

Pool: Medkod2 Gesundheitswesen

Examen: MK F2 Webseite - veröffentlichte Fragen

Date de l'examen: 07.01.2019

Langue: fr

Livret: A

Généré le: vendredi, 04. janvier 2019, 16:31

Instructions pour les types courants de questions à choix multiple

Type A Choix d'une seule réponse

Choisissez **une seule réponse** en entourant la lettre correspondant à

- **la seule réponse juste** ou celle qui **convient le mieux**, si la question est à la forme affirmative.
- **la seule exception**, la réponse qui contient une **affirmation erronée** ou celle qui **convient le moins**, si la question est à la forme négative (la **négation** est en **gras**).

Type Kprime Décision quadruple juste/faux

Une question ou une affirmation incomplète est suivie de **quatre** réponses ou compléments de phrase. Indiquez pour chacun d'eux s'il est **juste (+)** ou **faux (-)**.

Que la question soit formulée au singulier ou au pluriel, 1, 2, 3, 4 voire aucune des réponses peuvent être correctes.

Un point entier est attribué pour quatre bonnes réponses, un demi-point pour trois bonnes réponses sur quatre.

1. La loi sur la statistique fédérale (LSF) traite entre autres de l'appariement de données.
Parmi les réponses suivantes, laquelle est correcte?
- A) Pour exécuter ses tâches en matière de statistiques, l'Office fédéral de la statistique peut appairer des données, y compris des données sensibles en matière de santé, à condition de les rendre anonymes.
 - B) Les cantons et les communes peuvent archiver les données de santé appariées relevant du plus haut niveau de sécurité.
 - C) Si des données sensibles sont appariées ou si l'appariement de données permet d'établir des profils de la personnalité, seul l'Office fédéral de la statistique peut conserver ces données, sous une forme appariée, pour une durée illimitée, une fois les travaux d'analyse statistique terminés.
 - D) Les dispositions relatives à l'appariement des données dans le domaine de la santé ne s'appliquent qu'aux personnes physiques (patients) et non aux personnes morales (hôpitaux).
2. La LAMal règle l'assurance-maladie sociale.
Dans quel cas **ne** prend-elle **pas** en charge les prestations?
- A) maladie
 - B) accident
 - C) maternité
 - D) invalidité
3. Selon la LAMal, qui doit veiller au respect de l'obligation d'assurance?
- A) Confédération
 - B) cantons
 - C) communes
 - D) personne assurée

4. L'article 30a OAMal précise les dispositions relatives à la collecte et au traitement des données des fournisseurs de prestations.

Parmi les affirmations suivantes, laquelle est **fausse**?

- A) Si l'OFS constate des lacunes dans les données livrées, il donne au fournisseur de prestations un délai supplémentaire pour livrer des données exactes et complètes.
- B) L'OFS peut réutiliser à des fins statistiques, dans le respect de la législation sur la statistique fédérale, les données recueillies sous forme anonymisée ou pseudo-anonymisée.
- C) Ils sont tenus de transmettre les données à l'OFS par voie électronique sous forme chiffrée.
- D) L'OFSP fixe la périodicité et les délais pour la transmission des données en accord avec le Préposé fédéral à la protection des données.

5. La modification de l'ordonnance (OAMal) du 26 juin 2016 a précisé l'article 59a, alinéa 4, LAMal, de façon à garantir aux fournisseurs de prestations une transparence et une sécurité du droit suffisantes en ce qui concerne la collecte, le traitement et la transmission des données, et à expliquer ce qui advient exactement des données communiquées. L'article 30 OAMal oblige notamment les fournisseurs de prestations à communiquer des informations sur le personnel.

Parmi les réponses suivantes, laquelle est correcte?

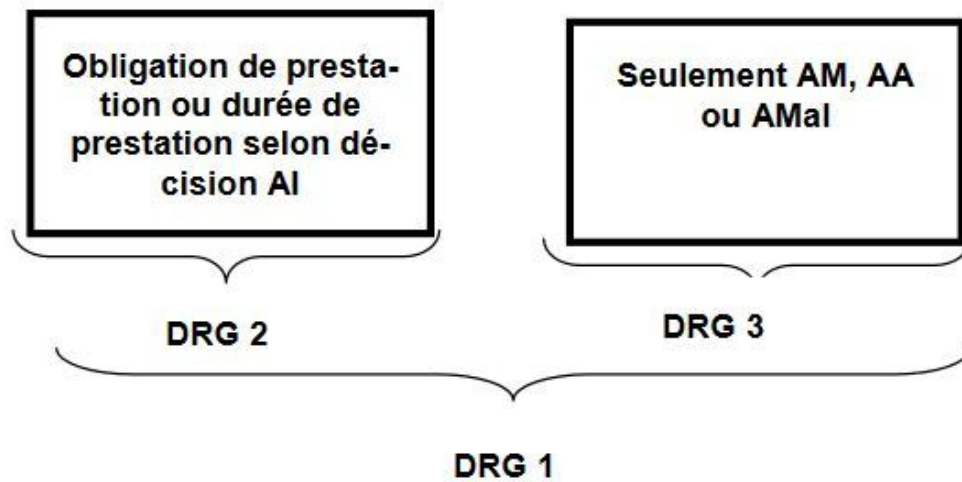
- A) code de liaison anonyme
- B) taux de morbidité du personnel
- C) personnel en formation de base ou en formation post-grade
- D) volume d'occupation et fonction, uniquement pour les postes à temps plein

6. Un patient est hospitalisé pour une pneumonie. Il satisfait à tous les critères de SIRS (fièvre, tachypnée, tachycardie et leucocytose). Son insuffisance rénale chronique préexistante est légèrement aggravée.
Parmi les affirmations suivantes, laquelle est correcte?
- A) Le diagnostic principal est le sepsis.
 - B) Le diagnostic principal est l'infection, le sepsis est un diagnostic supplémentaire.
 - C) Le sepsis ne doit pas être codé.
 - D) Le diagnostic principal est une autre pathologie (qui n'est pas l'infection), le sepsis est le diagnostic supplémentaire.
7. Un patient est hospitalisé pour une fracture de l'humérus, qui est traitée chirurgicalement. Le troisième jour après l'intervention, il développe un sepsis important dû à une trachéite consécutive à l'intubation. Tous les critères de sepsis sont satisfaits. Il présente en outre une insuffisance rénale sévère et un choc septique lié au sepsis. Il doit être traité plus de 20 jours en soins intensifs.
Comment coder le sepsis?
- A) Le sepsis est le diagnostic principal.
 - B) Le sepsis est le diagnostic supplémentaire, le diagnostic principal est l'infection.
 - C) Le sepsis ne doit pas être codé.
 - D) Le sepsis est le diagnostic supplémentaire, le diagnostic principal est une autre pathologie (qui n'est pas l'infection).

- K1. Un patient fait un infarctus du myocarde en lien avec la thrombose d'un stent en place.
Que peut-on affirmer concernant le codage?
- A) Si la thrombose du stent a été traitée localement, le code T82.8 est le diagnostic principal.
 - B) Le diagnostic principal est l'infarctus du myocarde.
 - C) Le code T82.8 est noté comme diagnostic supplémentaire en cas de nouvelle PTCA.
 - D) Le code T82.8 n'est pas noté en plus lors d'une perfusion coronarienne d'agent thrombolytique.
- K2. Les codes CC sont des diagnostics supplémentaires qui impliquent en général une consommation nettement plus élevée de ressources.
Qu'est-ce qui fait partie des facteurs pouvant influencer sur le statut CC d'un code?
- A) sexe du patient
 - B) mode de sortie
 - C) nombre de diagnostics supplémentaires
 - D) nombre d'interventions
- K3. Un patient est hospitalisé pour un choc septique dans le cadre d'une péritonite due à une diverticulite sigmoïdienne abcédée. Les critères de sepsis sont satisfaits.
Comment coder le sepsis?
- A) Le sepsis est le diagnostic principal.
 - B) Le sepsis est le diagnostic supplémentaire, le diagnostic principal est l'infection.
 - C) Le sepsis ne doit pas être codé.
 - D) Le sepsis est le diagnostic supplémentaire, le diagnostic principal est une autre pathologie (qui n'est pas l'infection).

8. Parmi les affirmations suivantes concernant le catalogue des forfaits par cas 6.0, laquelle est exacte?
- A) Tous les forfaits ont un cost-weight défini.
 - B) Tous les forfaits commencent par une lettre.
 - C) Tous les forfaits ont une durée moyenne de séjour définie.
 - D) Tous les forfaits ont une part des coûts d'utilisation des immobilisations calculée.
- K4. Des règles de facturation particulières figurent au chapitre 3 des Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG.
Qu'est-ce qui fait partie des thèmes réglés à ce niveau?
- A) nouveau-nés
 - B) prestations non obligatoires
 - C) transferts
 - D) cas de décès
- K5. Les buts de la loi sur la statistique fédérale sont exposés dans les dispositions générales.
Elle vise ainsi à:
- A) garantir la protection des données dans la statistique fédérale
 - B) organiser la statistique fédérale de manière à assurer une collecte et un traitement efficaces des données, tout en ménageant les personnes interrogées
 - C) dissimuler les résultats statistiques à l'économie privée, pour des motifs relevant de la protection des données
 - D) encourager la coopération nationale et internationale en matière de statistique

9. Lors de cas splittés, quand doit-on fractionner une facture (voir graphique)?



- A) Quand le cost-weight DRG 2 est inférieur au cost-weight DRG 1.
 - B) Quand la part des coûts du DRG 3 est supérieure à celle du DRG 1.
 - C) Quand la séparation des cas entraîne un dépassement du cost-weight 1.
 - D) Quand les assureurs (AI, AA, AM) ont rejeté la facture.
10. A quel assureur faut-il envoyer la facture si le patient a changé d'assurance pendant son hospitalisation?
- A) La répartition des coûts entre les assureurs-maladie se fait au pro rata temporis (en fonction du nombre de journées d'hospitalisation).
 - B) L'assureur auprès duquel le patient était assuré à son admission paie la facture.
 - C) L'assureur auprès duquel le patient est assuré à sa sortie paie la facture.
 - D) Les coûts sont répartis pour moitié à chaque assureur-maladie (50/50).

11. Un patient est transféré de l'hôpital A à l'hôpital B le troisième jour de son traitement. Le huitième jour, l'hôpital B est obligé de le transférer à l'hôpital C. Le 16e jour, celui-ci le retransfère à l'hôpital A.
Comment l'hôpital A procède-t-il pour la facturation?
- A) Il facture séparément ses deux cas.
 - B) Il regroupe ses deux cas si les deux DRG relèvent de la même MDC.
 - C) Il regroupe les cas si le retransfert est lié à un diagnostic supplémentaire.
 - D) Ses deux cas sont toujours regroupés.
12. Un patient de 40 ans est hospitalisé pour une fracture de la hanche (traitée par PFN). Durant son séjour, il fait un infarctus du myocarde, traité par stents. Le principal engagement de ressources médicales est lié à l'infarctus. Le cas est attribué au DRG F24B, Angioplastie coronaire percutanée (PTCA) avec diagnostic complexe et intervention hautement complexe ou avec PTA, âge > 15 ans.
L'assurance-accidents rejette la facture. Pour quel motif?
- A) On ne peut facturer que la fracture et son traitement.
 - B) Le cas doit être considéré comme un cas mixte et les coûts partagés entre LAA et LAMal, car $CW\ DRG\ 2 + CW\ DRG\ 3 = CW\ DRG\ 1$.
 - C) La facture doit être envoyée à l'assurance-maladie.
 - D) Le cas doit être facturé séparément à l'assureur-accidents et à l'assureur-maladie, car $CW\ DRG\ 2 + CW\ DRG\ 3 > CW\ DRG\ 1$.
13. Un patient est transféré d'un hôpital périphérique (hôpital A) dans un centre hospitalier (hôpital B).
Quand calcule-t-on une réduction pour transfert à l'hôpital B?
- A) Quand la durée du séjour à l'hôpital B est inférieure à la durée moyenne de séjour du forfait calculé.
 - B) Quand le séjour à l'hôpital A a duré moins de 24 heures.
 - C) Quand l'hôpital A est situé à l'étranger ou dans un autre canton.
 - D) Quand le forfait calculé de l'hôpital B est marqué d'un "x" dans la colonne 11 ("DRG de transfert") du catalogue des forfaits par cas.

14. Un étudiant de Haute Ecole Spécialisée prévoit de faire un travail semestriel avec les données de la statistique médicale. Avec les variables existantes, il cherche à trouver à quelle question elles permettent de répondre.
- A) Le nombre de personnes qui ont été hospitalisées plus de trois fois pour la même maladie pendant l'année écoulée.
 - B) Le nombre de personnes atteintes d'une "maladie rare" dans le canton de Zurich.
 - C) Le total des journées de traitement ambulatoire ou stationnaire pour toutes les personnes diabétiques de moins de 20 ans en Suisse.
 - D) Le nombre de personnes entre 12 et 15 ans qui ont été hospitalisées à cause d'un accident de skateboard durant l'année écoulée.
15. La définition du cas est la base de la statistique médicale. En principe, chaque hospitalisation est enregistrée comme nouveau cas. Mais il y a des exceptions. Quelle est la réponse correcte?
- A) La patiente, 90 ans, est amenée en urgence à l'hôpital de district. Le lendemain, elle est amenée à l'hôpital cantonal pour un examen, mais elle revient le jour même à l'hôpital de district. Il faut donc enregistrer deux cas dans la statistique.
 - B) Un patient est hospitalisé une première fois en février pour une insuffisance cardiaque, puis de nouveau en avril pour la même raison. En raison du regroupement de cas, un seul cas est codé.
 - C) Un cycliste a un accident à midi et est amené à l'hôpital, où il décède malheureusement une demi-heure plus tard seulement. Le cas ne doit pas être enregistré.
 - D) Après deux ans de coma, un patient se réveille à l'hôpital et peut rentrer chez lui le même mois, en juin. La statistique enregistre trois cas au total.

16. Par précaution et après mûre réflexion, un nouveau-né est transféré, trois jours après sa naissance, de la maternité à la clinique pédiatrique en raison d'une suspicion de malformation cardiaque.
Quel est le codage correct pour la variable "mode d'admission" de la clinique pédiatrique qui l'accueille?
- A) urgence
 - B) planifié
 - C) naissance
 - D) transfert interne
17. Dans le concept détaillé de la statistique médicale, d'autres motifs d'utilisation ont été définis en plus du relevé des prestations fournies par les hôpitaux.
Parmi les réponses suivantes, laquelle est **fausse**?
- A) recherche épidémiologique de l'étiologie des principales maladies
 - B) constitution de bases pour la saisie homogène des prestations et le calcul des coûts par cas
 - C) contrôle de qualité et recherche clinique
 - D) surveillance épidémiologique de la population
18. La collecte des données pour la statistique médicale n'incombe pas seulement à l'OFS, mais aussi aux offices cantonaux chargés de la statistique ou des relevés.
Qu'est-ce qui **ne fait pas** partie de leurs missions?
- A) Les offices cantonaux contrôlent la livraison des données par les établissements et vérifient la qualité des données reçues.
 - B) Ils informent les établissements sur les questions de détail et sur le calendrier.
 - C) Ils publient dans des tableaux appropriés les données anonymisées qui ont été livrées dans l'ensemble de la Suisse.
 - D) Ils organisent la collecte des données auprès des hôpitaux relevant de leur domaine de compétence.

19. Les cas de traitements stationnaires sont enregistrés dans la statistique médicale des hôpitaux. Celle-ci est une enquête relevé exhaustif.
Combien de cas sont enregistrés par an?
- A) env. 800 000
 - B) entre 2 et 3 millions
 - C) entre 1,3 et 1,5 million
 - D) env. 950 000
- K6. Dans la statistique des hôpitaux (et dans la statistique médicale), les hôpitaux sont classés en différents types, dans ce qu'on appelle la typologie des hôpitaux de l'OFS.
Dans ce cadre, à quels établissements renvoie le type des "cliniques spécialisées"?
- A) cliniques de soins palliatifs
 - B) cliniques de réadaptation
 - C) cliniques de gériatrie
 - D) autres cliniques spécialisées
20. Dans la statistique médicale, on collecte des données relevant du niveau de protection le plus élevé défini dans la loi sur la protection des données.. Vous trouverez ci-dessous quelques exemples de ces variables et catégories de valeurs très sensibles, qui par ailleurs sont souvent relevées dans les données supplémentaires.
Parmi ces variables ou valeurs, laquelle **n'en fait pas** partie et est inventée?
- A) placement à des fins d'assistance
 - B) classe de salaire de la personne traitée
 - C) nombre d'interruptions de grossesse réalisées
 - D) occupation avant l'admission: AI, AVS ou autre rente

21. Le regroupement des cas comporte certaines particularités, qui doivent être associées à des variables indiquant le motif de réadmission. Laquelle des variables suivantes **n'en fait pas** partie?
- A) réadmission avec la même MDC
 - B) inconnu
 - C) retransfert
 - D) retransfert avec la même MDC
22. Parmi les affirmations suivantes concernant les codes daguet / étoile*, laquelle est correcte?
- A) Chaque code daguet est marqué d'une croix dans la CIM.
 - B) Chaque code CIM (hors codes supplémentaires) peut être codé comme un code daguet.
 - C) Un code étoile* peut être codé en tant que diagnostic principal.
 - D) Un code étoile* est systématiquement codé toujours du codage d'un code daguet..
23. Dans le traitement des patients cancéreux, quand le code CIM Z51.5 Soins palliatifs est-il noté?
- A) Quand le code CHOP complexe correspondant est noté.
 - B) Quand le patient a été transféré en soins palliatifs.
 - C) Quand le médecin traitant a un titre de spécialiste en médecine palliative
 - D) Quand la tumeur traitée est diagnostiquée incurable.

24. Parmi les DRG ci-dessous, lequel est rémunéré?
- A) P60A Nouveau-né, décédé, un jour d'hospitalisation, sans procédure particulière et non transféré d'un autre hôpital
 - B) 960Z Impossible à grouper
 - C) 962Z Combinaison non admise de diagnostics en obstétrique
 - D) 961Z Diagnostic principal non admis
25. Parmi les facteurs suivants, lequel **n'influe pas** sur l'indice de case-mix?
- A) diagnostics supplémentaires
 - B) heures de ventilation artificielle
 - C) rémunération supplémentaire
 - D) durée de séjour
26. Parmi les conditions suivantes, laquelle **ne** constitue **pas** une composante obligatoire pour coder une septicémie?
- A) code de foyer infectieux
 - B) code de sepsis
 - C) code de dysfonctionnement organique
 - D) code de SIRS

27. Un patient présentant un syndrome du pied diabétique (avec ulcère de pression au niveau plantaire) dans le cadre d'une angiopathie diabétique est hospitalisé pour une angioplastie.
Parmi les codes suivants, quel est le diagnostic principal correct?
- A) E11.50 Diabète sucré non insulino-dépendant: avec complications vasculaires périphériques
 - B) I70.24 Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec ulcération
 - C) L89.28 Ulcère de décubitus de 3e degré, autre localisation des membres inférieurs
 - D) E11.74 Diabète sucré non insulino-dépendant, avec complications multiples, avec syndrome du pied diabétique
- K7. Parmi les affirmations suivantes concernant les cas de patients en attente de placement selon SwissDRG, laquelle est correcte?
- A) Ce sont des highoutliers.
 - B) Ils doivent être codés.
 - C) Ils sont compris dans la série de données de l'OFS.
 - D) Ils sont facturés selon SwissDRG.
- K8. Des règles particulières concernant le regroupement de cas figurent dans les Règles et définitions selon Swiss DRG.
Parmi les affirmations suivantes, lesquelles sont correctes?
- A) Le regroupement de cas se fonde sur la MDC selon le catalogue des forfaits par cas.
 - B) On peut regrouper jusqu'à 22 cas.
 - C) Les réadmissions pour cause de complication résultant d'une hospitalisation précédente conduisent, en ce qui concerne les directives de codage, à un regroupement de cas.
 - D) Le jour de transfert ou de sortie est pris en compte dans le délai de 18 jours.

28. Concernant les médicaments, qu'est-ce qui détermine le calcul des rémunérations supplémentaires non évaluées conformément à la convention tarifaire relative aux forfaits par cas?
- A) tarif indiqué dans la liste des spécialités (OFSP)
 - B) remboursement prévu par les art. 71a et 71b OAMal
 - C) remboursement convenu entre les partenaires tarifaires
 - D) remboursement au prix coûtant de l'hôpital, TVA comprise et compte tenu des rabais
29. Le groupeur a absolument besoin de certains éléments pour établir un forfait par cas facturable.
Parmi les éléments suivants, duquel **n'a-t-il pas** besoin?
- A) âge
 - B) poids
 - C) diagnostic principal
 - D) durée de séjour
30. Parmi les affirmations suivantes concernant l'évaluation du CMI (casemix-index), laquelle est correcte?
- A) Le CMI correspond au degré de gravité moyen pour la patientèle d'un hôpital sur une période donnée.
 - B) Le CMI est un indicateur des gains ou des pertes sur une période donnée.
 - C) Le CMI permet d'évaluer la qualité des traitements sur une période donnée.
 - D) Le CMI mesure l'efficacité de l'exploitation d'un établissement sur une période donnée.

31. Un patient est hospitalisé pour un traitement complexe de médecine palliative en raison d'un carcinome proximal de l'œsophage. Le symptôme au premier plan est la dysphagie, suivie des douleurs dues aux métastases osseuses et d'une faiblesse générale. Le traitement qui engage le plus de ressources médicales est celui des douleurs chroniques.
Selon la règle S0202e du manuel de codage, lequel des diagnostics suivants doit être choisi comme diagnostic principal?
- A) C79.5 Tumeur maligne secondaire des os et de la moelle osseuse
 - B) R52.1 Douleur chronique irréductible
 - C) C15.3 Tumeur maligne: tiers supérieur de l'œsophage
 - D) R13.9 Autres dysphagies, non précisées
32. Parmi les affirmations suivantes concernant le groupage et ses bases, laquelle est juste?
- A) Les règles relatives au groupage d'un DRG se trouvent uniquement dans le manuel des définitions de la version de tarification correspondante.
 - B) La MDC du groupeur ne dépend que du diagnostic principal.
 - C) Les manuels des définitions relatifs à une version de tarification sont valables deux ans.
 - D) L'Office fédéral de la statistique est chargé de mettre à jour les manuels des définitions.