

**B.**

**LES PRESTATIONS DE SWISSCODING :**  
LA SOLUTION À QUELS PROBLÈMES ?

3.

## JE VOUDRAIS...

### OPTIMISER LA QUALITÉ DU CODAGE ET MA FACTURATION

*Swisscoding propose une optimisation du codage basée sur une étude des dossiers sur le long terme.*

*Nous avons vu qu'une multitude de facteurs peuvent occasionner un codage imprécis ou incomplet.*

*Nous avons vu aussi que le codage médical est une activité en plein essor, dont dépendent directement les revenus de l'hôpital, deux raisons de travailler à l'amélioration continue.*

*Afin d'améliorer la précision du codage, Swisscoding mène auprès des établissements qui le désirent une enquête exhaustive visant à déceler les opportunités d'optimisation.*

*L'optimisation de la qualité du codage porte sur les dossiers des années précédentes et vise deux objectifs :*

- 1. Améliorer le codage futur en identifiant d'éventuelles faiblesses dans les dossiers passés.**
- 2. Corriger, si besoin, des factures incomplètes déjà encaissées.**

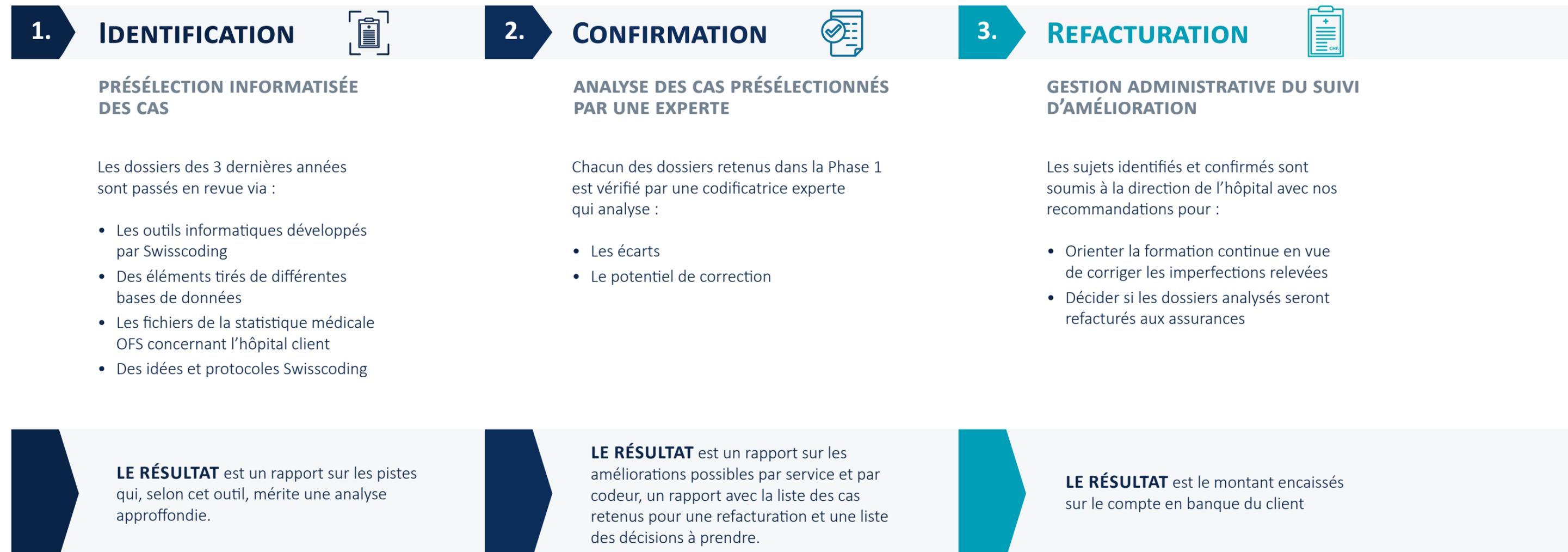
*Le modèle que nous proposons s'appuie sur notre expérience auprès des établissements pour lesquels*

*nous avons travaillé depuis 2018 et comporte 3 Phases distinctes : **identification, confirmation, gestion.***

*En discussion avec vous, nous pouvons mener cette prestation de manière intégrale ou en répartissant les tâches entre votre équipe et la nôtre.*

dobA

## LES PHASES DE L'OPTIMISATION



# LES PHASES DE L'OPTIMISATION



## PHASE 1 : IDENTIFICATION PRÉSÉLECTION INFORMATISÉE DES CAS

La Phase 1 consiste à identifier tous les sujets qui pourraient avoir causé un codage non idéal, c'est à dire incomplet ou imprécis. Dans ce travail automatisé, nos outils informatiques scannent l'un après l'autre chaque dossier et identifie tous les écarts potentiels : les combinaisons de codes à priori incomplètes, imprécises, en violation des règles du manuel et mêmes celles qui sortent simplement de l'habitude.

Formellement, cette revue est similaire aux méthodes utilisées par les assurances pour effectuer le contrôle des dossiers. Elle se déroule comme l'audit annuel de qualité, mais d'une manière à la fois plus large et plus ciblée. En effet, dans la Phase de revue et d'identification informatisée, les cas ne sont pas choisis sur une approche statistique, contrairement à l'audit annuel, mais avec des outils et des processus spécifiquement développés pour trouver dans la masse de données toutes les informations potentiellement pertinentes pour une deuxième analyse.

Une enquête minutieuse dans les bases de données

Comment se passe cette Phase de travail ? Un codeur et un analyste médico-financier importent les sources fournies par l'hôpital dans une base de données et cherchent toutes les éventuelles faiblesses dans le codage ou la documentation de chacun des dossiers. Pour perfectionner cette recherche, ils activent une multitude d'outils et suivent un processus élaboré sur plusieurs années avec différents clients précédents.

Leur analyse porte sur 2 dimensions :

- D'abord, elle extrait toutes sortes d'erreurs, d'incohérences, de codages inhabituels ou de codes très spécifiques
- Ensuite, elle définit pour chacun des dossiers si un codage idéal aurait eu une répercussion sur le cost-weight ou le PCCL



## LES SOURCES DE L'HÔPITAL

Concrètement, notre investigation porte sur les données suivantes :

- Les fichiers OFS de statistiquemédicale des 3 à 5 années précédentes,
- Les rapports d'audits annuels des 3 années précédentes,
- Les dossiers patients,
- Les regards du chef de l'équipe de codage ou de l'analyste médico-financier de l'hôpital, avec qui nous menons des entretiens de 60 à 90min.

Divers autres éléments sont passés en revue car ils constituent autant d'indices permettant aussi de déterminer quelles informations apparaissaient ou n'apparaissaient pas dans le système auquel l'équipe interne a eu accès au moment du codage. Il s'agit par exemple de :

- Produits sanguins
- Médicaments chers
- Dialyses
- Listes de prestations, internes (p.ex. radiologie) et externes (factures des laboratoires) Etc.



## LES SAVOIR-FAIRE ET SPÉCIFICITÉS DE SWISSCODING

En croisant nos expériences auprès de nos clients en Suisse romande, nous amenons pour cette Phase un savoir-faire spécifique développé depuis 2014 incluant :

- Des processus rigoureux dédiés à identifier toute potentielle anomalie,
- Des analyses médico-financières portant sur l'évolution annuelle et d'autres particularités de l'hôpital client,
- Des points de comparaison avec ce qu'il se passe dans d'autres établissements (benchmark),
- Nos outils intégrant plus d'environ 2'000 règles destinées à identifier les non-conformités ainsi que des statistiques suggérées par notre outil d'Incidence Based Coding,
- L'analyse par le Collègue d'Experts du Codage Médical.



## RÉSULTATS

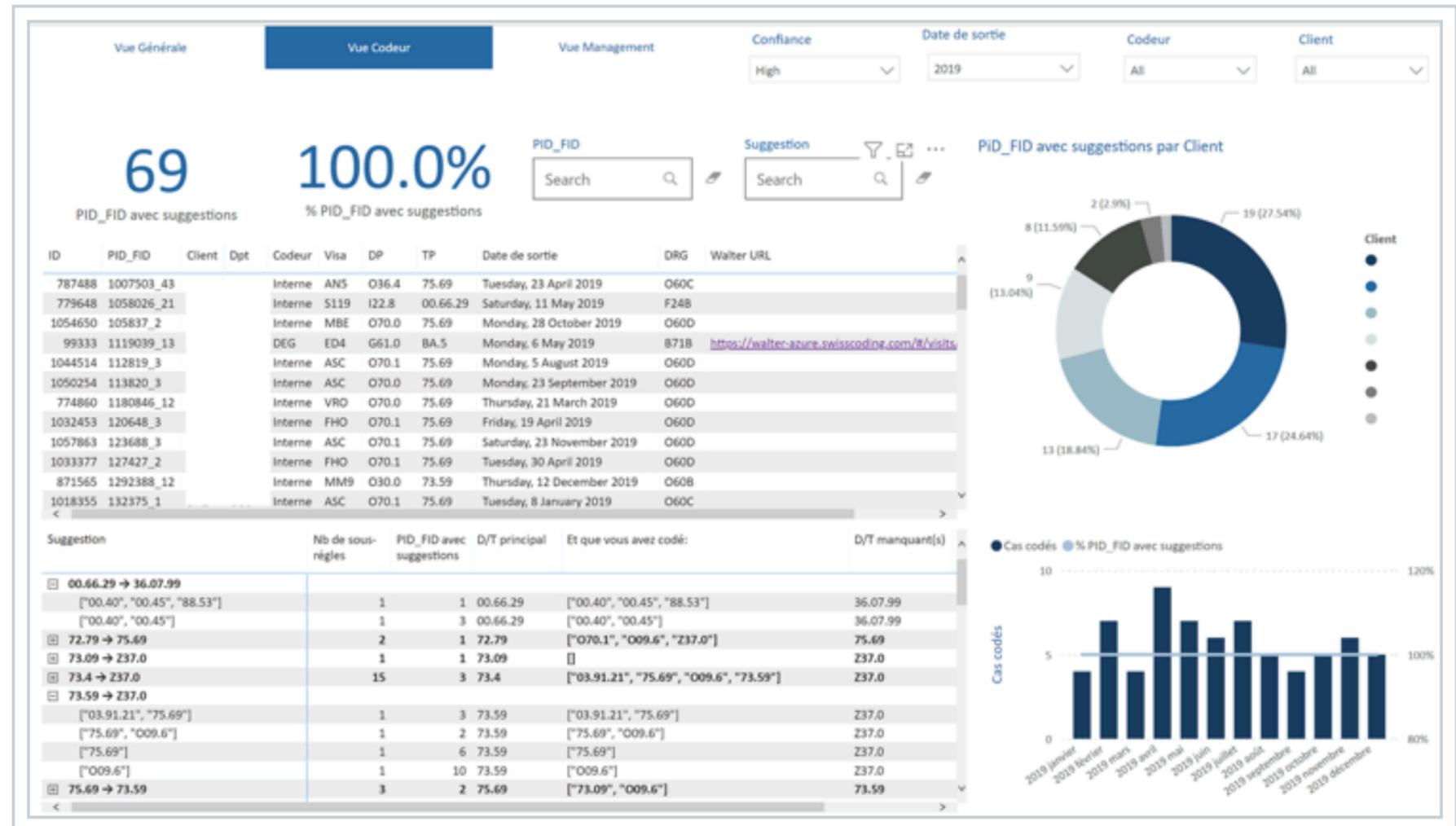
Au terme de cette Phase d'identification, nous aboutissons à 2 résultats :

- Une liste des sujets qui constituent des faiblesses éventuelles ; ils constituent nos hypothèses à confirmer dans la Phase 2,
- Une liste des séjours pour lesquels le cost-weight ou PCCL changerait si les hypothèses venaient à être confirmées.

# LES PHASES DE L'OPTIMISATION



## PHASE 1 : IDENTIFICATION APERÇU DE L'OUTIL INFORMATIQUE ????





## EXEMPLES ET HYPOTHÈSES

Afin d'illustrer cette prestation dans laquelle l'identification assistée par ordinateur soutient le travail d'analyse, prenons l'exemple de l'incidence que peuvent avoir sur le codage deux pathologies fréquentes en milieu hospitalier et pour lesquelles les instructions du manuel de codage et/ou la documentation ont souvent laissé une marge d'erreur : la malnutrition et l'insuffisance rénale chronique.

### Exemple A : La malnutrition – 1<sup>ère</sup> piste

Si nous constatons dans les données sélectionnées lors de la Phase 1 que le taux de patients dénutris

est plus bas dans votre établissement que dans d'autres hôpitaux comparables, nous émettrons, afin de la vérifier, l'hypothèse que cette différence provient d'une anomalie dans les dossiers codés. Pour ce faire, nous guiderons la collecte informatisée des données afin que l'ensemble des dossiers concernés par les codes correspondant à la nutrition apparaissent, ainsi que les dossiers contenant des codes usuellement associés avec les codes nutrition.

Il s'agira ensuite d'étudier 3 sources potentielles d'imprécisions :

- **La prise en charge,**
- **La documentation,**
- **Le codage.**

Suivant la piste de la prise en charge, il se peut par exemple que les nutritionnistes n'interviennent pas à l'unité de soins concernées de la même manière que dans les autres unités.

Suivant la piste de la documentation, il se peut que les interventions des nutritionnistes ne soient pas documentées, ou alors que la documentation ne soit pas disponible dans l'outil qu'utilisent les codeurs, ou encore que la documentation ne contienne que d'une manière imprécise les indications nécessaires au codage.

Suivant la piste du codage, il se peut que les codeurs ignorent les notes des nutritionnistes ou alors qu'ils ne savent pas où les trouver.

En l'état, il est impossible d'en savoir plus.

Pour savoir ce qui explique le nombre peu élevé de cas impliquant une dénutrition, il va falloir ouvrir les dossiers de chaque patient et procéder à une analyse approfondie au cas par cas. C'est ce que nous faisons dans la Phase 2.

Ce travail d'analyse sera alors facilité par nos outils. Queen, par exemple, indique pour chaque combinaison de codes la probabilité statistique que doit apparaître aussi le code correspondant à la malnutrition. Il s'agit là d'un angle possible de soutien informatique dans le travail d'analyse ; mais il y en a d'autres.

Ce travail d'analyse sera aussi facilité par notre outil de simulation de DRG, qui permet d'identifier pour un sous-ensemble de dossiers ceux pour lesquels l'ajout du code malnutrition modifierait le costweight, c'est à dire la lourdeur de la prise en charge et ainsi la facture.



## EXEMPLES ET HYPOTHÈSES

### Exemple A : La malnutrition – 2<sup>ème</sup> piste

Autre possibilité, certains dossiers portent un code correspondant à la pose d'une sonde gastrique ou à une prise en charge nutritionnelle multimodale mais pas celui correspondant à une dénutrition modérée ou sévère. Il se peut même que des dossiers ne contiennent aucun code correspondant à une dénutrition.

Nous nous demanderons alors comment expliquer cela. Le patient n'a-t-il souffert que d'une malnutrition légère, par exemple ? Mais dans ce cas, comment expliquer une prise en charge si importante ?

Là encore, le travail d'identification est facilité par les outils de recherche dans les données, qui vont présélectionner tous les séjours concernés. Chacun de ces dossiers sera ensuite analysé (Phase 2) pour vérifier et comprendre l'utilisation ou la non-utilisation du code relatif à l'état de nutrition.

Fort de cette présélection, si l'analyse conclut qu'il y a eu codage imprécis et que le degré de malnutrition des patients a effectivement été sous-évalué au moment du codage, nous allons ensuite nous poser deux questions portant sur les processus internes et sur la facturation :

1. **Y a-t-il des soucis structurels dans les processus internes expliquant l'écart entre la situation réelle du patient et les codes utilisés ?**
2. **La correction du code modifierait-elle le DRG et, partant, le montant à facturer ?**

D'un côté, il s'agira de comprendre si les imprécisions résultent d'une documentation insuffisante, par exemple d'une indisponibilité temporaire ou prolongée des scores nutritionnels NRS pour les patients de tel service ou de tel médecin.

D'un autre côté, ces erreurs ont peut-être représenté un surplus de coût pour l'hôpital, notamment s'il n'a pas facturé à l'assurance le montant correspondant exactement aux prestations effectuées.

La suite à donner à ce travail poussé d'identification et d'analyse des dossiers revient à l'hôpital. Nous soumettons en effet (résultat de la Phase II) à la direction de l'établissement une liste de décisions à prendre :

- Souhaitez-vous refacturer les dossiers qui ont été mal codés ?
- Après avoir compris pourquoi ils ont été mal codés, souhaitez-vous mettre en place une formation ciblée, à l'attention des nutritionnistes et des codeurs, par exemple ?

**« Les décisions reviennent toujours à la direction de l'hôpital, à qui nous communiquons nos recommandations. »**

### Exemple B : L'insuffisance rénale chronique

Dans un autre cas de figure, certains patients peuvent souffrir d'une insuffisance rénale sévère nécessitant des dialyses régulières. Si, dans les données extraites lors de la Phase 1, nous ne trouvons pas de codes correspondant aux dialyses, ou trop peu de codes par rapport au nombre moyen de dialyses effectuées durant la durée moyenne du séjour, il peut être intéressant de comprendre pourquoi. Là aussi, les hypothèses sont nombreuses et les pistes à suivre relèvent de différents éléments :

- Le nombre de dialyses
- Le report d'informations à l'interne
- Le dossier du patient

Pour illustrer à quel point la Phase d'examen nécessite une vue large, voici quelques exemples d'hypothèses pertinentes à ce stade du travail :

- Les patients concernés n'ont-ils simplement pas eu de dialyse ?
- Ou ont-ils eu moins de dialyses que la moyenne recommandée ?
- Ou s'ils en ont eu, est-ce que le service interne de dialyse n'aurait pas reporté l'information dans le bon dossier ?
- Ou alors les cas ont-ils été codés avant que l'information relative à la dialyse ne soit reportée dans le dossier ?
- Les codeurs auraient-ils oublié de regarder au bon endroit ?
- Si les dialyses ont été effectuées par un prestataire externe, est-ce que la facture n'a pas été prise en considération par le codeur ?
- Ou alors manquait-elle au dossier au moment du codage ?

Au fil des partenariats avec nos clients, nous avons constaté que plus le spectre de recherche est large, plus les dossiers comportant des lacunes apparaissent. C'est pourquoi nous cherchons à multiplier les angles d'examen des anciens dossiers. Nous avons donc développé un protocole d'enquête le plus complet et rigoureux possible.

## LES PHASES DE L'OPTIMISATION



### PHASE 2 : CONFIRMATION ANALYSE DES CAS PRÉSÉLECTIONNÉS PAR UNE EXPERTE

La suite de ce travail d'enquête consistera à analyser en détail les dossiers issus de la Phase 1 et l'ensemble des hypothèses en ouvrant individuellement la documentation de chaque séjour concerné. Nous allons chercher dans le dossier patient les indices permettant de comprendre pourquoi le cas n'a pas été codé comme il semble qu'il aurait dû l'être et déterminer si l'hypothèse qu'il relevait en fait d'un codage imprécis se confirme. Ces indices varient en fonction de chaque sujet à analyser.

Concrètement, pour chaque dossier identifié, nous allons nous poser les questions suivantes :

- Trouve-t-on quelque part des informations non prises en compte et qui permettraient d'affiner le codage ?
- Si oui, pour quelle raison ces informations n'ont-elles pas été prise en considération au moment du premier codage ?

### DÉFIS ET QUESTIONS À CE STADE DE L'INVESTIGATION

Tandis que la Phase 1 consistait essentiellement en un travail automatisé de collecte à grande échelle et de comparaison de données, la Phase 2 implique un regard pointu et détaillé en ouvrant individuellement le dossier patient de chaque séjour identifié lors de la Phase 1. Or, la plupart du temps, la Phase 1 donne de très nombreuses pistes portant sur plusieurs centaines de séjours concernés. Dans certains cas, il est possible de pointer rapidement un problème structurel expliquant l'écart identifié dans le codage. Nous en informons alors l'équipe de codage ou le service concerné afin que le problème soit résolu et que l'erreur soit évitée à l'avenir.

Mais dans d'autres cas, la démarche est plus longue, plus complexe et soulève toute une série de questions opérationnelles, questions qui se posent pour chacun des sujets identifiés et qu'il s'agit de traiter toutes si l'on ne veut pas risquer de passer à côté d'indices importants.

- Cette erreur a-t-elle été un cas isolé ou est-elle arrivée régulièrement, voire dans chaque dossier concerné ?
- Si l'on corrigeait le codage, quel serait l'impact sur la facturation ? Le DRG changerait-il ?
- Si oui, la durée de séjour du nouveau DRG aurait-elle un impact sur les corrections pour des outliers courts ou longs ?
- Le montant de la facture augmenterait-il ou diminuerait-il ?
- Si le montant se voyait modifié, quel serait le montant total pour l'hôpital ?
- Ce problème identifié concerne-t-il seulement l'année en question ou s'est-il produit aussi plus loin dans le passé ?
- Si l'on décidait de procéder à une correction rétroactive de cette erreur sur les factures déjà émises, combien de cas exactement seraient concernés ? Et combien d'assurances ? Et pour quels montants ?
- Si le payeur est un Canton, entrera-t-il en matière sur la correction des factures ?
- Quelles implications plus larges auraient la décision de l'hôpital de procéder à la correction des factures historiques ?
- Comment l'hôpital va-t-il informer les services concernés ?
- Quelles mesures va-t-il mettre en place afin d'éviter que la même erreur ne se reproduise ?
- Comment les mettre en place ?

### NOS SOLUTIONS À CES DÉFIS

On le voit, une analyse individuelle de chacune des pistes en répondant à chacune des questions qui se pose représente une quantité très importante de ressources et une réflexion chronophage. Se posent alors deux questions stratégiques :

- À quel degré de précision faut-il pousser l'analyse ?
- À quel moment est-il possible d'infirmier ou de confirmer l'une des hypothèses émises durant la Phase 1 ?

L'expérience de Swisscoding au fil des années en partenariat avec différents hôpitaux et cliniques nous permet de gérer sereinement ces défis et de répondre à ces questions d'une manière structurée, en nous appuyant sur une vue élargie, enrichie par une vision comparative de ce qui se vit, se fait et se passe dans d'autres établissements. Notre équipe dispose d'un protocole d'analyse détaillé permettant de s'assurer que tel dossier retenu en Phase 1 nécessite ou ne nécessite pas une étude approfondie, une optimisation ou une refacturation.

## LES PHASES DE L'OPTIMISATION



### PHASE 2 : CONFIRMATION ANALYSE DES CAS PRÉSELECTIONNÉS PAR UNE EXPERTE

#### SÉCURITÉ POUR LE CLIENT

Jusqu'ici, le travail est resté théorique et a pu être mené essentiellement par les codeurs. Il n'a nécessité que peu d'interactions avec les équipes de l'hôpital. En outre, portant essentiellement sur les données, il n'a encore entraîné aucune conséquence sur ces mêmes équipes.

À partir de là, quelle que soit la manière dont la direction de l'hôpital l'envisage, la suite du travail d'optimisation peut s'accompagner d'impacts potentiellement très forts :

- Pointer certaines pratiques de documentation ou de codage peut susciter des réactions défensives des équipes internes.
- Mettre en place des projets d'amélioration peut impliquer des changements de processus et d'outils et, partant, d'importantes ressources informatiques, financières, mais principalement humaines, et nécessiter une compréhension des enjeux et une solide motivation.
- Corriger un nombre important de factures peut nécessiter des ressources administratives importantes et susciter des réactions, voire des contestations, de la part des assurances.

Ces éléments ne doivent surtout pas empêcher la direction de décider des mesures adéquates qu'elle souhaite mettre en place, mais il est important

de mener en amont une réflexion sereine impliquant des discussions avec les équipes concernées et une évaluation des démarches impliquées dans la suite de l'optimisation.

Une fois cette réflexion menée et aboutie, la Phase 3 peut commencer.

#### LA PHASE 2 PRODUIT TYPIQUEMENT 3 RÉSULTATS :

- Un rapport avec un retour sur les faiblesses confirmées et des propositions pour l'amélioration.
- Une liste des cas pour lesquels la facture mériterait d'être corrigée et une évaluation de l'impact financier pour l'hôpital ainsi que pour les assurances concernées, inclus l'argumentation formulée pour des nécessitant une correction de facture.
- Une liste des décisions à prendre par la direction de l'hôpital avec nos recommandations pour éviter que les mêmes erreurs se reproduisent.

## LES PHASES DE L'OPTIMISATION



### PHASE 3 : REFACTURATION

#### GESTION ADMINISTRATIVE DU SUIVI D'AMÉLIORATION

Basée sur les résultats de la Phase 2 et calquée sur les décisions de la direction, la Phase 3 couvre la mise en œuvre des mesures permettant d'apporter les corrections nécessaires et d'améliorer la qualité du codage. Notre expérience montre que l'amélioration peut porter typiquement sur 3 types d'éléments :

- **Le codage**
- **La documentation**
- **La (re-)facturation**

### L'AMÉLIORATION DU CODAGE

L'amélioration au niveau de l'équipe de codage se fait par un retour et une formation à l'utilisation des codes identifiés comme problématiques dans les dossiers investigués. Selon les résultats de l'analyse en Phase 2, la formation peut aussi porter sur l'interprétation ou la localisation de certains documents pertinents oubliés jusqu'ici. Des changements d'habitudes et des formations ciblées remédient assez facilement aux problèmes et permettent d'éviter de reproduire les erreurs identifiées.

### RÔLE DE SWISSCODING :

À ce niveau, notre action est adaptable selon les besoins de l'hôpital : nous pouvons soit nous charger de l'organisation complète des formations, soit mettre à disposition les éléments et informations nécessaires à la mise en place de formations à l'interne.

## LES PHASES DE L'OPTIMISATION



### PHASE 3 : REFACTURATION

#### L'AMÉLIORATION DE LA DOCUMENTATION

L'amélioration au niveau de la documentation est généralement plus complexe, d'une part parce qu'elle concerne un plus grand nombre d'acteurs et de services et, d'autre part, parce qu'elle implique un plus grand nombre d'interactions entre professionnels. En effet, elle implique des changements de culture et de pratiques dans la documentation par les médecins, les soignants mais aussi par les spécialistes tels que les physiothérapeutes ou les diététiciens, par exemple.

Gardons à l'esprit que pour ces héros discrets du quotidien qui ont axé leur carrière sur les métiers du soin à la personne, ces exigences documentaires s'apparentent à des tracasseries administratives imposées par un système de tarification que personne n'a choisi comme tel mais qui s'est avéré la moins pire des mauvaises solutions.

Dans certaines situations, une simple information sur les éléments nécessaires à un codage précis suffit. Mais dans d'autres situations, les modifications nécessitent d'informer et de convaincre individuellement chaque personne, voire tout un corps de métier, et de mettre en place, par exemple, des règles, des incitations, des outils informatiques ou des formulaires spécialisés. En fonction de l'organisation interne, il peut paraître compliqué d'apporter les améliorations nécessaires et c'est en effet un processus fastidieux impliquant de nombreuses étapes.

Mais il ne faut pas perdre de vue qu'en reflétant précisément dans le codage les prestations de soin effectivement fournies, c'est non seulement l'activité de chacun mais aussi tout le revenu de l'hôpital qui est en jeu : grâce à une meilleure documentation, le codage est plus précis, les interventions mieux reconnues et la facturation plus juste.

#### RÔLE DE SWISSCODING :

À ce niveau, en discussion avec vous selon vos besoins et vos priorités, nous pouvons apporter une explication sur l'importance de la documentation auprès des différents corps de métiers. Nous pouvons également documenter les objectifs avec une simulation de l'impact financier suivant les améliorations prévues. Nous pouvons enfin apporter une aide à la conception de projets d'amélioration.

## LES PHASES DE L'OPTIMISATION



### PHASE 3 : REFACTURATION

#### GESTION ADMINISTRATIVE DU SUIVI D'AMÉLIORATION

##### L'AMÉLIORATION DE LA FACTURATION

Dans de nombreuses situations, l'hôpital décide de corriger la facturation et d'adresser aux assurances des factures tenant compte des interventions oubliées lors du premier codage. Une bonne refacturation se déroule en 6 étapes :

- **Préparer le dossier patient**
- **Avertir l'assurance**
- **Extourner la facture**
- **Corriger le codage**
- **Émettre une nouvelle facture**
- **Assurer le suivi administratif**

##### PRÉPARER LE DOSSIER PATIENT

La première étape consiste à préparer le dossier patient. Il est parfois nécessaire, par exemple, de modifier une lettre de sortie en y incluant une notion qui n'y figurait pas (et qui n'avait donc pas été utilisée au moment du codage) mais qui se trouvait dans le dossier patient. Dans d'autres cas, il suffit de rassembler les éléments justifiant l'utilisation d'un code qui ne figurait pas dans la première facture.

##### AVERTIR L'ASSURANCE

Ensuite, par respect et courtoisie, un courrier personnalisé préparé avec soin est envoyé plusieurs jours avant chaque extourne à l'assurance, pour l'informer de la revue du codage, des résultats trouvés pour le cas en question, de l'implication de ces résultats sur le codage, du DRG qui en découle et du montant de la facture corrigée. Il donne en outre toutes les explications utiles.

##### EXTOURNER LA FACTURE

Ensuite seulement vient le moment de déclencher l'extourne de la facture dans l'outil de facturation. Cette étape peut impliquer le remboursement à l'assurance du montant déjà encaissé (annulation de la première facture) en attendant le versement du montant correspondant à la nouvelle facture.

##### CORRIGER LE CODAGE

On procède alors à la modification des codes introduits auparavant afin qu'ils correspondent désormais exactement à toutes les prestations de soin fournies par l'hôpital.

##### ÉMETTRE UNE NOUVELLE FACTURE

La nouvelle facture ainsi rédigée, correspondant à chacune des prestations fournies au patient, est adressée à l'assurance. Celle-ci s'attend à recevoir une nouvelle facture après le courrier et l'extourne.

##### ASSURER LE SUIVI ADMINISTRATIF

Enfin, un certain travail administratif est à prévoir. Il s'agit ici, pour chacun des cas refacturés, d'assurer le suivi individuel :

- D'une éventuelle réaction de l'assurance, qui pourrait demander des explications ou des justificatifs supplémentaires, voire contester la nouvelle facture
- Des montants remboursés à l'assurance suite à l'annulation de la première facture
- De l'encaissement du montant versé par l'assurance pour la nouvelle facture

## LES PRINCIPES DE COLLABORATION

**Quelle que soit la manière dont vous souhaiteriez faire appel à nos services, nous tenons à définir avec vous quelques principes de collaboration.**

### Une démarche complémentaire

La démarche d'optimisation du codage se propose comme un complément aux formations internes qui se font de toute façon pour l'amélioration continue de la qualité, formations qu'elle ne remplace pas, mais qu'elle complète en les rendant plus ciblées et plus efficaces.

### Qui fait quoi, et pourquoi ?

En partenariat avec l'hôpital, nous demandons de bien définir ensemble les rôles de chacun dans le processus d'optimisation : **ce que fait Swisscoding, ce que fait l'équipe de codage interne et ce que fait l'équipe médico-financière de l'hôpital.**

En théorie, chacun de ces acteurs pourrait mener la démarche.

Nous analysons comme suit les raisons pour lesquelles ce n'est généralement pas le cas :

- La récolte de données (Phase 1) s'avère hasardeuse sans le recours à des outils spécialisés
- L'analyse des données et des dossiers (Phase 2) exige un sérieux investissement temps
- L'évaluation des mesures à prendre et la gestion du suivi (Phase 3) est un travail fastidieux

En outre, il faut se mettre à la place des équipes de codage et d'analyse médico-financière, auxquelles la tâche à accomplir ne laisse guère de répit :

- Les évolutions du manuel compliquent tout déploiement du suivi de la qualité
- L'arrivée en continu de nouveaux dossiers entrave la possibilité d'analyser les dossiers passés

### Aspects éthiques de notre approche

Après de chaque hôpital client mais aussi vis à vis des payeurs, nous appliquons des règles de travail qui découlent des valeurs de Swisscoding et dont nous présentons ici les principaux axes :

- **Améliorer, c'est accepter les erreurs**
- **Améliorer, c'est corriger toutes les imprécisions**
- **Améliorer, c'est améliorer pour de bon**

### ACCEPTER LES ERREURS

En premier lieu, nous considérons la revue de la qualité comme une opportunité d'apprendre et d'améliorer le codage en continu, en aucun cas comme une critique sur les pratiques des uns ou des autres. Nous considérons qu'au vu du contexte général qui a vu naître et se développer les systèmes tarifaires et les équipes de codage, il est non seulement compréhensible que tel ou tel code ait pu passer à la trappe, mais aussi et surtout de comprendre pourquoi et comment.

Notre mission est d'offrir des moyens performants pour corriger le tir et notre objectif commun est que le codage médical dans son ensemble puisse être amélioré.

### CORRIGER TOUTES LES IMPRÉCISIONS

En deuxième lieu, nous voulons aborder ici une question qui se pose lorsqu'il s'avère que des dossiers des années précédentes ont contenu des écarts à l'avantage de l'hôpital. Dans le cas où l'optimisation du codage révélerait dans les factures historiques certaines qui auraient été surcodées par erreur, la décision revient à la direction de l'hôpital de signaler les erreurs aux assurances.

Au nom du « right-coding » (que nous opposons à « l'up-coding »), nous recommandons toujours une approche transparente basée sur un partenariat

avec les assurances et considérons que l'identification des faiblesses doit également donner lieu à une refacturation favorable au payeur. Il en va de la rémunération la plus juste.

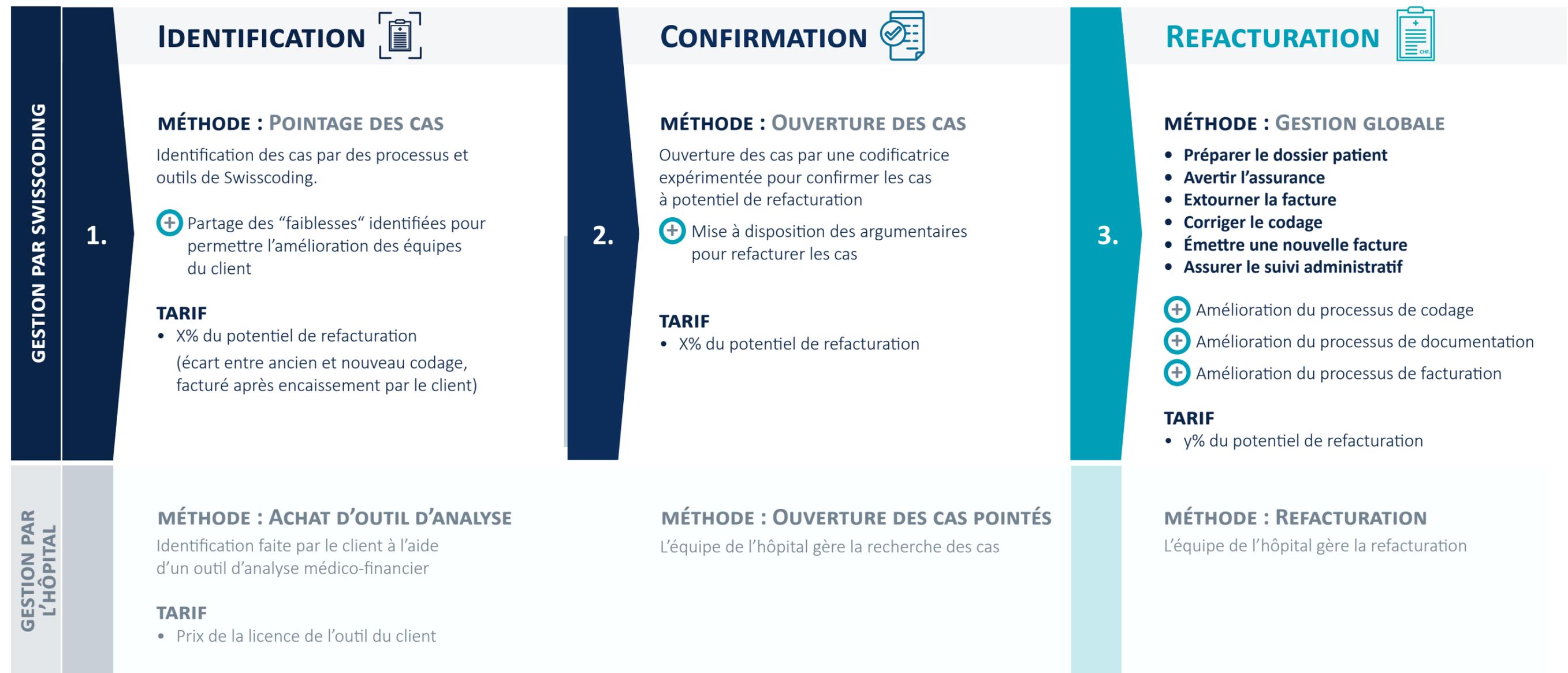
La direction de l'hôpital ne doit cependant pas craindre que les investissements consentis dans l'amélioration du codage tournent à sa défaveur : dans la majorité des cas, les corrections impliquent une augmentation des factures, tout simplement à cause de la complexité du processus de documentation en milieu hospitalier qui favorise l'oubli de certaines informations utiles au codage.

### AMÉLIORER POUR DE BON

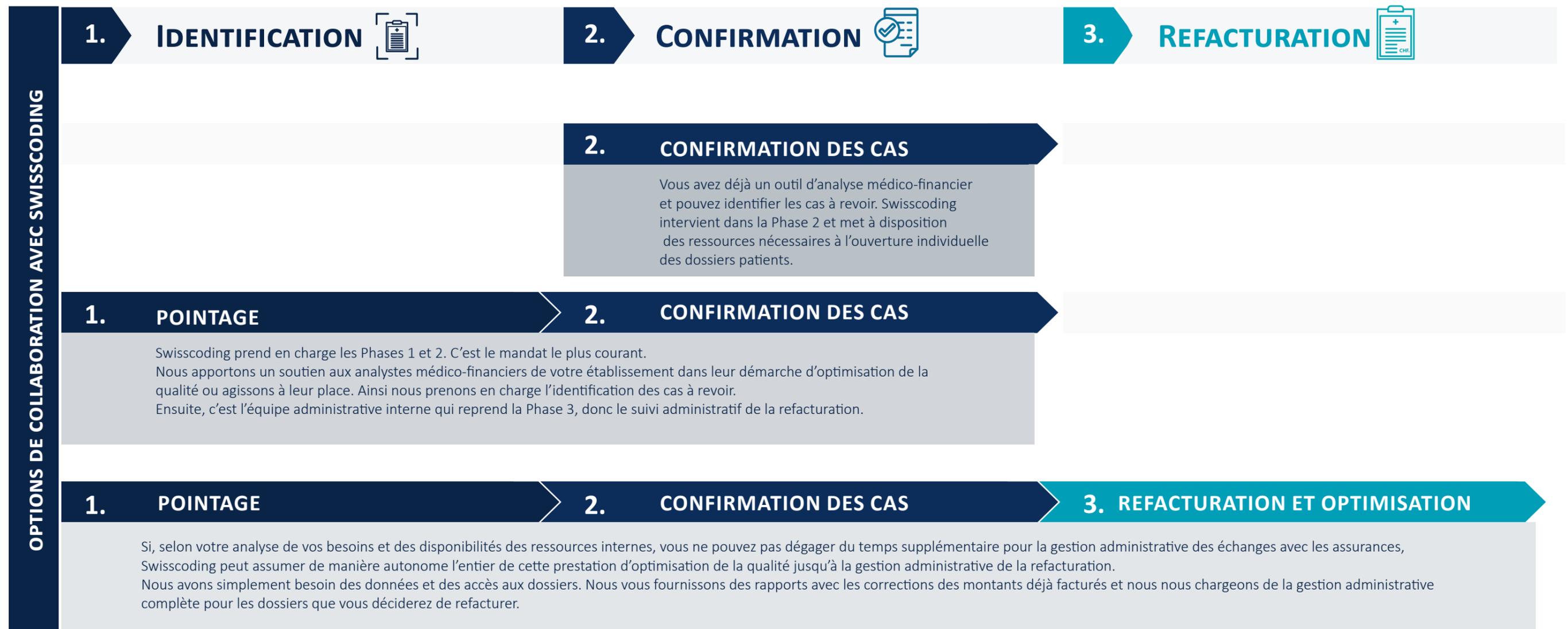
En troisième lieu, nous gardons en vue que le sens des métiers du soin est la santé des patients et de la société. Notre travail vise donc en priorité à améliorer le codage dans la globalité de l'approche afin que le travail des médecins, des soignants et des spécialistes soit correctement reflété dans les factures. C'est pourquoi nous transmettons aux directions d'hôpitaux tous les résultats de nos analyses en toute transparence et considérons notre mission comme atteinte si la démarche aboutit en la correction durable des erreurs trouvées. En faisant appel à nos services, vous ne craignez pas de devenir dépendant d'une société externe pour identifier les cas car nous vous fournissons toutes les pistes et toutes les clés pour les résoudre.

# LES VARIANTES D'INTERVENTION ET BUDGETS

Différentes variantes de soutien sont imaginables pour dérouler un projet d'optimisation. En fonction de vos besoins ainsi que vos compétences et ressources internes, Swisscoding peut vous soutenir à certaines Phases de la démarche ou prendre en charge l'ensemble du processus.



## LES VARIANTES D'INTERVENTION ET BUDGETS



# LA CHARGE DE TRAVAIL ET LE VOLUME DES RESSOURCES NÉCESSAIRES

Dans ce chapitre, nous illustrons les ressources nécessaires à l'optimisation de la qualité du codage pour expliquer comment nous avons estimé la charge de travail derrière cette prestation et pourquoi nous en sommes venus à déterminer une rémunération variable.

## BUDGET PHASE 1 : IDENTIFICATION

L'identification des dossiers contenant de potentielles faiblesses représente environ 20'000 CHF.

Cette estimation inclut :

- 5 à 10 jours de travail pour un codeur et un analyste médico-financier,
- L'utilisation et les licences des outils informatiques.

1. 

## BUDGET PHASE 2 : CONFIRMATION

L'ouverture individuelle et l'analyse de chaque dossier identifié lors de la Phase 1 représente entre 50 et 200 heures, selon la quantité de dossiers méritant une réouverture.

Cette somme recouvre l'amplitude variable d'un travail d'analyse facturé au tarif horaire habituel du codage, car l'analyse d'un dossier à rouvrir prend environ le même temps que le codage. Sur la base de notre expérience, nous évaluons la quantité de travail dans une fourchette allant de 50 à 150 heures.

Cette estimation inclut :

- L'analyse individuelle de 100 à 400 dossiers,
- La rédaction des argumentaires pour chacun des séjours méritant une correction éventuelle de la facture émise,
- La préparation des rendus et rapports,
- Plusieurs séances opérationnelles ainsi que 1-2 séances décisionnelles avec la direction.

2. 

## BUDGET PHASE 3 : REFACTURATION & OPTIMISATION

Le travail de suivi de la refacturation dépend étroitement des décisions de la direction. D'après notre expérience, les hôpitaux choisissent à refacturer entre 50 et 200 dossiers en moyenne.

Pour cette Phase, nous comptabilisons au moins une heure supplémentaire de travail par dossier.

3. 

Nous sommes conscients que l'hôpital ne peut pas savoir avant d'avoir fait la démarche d'optimisation quelle quantité exacte de dossiers pourront être refacturés et pour quels montants.

En outre, nous savons que le processus d'exécution entraîne de nombreuses questions :

- Combien de dossiers méritent une réouverture ? Et lesquels ?
- Pour quels dossiers l'effort d'investigation va-t-il s'avérer payant ?
- Parmi ces dossiers, pour lesquels un survol suffira-t-il et pour lesquels une analyse approfondie sera nécessaire ?

Notre expérience nous montre que les réponses à ces questions reposent en très grande partie sur l'expérience et l'intuition de nos codeurs.

Nous avons dès lors opté pour une rémunération variable calculée en fonction de la complexité des dossiers à corriger, afin de ne laisser aucune part à un quelconque risque financier pour l'hôpital.

**Si aucun dossier à refacturer n'est trouvé, la démarche ne lui aura rien coûté.**

Si par contre Swisscoding et l'hôpital déterminent ensemble que certains dossiers présentent un fort potentiel de refacturation, le prix de l'optimisation sera fonction du montant total que l'hôpital encaissera pour un financement

Cette estimation inclut :

- La correction du montant revu,
- La gestion administrative de la refacturation,
- La collecte d'informations complémentaires auprès de chaque personne concernée.

La vie intense de l'hôpital, les échanges avec les personnes concernées, le service de facturation, ou avec le médecin ou les secrétaires médicales pour obtenir une lettre de sortie, ou bien encore avec des médecins assistants qui doivent parfois revoir un dossier signé par un interne qui n'est plus là, autant d'éléments qui justifient ce temps additionnel.

**FACTURATION VARIABLE SUR LA BASE DES MONTANTS RÉELLEMENT ENCAISSÉS**

correct des prestations médicales fournies par le passé.

À tout moment dans la démarche d'optimisation, **les dossiers identifiés par Swisscoding peuvent servir de base à une amélioration de la formation de l'équipe interne de codage.** À tout moment, c'est **l'hôpital qui décide s'il souhaite adresser aux assurances une facture correspondant** aux soins prodigués, dans le cas où certains auraient été oublié lors du premier codage. Cette option permet d'engager très peu de risque pour une très grande opportunité de bénéficier du temps, des outils et de l'expérience d'une équipe dédiée au codage depuis 2014 en vue d'améliorer cette activité au sein de l'hôpital qui fait appel à nos services. Grâce à une rémunération variable, le champ décisionnel est laissé en toute sérénité à l'hôpital. **Aucune pression financière ne s'exerce sur les décisions puisque le cout pour l'hôpital ne relève que des montants refacturés** et donc des entrées supplémentaires à l'issue de l'optimisation.

Le pourcentage exact de la rémunération est déterminé selon un commun accord entre vous et nous. Il dépend de la structure de l'établissement, du nombre d'années à prendre en considération, de la possibilité de refacturer la part cantonale ou non ainsi que la volonté du corps médico-soignant d'être impliqué dans d'éventuelles corrections.