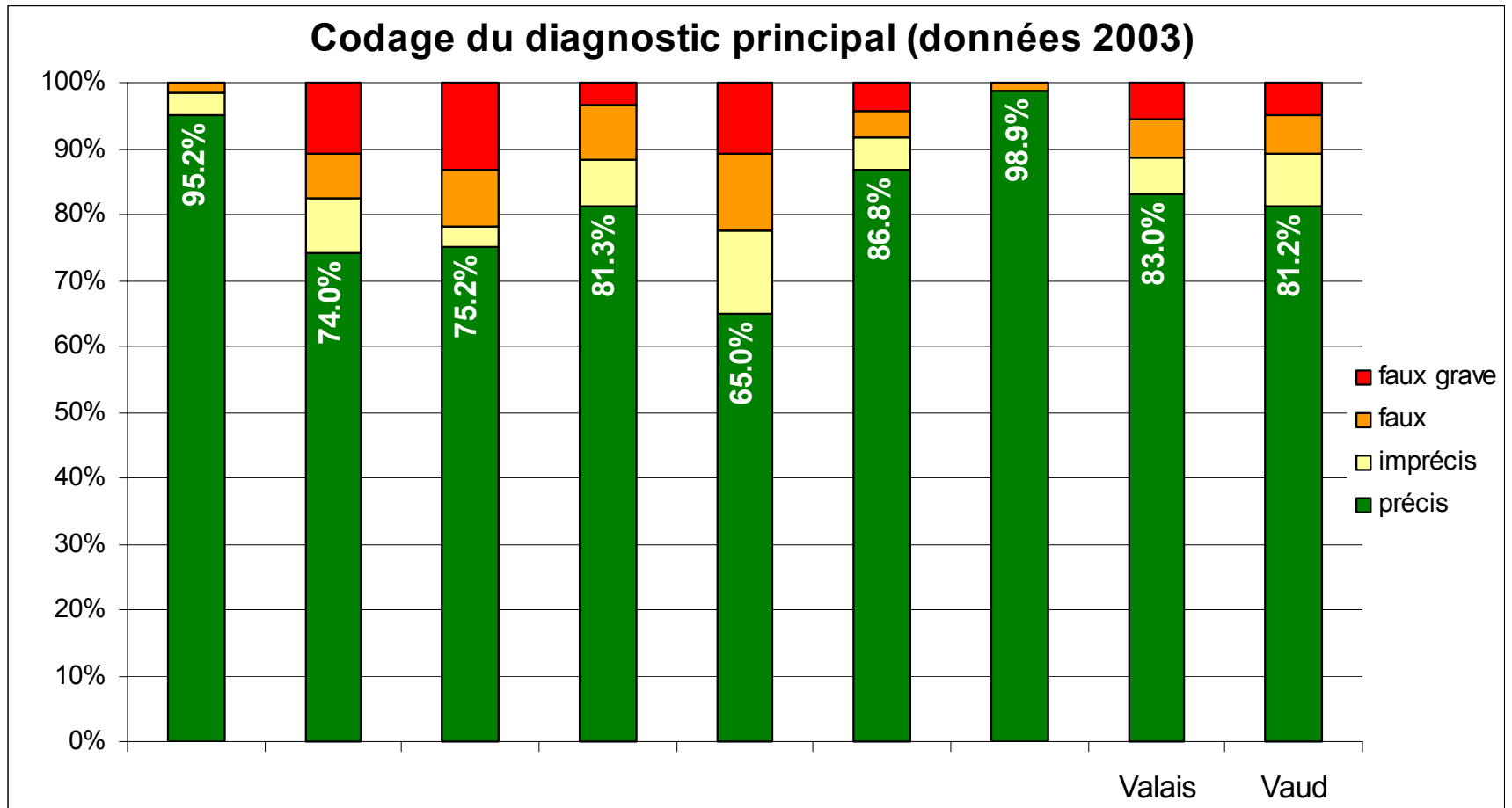
6. Monitoring : qualité du codage

➔ Résultats 2004 (données 2003) en Valais

- Etude en 2000 (données 1998) par l'IUMSP Lausanne : seulement 56.5% des diagnostics principaux et 65.0% des interventions précis.
- Unité de codage a été créée dès 2003 au sein de l'Observatoire valaisan de la santé. Buts :
 - uniformiser le codage (pratiques fort diverses)
 - le rendre fiable (précis et exhaustif)
 - permettre le financement par pathologies (APDRG)
- En 2004, nouvelle validation (données 2003) sous la direction de l'IUMSP, en commun avec le canton de Vaud.

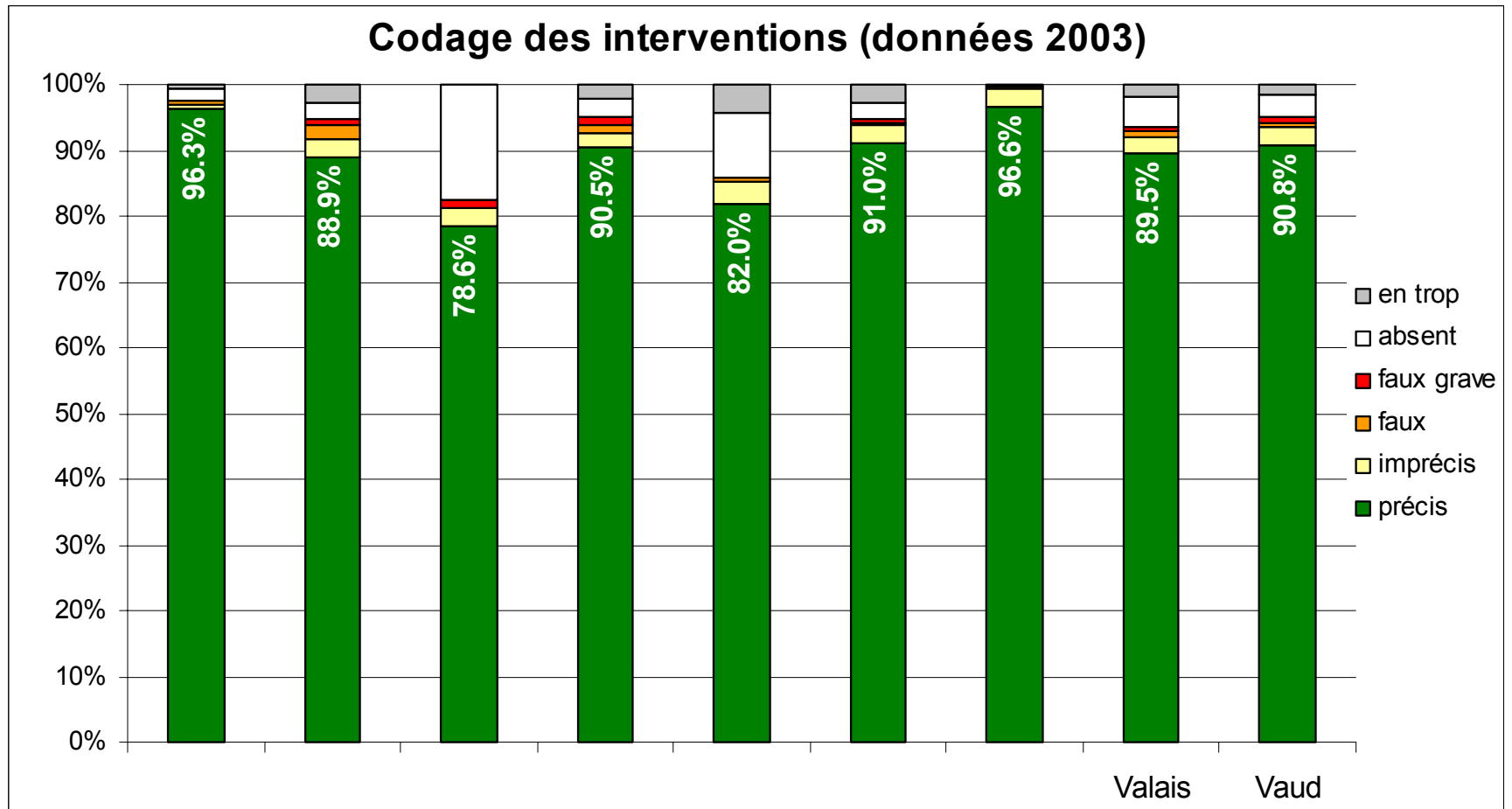
6. Monitoring : qualité du codage

👉 Résultats 2004 (données 2003) en Valais



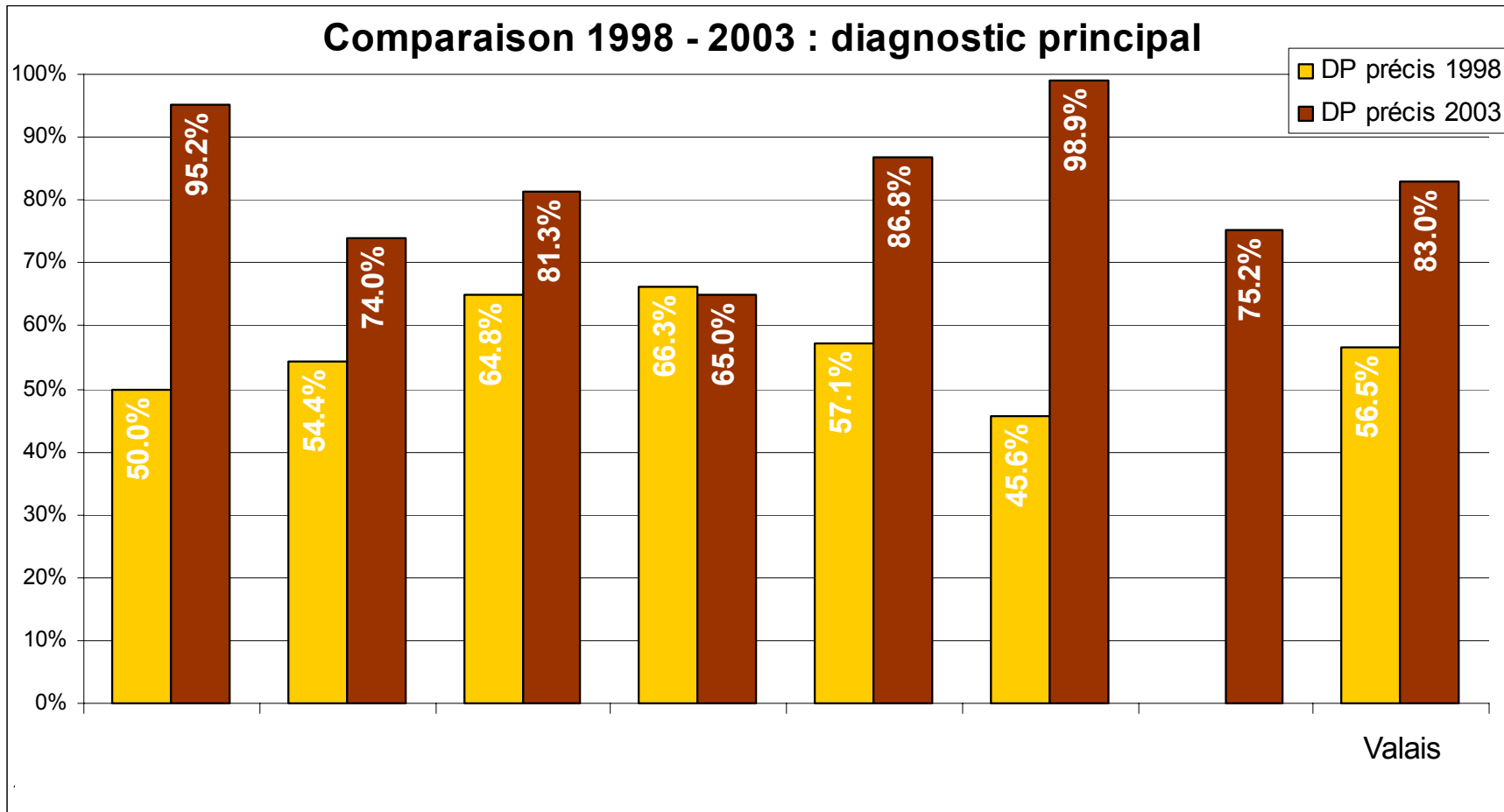
6. Monitoring : qualité du codage

👉 Résultats 2004 (données 2003) en Valais



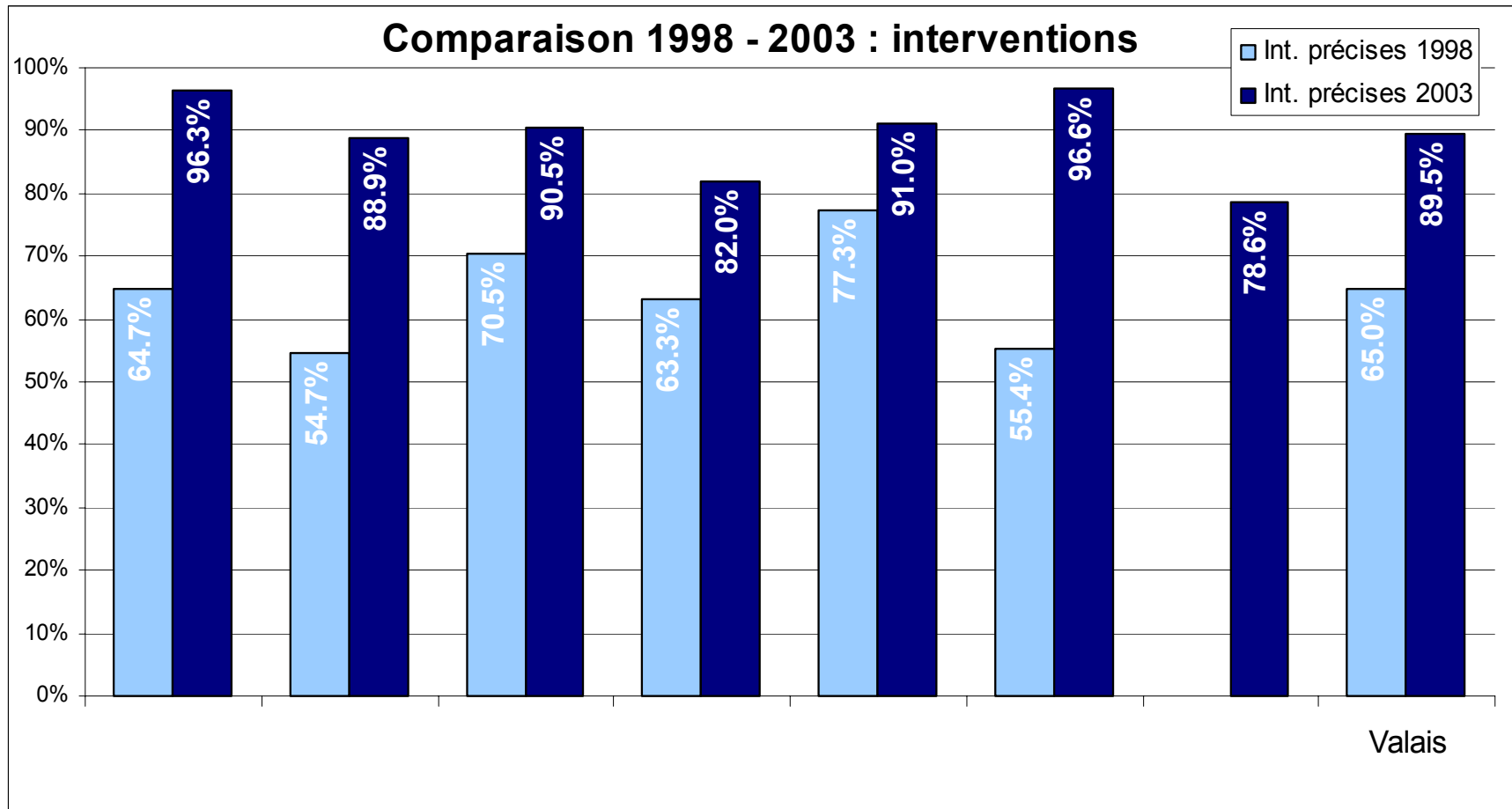
6. Monitoring : qualité du codage

👉 Résultats 2004 (données 2003) en Valais



6. Monitoring : qualité du codage

👉 Résultats 2004 (données 2003) en Valais



7. Suivi du codage pour facturation (annexe)

The screenshot shows a software window titled "Structures Spécifiques" with a menu bar containing "Fonctions", "Options", "Aide", and "Divers". The window is in "Modification" mode. The form contains the following fields and options:

- Type: OFS - Codificat
- Page: 1
- N°patient: 2030947
- Nom: [blurred]
- Prénom: [blurred]
- N°dossier: 6
- *** Codificatrices ***
- Date réception dossier (papier): 24/10/2005
- Date renvoi dossier: / /
- Motif de renvoi :
 - Pas de motif de blocage
 - Lettre de sortie manque/lacunaire
 - Protocole opératoire manque/lacunaire
 - Rapport de patho manque
 - Dossier nouveau-né manque/lacunaire
 - Demande d'information complémentaire
 - Autre
- Date réception dossier complet: 24/10/2005

At the bottom right, there are two buttons: a green checkmark and a red X.

Contacts

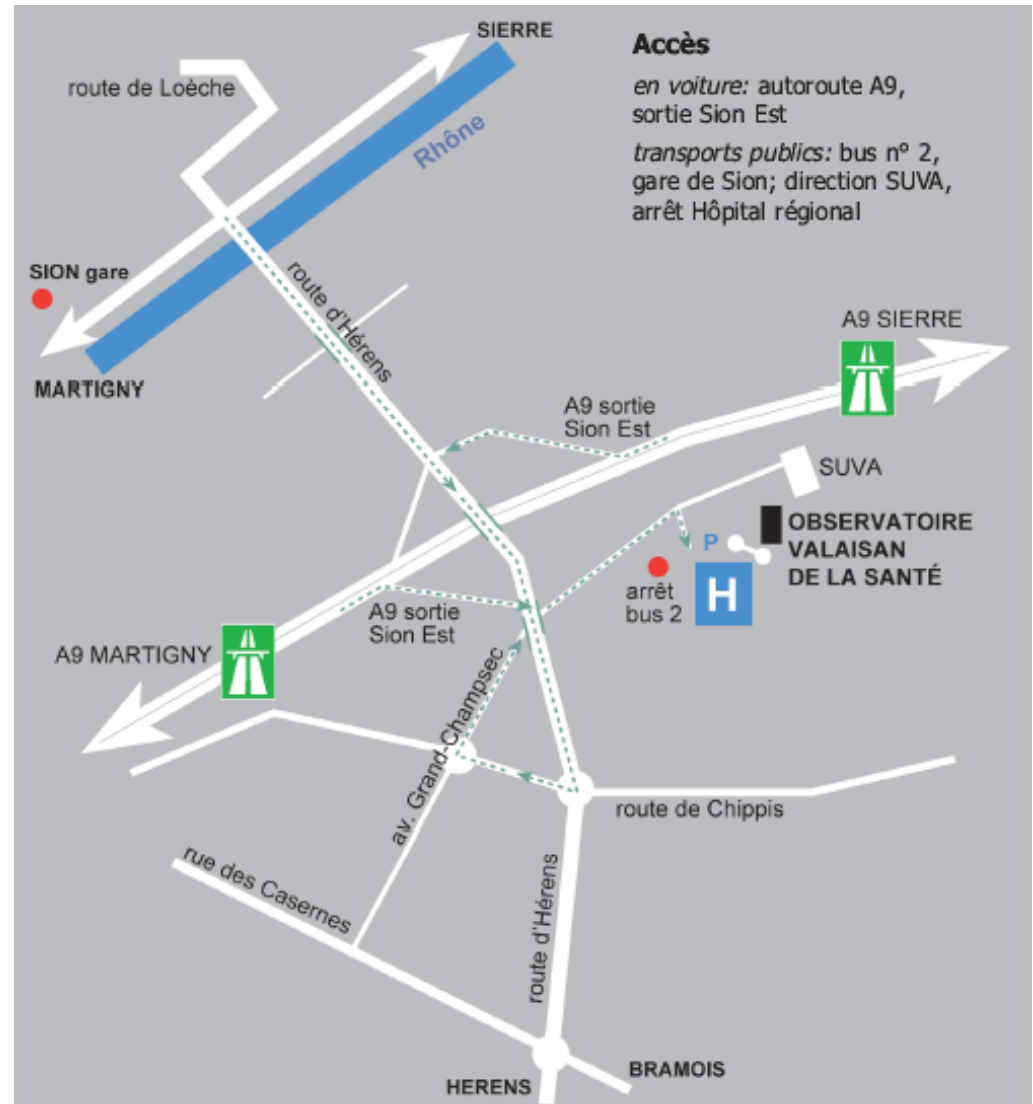
Observatoire valaisan de la santé

*Av. Gd-Champsec 86
1950 Sion*

+41 (27) 603 49 60

observatoire@ichv.ch

Merci de votre attention !



Délai de codage par discipline: cas facturés par APDRG

Année de sortie 2005 Centre hospitalier Tous
Période du 01/01/2005 au 21/10/2005 Site Tous

	Activité	Délai de transmission du dossier au codage								Codage		Taux de codage et de facturation				
		Nb. de sorties	CMI pond.	< 21j (Nb.)	< 21j (%)	< 28j (Nb.)	< 28j (%)	Moyenne (jours)	Maximum (jours)	< 2j (%)	> 5j (%)	Nb. de dossiers codés	% de dossiers codés	Nb. de dossier facturés	% de dossiers facturés	% de dossiers à facturer
Médecine	Cardiologie n/cantonalisée	192	1,159	131	70,8 %	155	83,8 %	19,2	131	47,6 %	23,8 %	185	96,4 %	182	98,4 %	5,2 %
	Cardiologie cantonalisée	718	1,249	475	74,9 %	548	86,4 %	17,7	152	55,4 %	21,5 %	634	88,3 %	632	99,7 %	12,0 %
	Médecine	7 491	1,023	4038	59,7 %	4951	73,2 %	24,1	250	62,6 %	26,3 %	6767	90,3 %	6 696	99,0 %	10,6 %
	Oncologie Lourde	106	1,289	16	18,0 %	41	46,1 %	37,4	147	36,0 %	41,6 %	89	84,0 %	88	98,9 %	17,0 %
	Total	8 507	1,048	4660	60,7 %	5695	74,2 %	23,6	250	61,3 %	26,0 %	7675	90,2 %	7 598	99,0 %	10,7 %
Chirurgie	Chirurgie cardiaque cantonalis	178	4,145	89	59,3 %	120	80,0 %	20,6	94	49,3 %	24,0 %	150	84,3 %	143	95,3 %	19,7 %
	Chirurgie du dos (Neurochirurg	41	1,702	24	77,4 %	28	90,3 %	17,6	54	35,5 %	58,1 %	31	75,6 %	31	100,0 %	24,4 %
	Chirurgie Générale	3 985	1,005	1667	52,9 %	2074	65,8 %	33,5	284	71,0 %	17,5 %	3154	79,1 %	3 112	98,7 %	21,9 %
	Chirurgie maxillo-faciale	14	0,860	3	25,0 %	4	33,3 %	48,1	146	75,0 %	8,3 %	12	85,7 %	12	100,0 %	14,3 %
	Chirurgie Plastique/Reconstruc	393	0,975	37	15,2 %	77	31,7 %	45,9	182	60,5 %	21,8 %	243	61,8 %	242	99,6 %	38,4 %
	Chirurgie thoracique	1	4,590	1	100,0 %	1	100,0 %	10,0	10	100,0 %	0,0 %	1	100,0 %	0	0,0 %	100,0 %
	Chirurgie vasculaire	18	1,454	7	43,8 %	8	50,0 %	35,5	91	87,5 %	6,3 %	16	88,9 %	16	100,0 %	11,1 %
	Chirurgie Esthétique	32	0,843	3	13,6 %	4	18,2 %	45,8	148	27,3 %	40,9 %	22	68,8 %	22	100,0 %	31,3 %
	Chirurgie cardiaque n/cantonal	25	1,909	17	77,3 %	18	81,8 %	17,5	40	54,5 %	27,3 %	22	88,0 %	22	100,0 %	12,0 %
	Neurochg. spécialisée	154	2,304	18	13,6 %	35	26,5 %	46,2	173	23,5 %	43,2 %	132	85,7 %	129	97,7 %	16,2 %
	Neurochg. Générale	327	1,276	32	12,3 %	74	28,5 %	44,1	227	39,6 %	20,4 %	260	79,5 %	259	99,6 %	20,8 %
	Ophthalmologie	3	1,222		0,0 %		0,0 %	67,0	67	100,0 %	0,0 %	1	33,3 %	1	100,0 %	66,7 %
	ORL	342	0,675	119	50,4 %	146	61,9 %	30,4	196	51,7 %	35,6 %	236	69,0 %	236	100,0 %	31,0 %
	Orthopédie	1 901	1,194	801	49,8 %	1040	64,7 %	28,5	277	62,3 %	25,2 %	1608	84,6 %	1 565	97,3 %	17,7 %
	Urologie	843	0,884	208	29,9 %	254	36,5 %	50,0	252	66,6 %	18,4 %	695	82,4 %	688	99,0 %	18,4 %
	Total	8 257	1,141	3026	46,0 %	3883	59,0 %	34,7	284	64,3 %	21,3 %	6583	79,7 %	6 478	98,4 %	21,5 %
Gynécologie-Obstétrique	Gynécologie	909	1,067	154	20,9 %	286	38,8 %	40,5	191	73,4 %	14,8 %	738	81,2 %	714	96,7 %	21,5 %
	Néonatalogie	64	1,747	12	23,5 %	22	43,1 %	39,2	218	80,4 %	9,8 %	51	79,7 %	50	98,0 %	21,9 %
	Nurserie	1 689	0,335	517	36,7 %	851	60,4 %	27,9	233	54,5 %	24,5 %	1409	83,4 %	1 395	99,0 %	17,4 %
	Maternité-Obst.	1 922	0,670	539	34,0 %	851	53,7 %	30,4	233	61,1 %	17,9 %	1584	82,4 %	1 531	96,7 %	20,3 %
	Total	4 584	0,637	1222	32,3 %	2010	53,1 %	31,6	233	61,3 %	19,6 %	3782	82,5 %	3 690	97,6 %	19,5 %
Pédiatrie	Chirurgie pédiatrique	236	0,644	144	67,9 %	179	84,4 %	22,1	240	84,9 %	4,2 %	212	89,8 %	209	98,6 %	11,4 %
	Pédiatrie	894	0,612	474	57,4 %	628	76,0 %	22,5	137	94,4 %	2,5 %	826	92,4 %	818	99,0 %	8,5 %
	Total	1 130	0,618	618	59,5 %	807	77,7 %	22,4	240	92,5 %	2,9 %	1038	91,9 %	1 027	98,9 %	9,1 %
Autres	Radio-oncologie	32	1,442	8	30,8 %	12	46,2 %	39,5	159	42,3 %	34,6 %	26	81,3 %	25	96,2 %	21,9 %
	Total	32	1,442	8	30,8 %	12	46,2 %	39,5	159	42,3 %	34,6 %	26	81,3 %	25	96,2 %	21,9 %
Total	22 510	0,976	9534	49,9 %	12407	64,9 %	29,0	284	64,0 %	21,9 %	19104	84,9 %	18 818	98,5 %	16,4 %	

Délai de codage par discipline: cas facturés par APDRG

Année de sortie 2005 Centre hospitalier C1
Période du 01/01/2005 au 21/10/2005 Site Tous

	Activité	Délai de transmission du dossier au codage								Codage		Taux de codage et de facturation				
		Nb. de sorties	CMI pond.	< 21j (Nb.)	< 21j (%)	< 28j (Nb.)	< 28j (%)	Moyenne (jours)	Maximum (jours)	< 2j (%)	> 5j (%)	Nb. de dossiers codés	% de dossiers codés	Nb. de dossier facturés	% de dossiers facturés	% de dossiers à facturer
Médecine	Cardiologie n/cantonalisée	192	1,159	131	70,8 %	155	83,8 %	19,2	131	47,6 %	23,8 %	185	96,4 %	182	98,4 %	5,2 %
	Cardiologie cantonalisée	718	1,249	475	74,9 %	548	86,4 %	17,7	152	55,4 %	21,5 %	634	88,3 %	632	99,7 %	12,0 %
	Médecine	5 071	1,027	2414	53,4 %	3113	68,9 %	26,0	250	70,4 %	15,8 %	4518	89,1 %	4 484	99,2 %	11,6 %
	Oncologie Lourde	106	1,289	16	18,0 %	41	46,1 %	37,4	147	36,0 %	41,6 %	89	84,0 %	88	98,9 %	17,0 %
	Total	6 087	1,062	3036	56,0 %	3857	71,1 %	25,0	250	67,3 %	17,2 %	5426	89,1 %	5 386	99,3 %	11,5 %
Chirurgie	Chirurgie cardiaque cantonalis	178	4,145	89	59,3 %	120	80,0 %	20,6	94	49,3 %	24,0 %	150	84,3 %	143	95,3 %	19,7 %
	Chirurgie Générale	1 755	1,026	245	19,9 %	385	31,3 %	55,6	284	67,9 %	16,7 %	1230	70,1 %	1 207	98,1 %	31,2 %
	Chirurgie maxillo-faciale	14	0,860	3	25,0 %	4	33,3 %	48,1	146	75,0 %	8,3 %	12	85,7 %	12	100,0 %	14,3 %
	Chirurgie Plastique/Reconstruc	393	0,975	37	15,2 %	77	31,7 %	45,9	182	60,5 %	21,8 %	243	61,8 %	242	99,6 %	38,4 %
	Chirurgie thoracique	1	4,590	1	100,0 %	1	100,0 %	10,0	10	100,0 %	0,0 %	1	100,0 %	0	0,0 %	100,0 %
	Chirurgie vasculaire	18	1,454	7	43,8 %	8	50,0 %	35,5	91	87,5 %	6,3 %	16	88,9 %	16	100,0 %	11,1 %
	Chirurgie Esthétique	32	0,843	3	13,6 %	4	18,2 %	45,8	148	27,3 %	40,9 %	22	68,8 %	22	100,0 %	31,3 %
	Chirurgie cardiaque n/cantonal	25	1,909	17	77,3 %	18	81,8 %	17,5	40	54,5 %	27,3 %	22	88,0 %	22	100,0 %	12,0 %
	Neurochg. spécialisée	154	2,304	18	13,6 %	35	26,5 %	46,2	173	23,5 %	43,2 %	132	85,7 %	129	97,7 %	16,2 %
	Neurochg. Générale	327	1,276	32	12,3 %	74	28,5 %	44,1	227	39,6 %	20,4 %	260	79,5 %	259	99,6 %	20,8 %
	Ophthalmologie	2	1,222		0,0 %		0,0 %	67,0	67	100,0 %	0,0 %	1	50,0 %	1	100,0 %	50,0 %
	ORL	200	0,688	37	33,9 %	51	46,8 %	38,6	184	56,9 %	20,2 %	109	54,5 %	109	100,0 %	45,5 %
	Orthopédie	1 490	1,169	488	39,2 %	699	56,1 %	31,7	277	65,7 %	19,4 %	1246	83,6 %	1 207	96,9 %	19,0 %
	Urologie	630	0,929	42	8,5 %	76	15,3 %	63,2	252	69,4 %	12,5 %	496	78,7 %	489	98,6 %	22,4 %
	Total	5 219	1,231	1019	25,9 %	1552	39,4 %	45,1	284	62,4 %	19,0 %	3940	75,5 %	3 858	97,9 %	26,1 %
Gynécologie-Obstétrique	Gynécologie	670	1,041	103	18,9 %	214	39,2 %	40,8	191	76,2 %	11,7 %	546	81,5 %	523	95,8 %	21,9 %
	Néonatalogie	64	1,747	12	23,5 %	22	43,1 %	39,2	218	80,4 %	9,8 %	51	79,7 %	50	98,0 %	21,9 %
	Nurserie	1 192	0,323	439	44,3 %	684	69,0 %	26,4	233	41,8 %	32,5 %	992	83,2 %	979	98,7 %	17,9 %
	Maternité-Obst.	1 370	0,660	447	39,6 %	667	59,1 %	29,4	233	52,0 %	22,8 %	1129	82,4 %	1 079	95,6 %	21,2 %
	Total	3 296	0,634	1001	36,8 %	1587	58,4 %	30,8	233	53,7 %	23,8 %	2718	82,5 %	2 631	96,8 %	20,2 %
Pédiatrie	Chirurgie pédiatrique	69	0,657	28	47,5 %	41	69,5 %	31,0	240	93,2 %	3,4 %	59	85,5 %	58	98,3 %	15,9 %
	Pédiatrie	703	0,630	410	62,4 %	528	80,4 %	21,1	130	95,4 %	2,0 %	657	93,5 %	652	99,2 %	7,3 %
	Total	772	0,632	438	61,2 %	569	79,5 %	21,9	240	95,3 %	2,1 %	716	92,7 %	710	99,2 %	8,0 %
Autres	Radio-oncologie	32	1,442	8	30,8 %	12	46,2 %	39,5	159	42,3 %	34,6 %	26	81,3 %	25	96,2 %	21,9 %
	Total	32	1,442	8	30,8 %	12	46,2 %	39,5	159	42,3 %	34,6 %	26	81,3 %	25	96,2 %	21,9 %
Total		15 406	1,000	5502	42,9 %	7577	59,1 %	32,3	284	64,4 %	18,3 %	12826	83,3 %	12 610	98,3 %	18,1 %

Délai de codage par discipline: cas facturés par APDRG

Année de sortie 2005 Centre hospitalier C2
Période du 01/01/2005 au 21/10/2005 Site Tous

		Activité		Délai de transmission du dossier au codage					Codage		Taux de codage et de facturation					
		Nb. de sorties	CMI pond.	< 21j (Nb.)	< 21j (%)	< 28j (Nb.)	< 28j (%)	Moyenne (jours)	Maximum (jours)	< 2j (%)	> 5j (%)	Nb. de dossiers codés	% de dossiers codés	Nb. de dossier facturés	% de dossiers facturés	% de dossiers à facturer
Médecine	Médecine	2 420	1,015	1624	72,2 %	1838	81,7 %	20,3	151	47,0 %	47,3 %	2249	92,9 %	2 212	98,4 %	8,6 %
	Total	2 420	1,015	1624	72,2 %	1838	81,7 %	20,3	151	47,0 %	47,3 %	2249	92,9 %	2 212	98,4 %	8,6 %
Chirurgie	Chirurgie du dos (Neurochirurg)	41	1,702	24	77,4 %	28	90,3 %	17,6	54	35,5 %	58,1 %	31	75,6 %	31	100,0 %	24,4 %
	Chirurgie Générale	2 230	0,991	1422	73,9 %	1689	87,8 %	19,4	237	73,0 %	18,0 %	1924	86,3 %	1 905	99,0 %	14,6 %
	Ophthalmologie	1			0,0 %		0,0 %	0,0	0	0,0 %	0,0 %		0,0 %	0	0,0 %	100,0 %
	ORL	142	0,664	82	64,6 %	95	74,8 %	23,3	196	47,2 %	48,8 %	127	89,4 %	127	100,0 %	10,6 %
	Orthopédie	411	1,279	313	86,5 %	341	94,2 %	17,2	119	50,8 %	45,0 %	362	88,1 %	358	98,9 %	12,9 %
	Urologie	213	0,773	166	83,4 %	178	89,4 %	17,1	186	59,8 %	33,2 %	199	93,4 %	199	100,0 %	6,6 %
	Total	3 038	1,007	2007	75,9 %	2331	88,2 %	19,1	237	67,3 %	24,8 %	2643	87,0 %	2 620	99,1 %	13,8 %
Gynécologie-Obstétrique	Gynécologie	239	1,141	51	26,6 %	72	37,5 %	39,6	109	65,6 %	23,4 %	192	80,3 %	191	99,5 %	20,1 %
	Nurserie	497	0,362	78	18,7 %	167	40,0 %	31,5	80	84,7 %	5,5 %	417	83,9 %	416	99,8 %	16,3 %
	Maternité-Obst.	552	0,692	92	20,2 %	184	40,4 %	33,0	141	83,7 %	5,9 %	455	82,4 %	452	99,3 %	18,1 %
	Total	1 288	0,644	221	20,8 %	423	39,8 %	33,6	141	80,8 %	8,9 %	1064	82,6 %	1 059	99,5 %	17,8 %
Pédiatrie	Chirurgie pédiatrique	167	0,639	116	75,8 %	138	90,2 %	18,6	151	81,7 %	4,6 %	153	91,6 %	151	98,7 %	9,6 %
	Pédiatrie	191	0,541	64	37,9 %	100	59,2 %	28,1	137	90,5 %	4,7 %	169	88,5 %	166	98,2 %	13,1 %
	Total	358	0,587	180	55,9 %	238	73,9 %	23,6	151	86,3 %	4,7 %	322	89,9 %	317	98,4 %	11,5 %
Total		7 104	0,927	4032	64,2 %	4830	76,9 %	22,2	237	63,3 %	29,1 %	6278	88,4 %	6 208	98,9 %	12,6 %

Délai de codage par discipline: cas facturés par APDRG

Année de sortie 2005 Centre hospitalier C2
Période du 01/01/2005 au 21/10/2005 Site H1

	Activité	Délai de transmission du dossier au codage						Codage		Taux de codage et de facturation						
		Nb. de sorties	CMI pond.	< 21j (Nb.)	< 21j (%)	< 28j (Nb.)	< 28j (%)	Moyenne (jours)	Maximum (jours)	< 2j (%)	> 5j (%)	Nb. de dossiers codés	% de dossiers codés	Nb. de dossier facturés	% de dossiers facturés	% de dossiers à facturer
Médecine	Médecine	1 083	1,044	776	77,5 %	862	86,1 %	19,6	122	55,1 %	38,8 %	1001	92,4 %	990	98,9 %	8,6 %
	Total	1 083	1,044	776	77,5 %	862	86,1 %	19,6	122	55,1 %	38,8 %	1001	92,4 %	990	98,9 %	8,6 %
Chirurgie	Chirurgie du dos (Neurochirurg)	41	1,702	24	77,4 %	28	90,3 %	17,6	54	35,5 %	58,1 %	31	75,6 %	31	100,0 %	24,4 %
	Chirurgie Générale	420	0,899	262	69,3 %	302	79,9 %	21,4	108	43,7 %	53,7 %	378	90,0 %	377	99,7 %	10,2 %
	ORL	124	0,679	70	64,2 %	78	71,6 %	22,6	61	42,2 %	54,1 %	109	87,9 %	109	100,0 %	12,1 %
	Orthopédie	404	1,271	308	86,5 %	335	94,1 %	17,2	119	50,3 %	45,5 %	356	88,1 %	352	98,9 %	12,9 %
	Urologie	201	0,738	160	85,6 %	170	90,9 %	16,7	186	58,8 %	34,8 %	187	93,0 %	187	100,0 %	7,0 %
	Total	1 190	0,996	824	77,7 %	913	86,1 %	19,2	186	48,2 %	47,8 %	1061	89,2 %	1 056	99,5 %	11,3 %
Gynécologie-Obstétrique	Gynécologie	96	1,198	35	36,5 %	42	43,8 %	41,2	109	50,0 %	41,7 %	96	100,0 %	96	100,0 %	0,0 %
	Total	96	1,198	35	36,5 %	42	43,8 %	41,2	109	50,0 %	41,7 %	96	100,0 %	96	100,0 %	0,0 %
Total		2 369	1,027	1635	75,8 %	1817	84,2 %	20,4	186	51,5 %	43,3 %	2158	91,1 %	2 142	99,3 %	9,6 %

Délai de codage par discipline: cas facturés par APDRG

Année de sortie 2005 Centre hospitalier C2
Période du 01/01/2005 au 21/10/2005 Site H2

	Activité	Délai de transmission du dossier au codage						Codage		Taux de codage et de facturation						
		Nb. de sorties	CMI pond.	< 21j (Nb.)	< 21j (%)	< 28j (Nb.)	< 28j (%)	Moyenne (jours)	Maximum (jours)	< 2j (%)	> 5j (%)	Nb. de dossiers codés	% de dossiers codés	Nb. de dossier facturés	% de dossiers facturés	% de dossiers à facturer
Médecine	Médecine	1 337	0,992	848	67,9 %	976	78,2 %	20,9	151	40,4 %	54,1 %	1248	93,3 %	1 222	97,9 %	8,6 %
	Total	1 337	0,992	848	67,9 %	976	78,2 %	20,9	151	40,4 %	54,1 %	1248	93,3 %	1 222	97,9 %	8,6 %
Chirurgie	Chirurgie Générale	1 810	1,013	1160	75,0 %	1387	89,7 %	18,9	237	80,2 %	9,3 %	1546	85,4 %	1 528	98,8 %	15,6 %
	Ophthalmologie	1			0,0 %		0,0 %	0,0	0	0,0 %	0,0 %		0,0 %	0	0,0 %	100,0 %
	ORL	18	0,576	12	66,7 %	17	94,4 %	27,3	196	77,8 %	16,7 %	18	100,0 %	18	100,0 %	0,0 %
	Orthopédie	7	1,736	5	83,3 %	6	100,0 %	16,5	24	83,3 %	16,7 %	6	85,7 %	6	100,0 %	14,3 %
	Urologie	12	1,318	6	50,0 %	8	66,7 %	22,5	50	75,0 %	8,3 %	12	100,0 %	12	100,0 %	0,0 %
	Total	1 848	1,014	1183	74,8 %	1418	89,6 %	19,0	237	80,2 %	9,4 %	1582	85,6 %	1 564	98,9 %	15,4 %
Gynécologie-Obstétrique	Gynécologie	143	1,084	16	16,7 %	30	31,3 %	37,9	105	81,3 %	5,2 %	96	67,1 %	95	99,0 %	33,6 %
	Nurserie	497	0,362	78	18,7 %	167	40,0 %	31,5	80	84,7 %	5,5 %	417	83,9 %	416	99,8 %	16,3 %
	Maternité-Obst.	552	0,692	92	20,2 %	184	40,4 %	33,0	141	83,7 %	5,9 %	455	82,4 %	452	99,3 %	18,1 %
	Total	1 192	0,589	186	19,2 %	381	39,4 %	32,9	141	83,9 %	5,7 %	968	81,2 %	963	99,5 %	19,2 %
Pédiatrie	Chirurgie pédiatrique	167	0,639	116	75,8 %	138	90,2 %	18,6	151	81,7 %	4,6 %	153	91,6 %	151	98,7 %	9,6 %
	Pédiatrie	191	0,541	64	37,9 %	100	59,2 %	28,1	137	90,5 %	4,7 %	169	88,5 %	166	98,2 %	13,1 %
	Total	358	0,587	180	55,9 %	238	73,9 %	23,6	151	86,3 %	4,7 %	322	89,9 %	317	98,4 %	11,5 %
Total	4 735	0,874	2397	58,2 %	3013	73,1 %	23,2	237	69,5 %	21,7 %	4120	87,0 %	4 066	98,7 %	14,1 %	

Délai de codage par discipline: cas facturés par APDRG

Année de sortie 2005 Centre hospitalier C1
Période du 01/01/2005 au 21/10/2005 Site H3

	Activité	Délai de transmission du dossier au codage						Codage		Taux de codage et de facturation						
		Nb. de sorties	CMI pond.	< 21j (Nb.)	< 21j (%)	< 28j (Nb.)	< 28j (%)	Moyenne (jours)	Maximum (jours)	< 2j (%)	> 5j (%)	Nb. de dossiers codés	% de dossiers codés	Nb. de dossier facturés	% de dossiers facturés	% de dossiers à facturer
Médecine	Médecine	1 449	1,006	690	52,6 %	917	69,8 %	26,3	198	80,1 %	7,5 %	1313	90,6 %	1 306	99,5 %	9,9 %
	Total	1 449	1,006	690	52,6 %	917	69,8 %	26,3	198	80,1 %	7,5 %	1313	90,6 %	1 306	99,5 %	9,9 %
Chirurgie	Chirurgie Générale	493	0,840	103	25,9 %	176	44,2 %	36,2	216	80,2 %	5,8 %	398	80,7 %	389	97,7 %	21,1 %
	ORL	54	0,724	15	44,1 %	20	58,8 %	26,2	71	88,2 %	5,9 %	34	63,0 %	34	100,0 %	37,0 %
	Orthopédie	608	1,175	222	41,7 %	310	58,3 %	30,2	166	78,2 %	9,2 %	532	87,5 %	520	97,7 %	14,5 %
	Urologie	4	0,676		0,0 %		0,0 %	35,5	41	100,0 %	0,0 %	2	50,0 %	2	100,0 %	50,0 %
	Total	1 159	1,020	340	35,2 %	506	52,4 %	32,5	216	79,4 %	7,7 %	966	83,3 %	945	97,8 %	18,5 %
Gynécologie-Obstétrique	Gynécologie	270	0,992	35	16,5 %	87	41,0 %	44,1	191	75,0 %	14,6 %	212	78,5 %	203	95,8 %	24,8 %
	Nurserie	56	0,318	8	15,4 %	29	55,8 %	36,3	136	100,0 %	0,0 %	52	92,9 %	52	100,0 %	7,1 %
	Maternité-Obst.	65	0,672	10	16,4 %	31	50,8 %	34,4	134	96,7 %	3,3 %	61	93,8 %	60	98,4 %	7,7 %
	Total	391	0,824	53	16,3 %	147	45,2 %	41,0	191	83,1 %	10,2 %	325	83,1 %	315	96,9 %	19,4 %
Pédiatrie	Pédiatrie	28	0,728	18	66,7 %	23	85,2 %	21,8	92	96,3 %	0,0 %	27	96,4 %	27	100,0 %	3,6 %
	Total	28	0,728	18	66,7 %	23	85,2 %	21,8	92	96,3 %	0,0 %	27	96,4 %	27	100,0 %	3,6 %
Total		3 027	0,986	1101	41,8 %	1593	60,5 %	30,4	216	80,4 %	7,8 %	2631	86,9 %	2 593	98,6 %	14,3 %

Délai de codage par discipline: cas facturés par APDRG

Année de sortie 2005 Centre hospitalier C1
Période du 02/01/2005 au 21/10/2005 Site H4

	Activité	Délai de transmission du dossier au codage								Codage		Taux de codage et de facturation				
		Nb. de sorties	CMI pond.	< 21j (Nb.)	< 21j (%)	< 28j (Nb.)	< 28j (%)	Moyenne (jours)	Maximum (jours)	< 2j (%)	> 5j (%)	Nb. de dossiers codés	% de dossiers codés	Nb. de dossier facturés	% de dossiers facturés	% de dossiers à facturer
Médecine	Médecine	1 582	1,000	529	38,5 %	756	55,0 %	30,5	162	94,0 %	1,7 %	1374	86,9 %	1 367	99,5 %	13,6 %
	Total	1 582	1,000	529	38,5 %	756	55,0 %	30,5	162	94,0 %	1,7 %	1374	86,9 %	1 367	99,5 %	13,6 %
Chirurgie	Chirurgie Générale	325	1,022	71	25,4 %	104	37,1 %	43,2	150	94,6 %	1,8 %	280	86,2 %	277	98,9 %	14,8 %
	Chirurgie maxillo-faciale	14	0,860	3	25,0 %	4	33,3 %	48,1	146	75,0 %	8,3 %	12	85,7 %	12	100,0 %	14,3 %
	Chirurgie Plastique/Reconstruc	103	1,047	20	26,3 %	25	32,9 %	46,6	182	92,1 %	3,9 %	76	73,8 %	76	100,0 %	26,2 %
	Chirurgie vasculaire	18	1,454	7	43,8 %	8	50,0 %	35,5	91	87,5 %	6,3 %	16	88,9 %	16	100,0 %	11,1 %
	ORL	11	0,724	6	54,5 %	7	63,6 %	31,5	89	90,9 %	9,1 %	11	100,0 %	11	100,0 %	0,0 %
	Orthopédie	42	0,653	6	15,8 %	12	31,6 %	49,3	108	92,1 %	2,6 %	38	90,5 %	38	100,0 %	9,5 %
	Urologie	359	0,777	41	13,5 %	71	23,4 %	47,8	170	91,1 %	0,3 %	304	84,7 %	304	100,0 %	15,3 %
Total	872	0,907	154	20,9 %	231	31,3 %	45,5	182	92,3 %	1,8 %	737	84,5 %	734	99,6 %	15,8 %	
Gynécologie-Obstétrique	Gynécologie	264	1,139	36	15,6 %	81	35,1 %	39,3	123	94,8 %	2,2 %	231	87,5 %	230	99,6 %	12,9 %
	Total	264	1,139	36	15,6 %	81	35,1 %	39,3	123	94,8 %	2,2 %	231	87,5 %	230	99,6 %	12,9 %
Total		2 718	0,984	719	30,7 %	1068	45,6 %	36,1	182	93,6 %	1,8 %	2342	86,2 %	2 331	99,5 %	14,2 %

Délai de codage par discipline: cas facturés par APDRG

Année de sortie 2005 Centre hospitalier C1
Période du 01/01/2005 au 21/10/2005 Site H5

	Activité	Délai de transmission du dossier au codage						Codage		Taux de codage et de facturation						
		Nb. de sorties	CMI pond.	< 21j (Nb.)	< 21j (%)	< 28j (Nb.)	< 28j (%)	Moyenne (jours)	Maximum (jours)	< 2j (%)	> 5j (%)	Nb. de dossiers codés	% de dossiers codés	Nb. de dossier facturés	% de dossiers facturés	% de dossiers à facturer
Médecine	Cardiologie n/cantonalisée	192	1,159	131	70,8 %	155	83,8 %	19,2	131	47,6 %	23,8 %	185	96,4 %	182	98,4 %	5,2 %
	Cardiologie cantonalisée	718	1,249	475	74,9 %	548	86,4 %	17,7	152	55,4 %	21,5 %	634	88,3 %	632	99,7 %	12,0 %
	Médecine	2 040	1,063	1195	65,3 %	1440	78,6 %	22,3	250	45,7 %	32,4 %	1831	89,8 %	1 811	98,9 %	11,2 %
	Oncologie Lourde	106	1,289	16	18,0 %	41	46,1 %	37,4	147	36,0 %	41,6 %	89	84,0 %	88	98,9 %	17,0 %
	Total	3 056	1,120	1817	66,3 %	2184	79,7 %	21,5	250	47,8 %	29,6 %	2739	89,6 %	2 713	99,1 %	11,2 %
Chirurgie	Chirurgie cardiaque cantonalis	178	4,145	89	59,3 %	120	80,0 %	20,6	94	49,3 %	24,0 %	150	84,3 %	143	95,3 %	19,7 %
	Chirurgie Générale	937	1,163	71	12,9 %	105	19,0 %	75,8	284	45,5 %	32,1 %	552	58,9 %	541	98,0 %	42,3 %
	Chirurgie Plastique/Reconstruc	290	0,942	17	10,2 %	52	31,1 %	45,6	171	46,1 %	29,9 %	167	57,6 %	166	99,4 %	42,8 %
	Chirurgie thoracique	1	4,590	1	100,0 %	1	100,0 %	10,0	10	100,0 %	0,0 %	1	100,0 %	0	0,0 %	100,0 %
	Chirurgie Esthétique	32	0,843	3	13,6 %	4	18,2 %	45,8	148	27,3 %	40,9 %	22	68,8 %	22	100,0 %	31,3 %
	Chirurgie cardiaque n/cantonal	25	1,909	17	77,3 %	18	81,8 %	17,5	40	54,5 %	27,3 %	22	88,0 %	22	100,0 %	12,0 %
	Neurochg. spécialisée	154	2,304	18	13,6 %	35	26,5 %	46,2	173	23,5 %	43,2 %	132	85,7 %	129	97,7 %	16,2 %
	Neurochg. Générale	327	1,276	32	12,3 %	74	28,5 %	44,1	227	39,6 %	20,4 %	260	79,5 %	259	99,6 %	20,8 %
	Ophthalmologie	2	1,222		0,0 %		0,0 %	67,0	67	100,0 %	0,0 %	1	50,0 %	1	100,0 %	50,0 %
	ORL	135	0,664	16	25,0 %	24	37,5 %	46,5	184	34,4 %	29,7 %	64	47,4 %	64	100,0 %	52,6 %
	Orthopédie	840	1,194	260	38,5 %	377	55,8 %	31,9	277	54,3 %	28,4 %	676	80,5 %	649	96,0 %	22,7 %
	Urologie	267	1,174	1	0,5 %	5	2,6 %	88,3	252	34,2 %	32,1 %	190	71,2 %	183	96,3 %	31,5 %
Total	3 188	1,429	525	23,5 %	815	36,4 %	50,5	284	45,1 %	29,5 %	2237	70,2 %	2 179	97,4 %	31,6 %	
Gynécologie-Obstétrique	Gynécologie	136	0,926	32	31,1 %	46	44,7 %	37,6	124	36,9 %	27,2 %	103	75,7 %	90	87,4 %	33,8 %
	Néonatalogie	64	1,747	12	23,5 %	22	43,1 %	39,2	218	80,4 %	9,8 %	51	79,7 %	50	98,0 %	21,9 %
	Nurserie	1 136	0,324	431	45,9 %	655	69,7 %	25,8	233	38,6 %	34,3 %	940	82,7 %	927	98,6 %	18,4 %
	Maternité-Obst.	1 305	0,660	437	40,9 %	636	59,6 %	29,1	233	49,4 %	23,9 %	1068	81,8 %	1 019	95,4 %	21,9 %
	Total	2 641	0,552	912	42,2 %	1359	62,9 %	28,3	233	44,9 %	28,2 %	2162	81,9 %	2 086	96,5 %	21,0 %
Pédiatrie	Chirurgie pédiatrique	69	0,657	28	47,5 %	41	69,5 %	31,0	240	93,2 %	3,4 %	59	85,5 %	58	98,3 %	15,9 %
	Pédiatrie	675	0,626	392	62,2 %	505	80,2 %	21,0	130	95,4 %	2,1 %	630	93,3 %	625	99,2 %	7,4 %
	Total	744	0,628	420	61,0 %	546	79,2 %	21,9	240	95,2 %	2,2 %	689	92,6 %	683	99,1 %	8,2 %
Autres	Radio-oncologie	32	1,442	8	30,8 %	12	46,2 %	39,5	159	42,3 %	34,6 %	26	81,3 %	25	96,2 %	21,9 %
	Total	32	1,442	8	30,8 %	12	46,2 %	39,5	159	42,3 %	34,6 %	26	81,3 %	25	96,2 %	21,9 %
Total		9 661	1,009	3682	46,9 %	4916	62,6 %	31,7	284	50,4 %	26,8 %	7853	81,3 %	7 686	97,9 %	20,4 %

Définitions

Titre du document	Délai de codage par discipline: cas facturés par APDRG
N° du document	
Nom du document	OVS_COD_0001
Description	Délai de codage par discipline: cas facturés par APDRG
Confidentialité	A usage confidentiel Aucune distribution n'est autorisée en dehors de la liste des destinataires.
Fréquence de mise à jour	Hebdomadaire
Responsable	Albert Gaspoz, Tel. 027 603 49 62, E-Mail : Albert.Gaspoz@ichv.ch
Auteur	Gaspoz
Date de création du document	22/04/2005
Statut	Pour validation
Remarques	<ul style="list-style-type: none"> - Le CVP, bien qu'ayant une activité aiguë, ne facture pas par APDRG et n'est donc pas présent dans ce rapport - Si un patient change de cas durant son séjour, c'est le cas à la sortie qui est retenu. - Tous les cas d'hospitalisation somatique aiguë sont comptés, même ceux n'étant pas facturés avec le système cas/service (réhospitalisations p.ex.). Seuls les cas de patients étrangers, sans formulaire E111 ne sont pas comptés, car ils ne sont pas facturés par APDRG en 2005. - Les décès et les transferts de moins de 24 h, facturés en APDRG en 2005, sont comptés. Les autres cas d'hospitalisation de moins de 24 h (selon OCP) ne sont pas comptés. - Les disciplines correspondent à un regroupement proposé par le Service de la santé publique

Destinataires du document

Indicateurs	Description
Attente au codage	Nombre de jours entre la remise définitive du dossier médical et la fin de son codage.
Case-mix index (CMI) pondéré	Total du case-mix divisé par le nombre de cas correspondant, avec pondération des cas extrêmes (outliers), selon la formule de remboursement du TAR APDRG (version 2004 en principe)
Délai de transmission du dossier	Nombre de jours entre la sortie du patient et l'arrivée de son dossier, complet, au codage (seuls les dossiers complets sont codés)
Nombre de dossiers codés	Nombre de sorties dont le dossier a été codé, l'APDRG calculé et validé (par définition, cela ne concerne que les cas somatiques aigus d'hospitalisation).
Nombre de sorties	Nombre de séjours terminés par la sortie du patient de l'hôpital
Pourcentage de dossiers à facturer (APDRG)	Nombre de dossiers codés mais pas facturés, divisé par le nombre de sorties
Pourcentage de dossiers codés	Nombre de sorties dont le dossier a été codé, l'APDRG calculé et validé (par définition, cela ne concerne que les cas somatiques aigus d'hospitalisation), divisé par le nombre de sorties total.
Pourcentage de dossiers facturés (APDRG)	Nombre de dossiers facturés divisé par le nombre de dossiers codés

Sélection / Filtre	Description
Date de sortie	2005
Soins aigus	Basé sur le cas d'Opale et le type d'admission.
Type d'admission	Le type d'admission, défini dans Opale, permet de différencier les cas d'hospitalisation, de réadmission, de semi-hospitalisation et les cas ambulatoires, mais aussi de séparer soins aigus et gériatrie, etc... Cette variable permet d'établir des règles de facturation et est utilisée dans le plan comptable.

Date	Journal des modifications
------	---------------------------