

Règlement

concernant l'exécution de la révision du codage

selon TARPSY

Version 4.0
Révision des données 2020
Applicable à partir du 01.01.2021

avec Annexe 1 Echantillon et Annexe 2 Rapport-type de révision

La version en langue allemande fait foi

Sommaire

1. Introduction	3
2. Objectifs et principes de la révision du codage	3
3. Obligations du réviseur.....	4
3.1. Qualifications.....	4
3.2. Liste OFS des réviseurs	4
3.3. Code de conduite du réviseur.....	4
3.3.1. Méthode de travail.....	4
3.3.2. Secret professionnel	4
3.3.3. Indépendance	4
4. Directives de révision	5
4.1. Principes	5
4.1.1. Contenu de la révision du codage	5
4.1.2. Révision annuelle	5
4.1.3. Bases de révision.....	5
4.1.4. Mandat confié au réviseur	5
4.1.5. Financement de la révision	6
4.1.6. Lieu de la révision	6
4.1.7. Dates de révision	6
4.2. Exécution de la révision	6
4.2.1. Déclaration d'intégralité.....	6
4.2.2. Prélèvement de l'échantillon.....	6
4.2.3. Procédure de révision	7
4.2.4. Schéma d'évaluation pour le codage de l'hôpital (typologie des erreurs)	7
4.2.5. Etablissement du rapport de révision	9
4.2.6. Procédure en cas de désaccord.....	9
5. Rapport de révision	10
5.1. Contenu du rapport de révision	10
5.2. Utilisation et publication du rapport de révision.....	10
6. Etat	11
Annexe 1: Echantillon.....	12

1. Introduction

Le système de classification des patients TARPSY a été introduit le 1^{er} janvier 2018 dans les institutions de psychiatrie stationnaire¹ de Suisse.

Les partenaires de SwissDRG SA, en particulier les partenaires tarifaires, estiment que l'exécution de la révision du codage pour TARPSY doit intervenir de manière uniforme dans toute la Suisse. Le présent règlement et le rapport-type de révision font partie intégrante de l'application uniforme au niveau national de la structure tarifaire TARPSY.

2. Objectifs et principes de la révision du codage

Pour une application efficace de TARPSY sur le plan tarifaire, il faut impérativement que les bases du codage soient mises en œuvre correctement par les hôpitaux. Le codage d'un cas thérapeutique a en effet des conséquences directes sur la facturation.

La révision du codage selon TARPSY a pour but d'évaluer la qualité du codage dans les hôpitaux et de consigner les résultats dans un rapport, chaque hôpital faisant l'objet d'un rapport distinct. La révision du codage repose sur un contrôle par échantillonnage irréprochable de l'évaluation du codage. La révision du codage représente donc aussi un moyen de garantir la qualité du codage. Outre sa fonction de contrôle, la révision sert au développement du système de codage.

Afin de garantir la comparabilité des résultats, l'exécution de la révision du codage et l'établissement du rapport de révision doivent intervenir de manière uniforme dans toute la Suisse.

Les dispositions relatives à l'exécution de la révision du codage sont consignées dans le présent règlement et sont valables à l'échelle nationale. L'exécution de la révision du codage selon le présent règlement fait impérativement partie intégrante des conventions tarifaires et des mandats de prestations des cantons.

Au besoin, le règlement est adapté aux nouvelles exigences. Les parties contractantes terminent les négociations nécessaires à toute adaptation avant le 30 juin et le nouveau texte qui en résulte entre en vigueur l'année suivante.

Les contenus des rapports ne doivent pas permettre de déduire l'identité des patients.

Les documents sont traduits en français et en italien. En cas de doute, la version allemande fait foi.

¹ Pour faciliter la lecture, le terme « hôpitaux » est utilisé dans la suite du document.

3. Obligations du réviseur²

3.1. Qualifications

1. Pour pouvoir assumer la révision du codage, le réviseur doit être titulaire du brevet fédéral spécialiste en codage médical³ ou d'un diplôme équivalent³ et bénéficier d'une expérience professionnelle de 3 ans dans le domaine du codage dans le cadre d'un poste à temps plein. Le réviseur doit justifier d'une formation complémentaire spécifique au codage dans la psychiatrie (application des règles de codage pour HoNOS/CA / exigences de l'ANQ relatives à HoNOS/CA) ou d'une expérience professionnelle de 1 an au moins dans la psychiatrie (dans le cadre d'un poste à plein temps).
2. Le réviseur doit avoir les connaissances linguistiques nécessaires pour pouvoir procéder à la révision des cas dans la langue nationale correspondante.
3. Le réviseur s'engage à suivre régulièrement des formations continues dans le domaine du codage et de la psychiatrie.

3.2. Liste OFS des réviseurs

1. L'OFS tient une liste de l'ensemble des réviseurs qui satisfont aux exigences définies au point 3.1 et qui ont soumis à l'OFS une requête d'admission sur la liste des réviseurs.
2. L'OFS publie la liste actualisée le 30.06. et le 31.12. de chaque année. Il est habilité à formuler des dispositions exécutoires.

3.3. Code de conduite du réviseur

3.3.1. Méthode de travail

1. Le réviseur s'engage à appliquer de manière conforme les directives de codage publiées par l'OFS. Il connaît les directives de révision mentionnées ci-après et agit en conséquence.
2. Le réviseur est conscient que son évaluation peut avoir des conséquences pour l'hôpital soumis à la révision. Toutefois, ces conséquences ne doivent pas entrer en ligne de compte lors de la révision, ni influencer la conduite du réviseur ou les constatations consignées dans son rapport.

3.3.2. Secret professionnel

1. Les constats faits par le réviseur, resp. les informations portées à sa connaissance dans le cadre de son activité de contrôle, ont un caractère confidentiel et obligent le réviseur à garder durablement le secret vis-à-vis de tiers. L'utilisation des résultats à d'autres fins n'est pas autorisée.

3.3.3. Indépendance

1. Le réviseur garantit son indépendance vis-à-vis de l'hôpital soumis à la révision et confirme celle-ci dans le rapport de révision. Cela signifie notamment que, durant la période de

² Pour faciliter la lecture, le genre masculin est utilisé indifféremment pour désigner les personnes de sexe masculin et féminin.

³ Les demandes de reconnaissance des acquis, accompagnées des documents requis, doivent être adressées à la commission d'examen fédérale de l'examen professionnel Codeur/-euse.

révision et tout au long de sa durée, le réviseur ne peut être lié à l'hôpital soumis à la révision ni par un contrat de travail, ni par des rapports entre mandant et mandataire, ni par quelque rapport de dépendance financière que ce soit. Tout lien de dépendance éventuel vis-à-vis d'un financeur doit être indiqué.

2. La société de révision du codage n'est pas autorisée à coder simultanément les prestations médicales dans l'hôpital concerné et/ou à conseiller ledit hôpital en matière de controlling médical.

4. Directives de révision

4.1. Principes

4.1.1. Contenu de la révision du codage

1. La révision du codage porte sur la vérification dans un hôpital donné, de la qualité du codage et de la facturation selon TARPSY qui en résulte. Les résultats de ce contrôle sont consignés dans un rapport.
2. Les présentes directives de révision englobent les exigences relatives à la révision du codage définies de manière uniforme au niveau national.
3. Les partenaires tarifaires peuvent convenir de contenus plus contraignants, mais qui ne doivent en aucun cas nuire à la révision du codage définie dans ce règlement. Des contrôles plus approfondis peuvent également être instaurés par le biais de la législation cantonale.

4.1.2. Révision annuelle

1. La révision du codage a lieu pour chaque exercice. Pour les données de l'année X, elle doit être achevée jusqu'au 31 mai de l'année X+2. La révision peut être exécutée en deux étapes, d'un commun accord entre les parties concernées. Dans tous les cas, un seul rapport de révision est établi, lequel contient les résultats agrégés des deux étapes.

4.1.3. Bases de révision

1. La révision est gouvernée :
 - a) par les bases de codage publiées par l'OFS (Manuel de codage et classifications des diagnostics et procédures dans les versions spécifiées pour la période de référence)
 - b) par les règles relatives à l'application de TARPSY en vigueur au moment de la révision.
2. Les versions du groupeur et du catalogue de PCG en vigueur pour l'année de révision doivent être indiquées avec les cost-weights.
3. Chaque cas est vérifié sur la base du dossier complet du patient.

4.1.4. Mandat confié au réviseur

1. Le réviseur est désigné en commun par les parties contractantes. Les établissements disposent d'un droit de proposition, dans le respect des critères listés au point 3.3.3 concernant l'indépendance. Si les parties contractantes ne parviennent pas à s'entendre, le canton est souverain pour la désignation du réviseur.

4.1.5. Financement de la révision

1. Les coûts de la révision sont à la charge de l'établissement soumis à la révision. Ils sont toutefois intégrés dans le calcul tarifaire en tant que coûts imputables.

4.1.6. Lieu de la révision

1. La révision intervient en général dans l'établissement. Ce dernier met à disposition des locaux adéquats pour son exécution.
2. Si l'ensemble des documents nécessaires à la révision est disponible en format électronique, la révision peut aussi être exécutée en dehors de l'établissement, dans le respect des dispositions applicables en matière de protection des données.

4.1.7. Dates de révision

1. Les dates de révision sont fixées entre le réviseur et l'établissement, compte tenu de l'échéance définie pour la remise du rapport de révision.

4.2. Exécution de la révision

4.2.1. Déclaration d'intégralité

1. L'hôpital est tenu de remettre au réviseur, au début de la révision du codage, une déclaration d'intégralité confirmant que les cas facturés selon TARPSY au cours de l'exercice contrôlé ont tous été adressés au réviseur pour le prélèvement des échantillons.
2. Toute modification après transmission de ces données dans le cadre d'un changement de facturation doit être communiquée spontanément par l'hôpital au réviseur avant le début de l'activité de révision.

4.2.2. Prélèvement de l'échantillon

1. L'échantillon est fixé de manière à permettre de tirer, en se fondant sur les principes statistiques, des conclusions valables pour l'ensemble de base.
2. L'échantillon est prélevé de manière aléatoire. Le prélèvement a lieu sur la base des sorties des patients dont les séjours en psychiatrie ont été facturés selon TARPSY durant la période de révision. La base de données fournie pour le prélèvement de l'échantillon ne peut plus être modifiée par le réviseur une fois transmise. Si un cas prélevé correspond à une situation de regroupement de cas, que cela soit avec un ou plusieurs cas, la révision du cas correspondant s'étend systématiquement à l'ensemble des séjours hospitaliers rentrant dans le regroupement de cas. Si des cas ont été séparés lors d'une révision alors qu'ils avaient été regroupés par l'hôpital, ou si la révision a conduit au regroupement de cas qui n'avaient pas été regroupés par l'hôpital, et si ces cas ne sont pas inclus dans l'échantillon, les résultats doivent être présentés séparément dans le rapport de révision. Ces cas ne doivent pas être pris en compte dans le calcul des cas normaux de l'échantillon. Le nombre de cas déclarés de l'échantillon peut par conséquent présenter une différence correspondant au nombre de regroupements incorrects de cas.

3. Les détails relatifs à la détermination de la taille de l'échantillon sont définis dans l'Annexe 1.
4. Le prélèvement de l'échantillon est effectué par le réviseur, en collaboration avec l'hôpital.
5. La communication de l'échantillon (transmission des dossiers de révision à l'hôpital) a lieu au plus tard 10 jours et au plus tôt 15 jours avant la révision.
6. Si aucun dossier de patient n'est disponible à la date de la révision dans plus de 1% des cas, un nouvel échantillon doit être prélevé de manière globale. L'hôpital doit en outre justifier l'absence de dossiers de patients. Les deux éléments doivent être mentionnés dans le rapport de révision.

4.2.3. Procédure de révision

1. Le réviseur s'assure que les cas présentés par l'hôpital correspondent à ceux de l'échantillon.
2. Le réviseur code chaque cas de l'échantillon au moyen du dossier complet du patient (rapport de sortie, documentation des soins, etc.).
3. La révision du codage se fait au cas par cas, sur la base du dossier du patient, ceci pour chaque cas sous la forme d'un recodage. Autrement dit, le codage d'origine est connu.
4. Le réviseur vérifie le cas échéant que le codage initial de l'hôpital et la facturation coïncident.
5. La facturation ne peut être corrigée sur la base de la révision du codage, sauf si cela a une portée statistique.

4.2.4. Schéma d'évaluation pour le codage de l'hôpital (typologie des erreurs)

Le codage des codes diagnostiques et de traitement est jugé :

- « **juste** » si les deux codes sont identiques (c.-à-d. si **tous** les caractères du code sont identiques).
- « **faux** » si des différences apparaissent pour un caractère du CIM-10 ou des codes CHOP.
- « **absent** »,
- « **injustifié** »,
- « **inutile** ».

La typologie des erreurs est récapitulée dans le tableau suivant :

Type d'erreur	Code diagnostique (ICD-10)	Code de traitement (CHOP)
Juste	😊😊😊.😊😊	😊😊.😊😊.😊😊
1 ^{er} caractère faux	😞😊😊.😊😊	😞😊.😊😊.😊😊
2 ^e caractère faux	😊😞😊.😊😊	😊😞.😊😊.😊😊
3 ^e caractère faux	😊😊😞.😊😊	😊😊.😞😊.😊😊
4 ^e caractère faux	😊😊😊.😞😊	😊😊.😊😞.😊😊
5 ^e caractère faux	😊😊😊.😊😞	😊😊.😊😊.😞😊
6 ^e caractère faux	-	😊😊.😊😊.😊😞
Code absent	Le code diagnostique n'est pas indiqué, bien que le diagnostic correspondant figure dans les documents utilisés pour le codage et soit important pour l'hospitalisation.	Le code de traitement n'est pas indiqué, bien que le traitement correspondant figure dans les documents utilisés pour le codage et ait été appliqué pendant l'hospitalisation.
Code injustifié	Le code diagnostique est indiqué, bien que le diagnostic correspondant ne figure pas dans les documents utilisés pour le codage ou soit sans importance pour l'hospitalisation.	Le code de traitement est indiqué, bien que le traitement correspondant ne figure pas dans les documents utilisés pour le codage ou soit sans importance pour l'hospitalisation.
Code inutile / saisie inutile	Le code diagnostique est indiqué, bien que l'information soit déjà contenue dans un autre code ou que les directives de codage de l'OFS n'exigent pas de code diagnostique dans ce cas.	Le code de traitement est indiqué, bien que l'information soit déjà contenue dans un autre code ou que les directives de codage de l'OFS n'exigent pas de code de traitement dans ce cas.

Le codage des items HoNOS, resp. HoNOSCA, est jugé :

- « **juste** »,
- « **faux** »,
- « **absent** »,
- « **moment de la saisie incorrect** »

Type d'erreur	HoNOS	HoNOSCA
Juste	☺ L'item a été saisi durant la période prescrite sous le code CHOP et la gravité des symptômes peut être vérifiée et reproduite à l'aide de la documentation ⁴ utilisée pour le codage.	☺ L'item a été saisi durant la période prescrite sous le code CHOP et la gravité des symptômes peut être vérifiée et reproduite à l'aide de la documentation ³ utilisée pour le codage.
Faux	☹ L'item a été codé avec une valeur qui ne correspond pas aux indications figurant dans les documents utilisés pour le codage.	☹ L'item a été codé avec une valeur qui ne correspond pas aux indications figurant dans les documents utilisés pour le codage.
Absent	L'item n'est pas codé bien que l'intensité des symptômes figure dans les documents utilisés pour le codage et soit importante pour l'hospitalisation.	L'item n'est pas codé bien que l'intensité des symptômes figure dans les documents utilisés pour le codage et soit importante pour l'hospitalisation.
Moment de la saisie incorrect	L'item n'a pas été relevé dans le délai prescrit sous le code CHOP.	L'item n'a pas été relevé dans le délai prescrit sous le code CHOP.

4.2.5. Etablissement du rapport de révision

1. Les résultats de la révision du codage sont consignés par écrit et discutés avec le responsable du codage de l'hôpital une fois la révision terminée.
2. Le rapport de révision provisoire est adressé à l'hôpital. Ce dernier dispose d'un délai de 10 jours ouvrables pour prendre position.
3. Le réviseur établit ensuite le rapport de révision définitif à l'attention de l'hôpital.
4. Les détails relatifs au rapport de révision sont définis dans le chapitre 5 et dans l'Annexe 2.

4.2.6. Procédure en cas de désaccord

1. Si l'hôpital n'est pas d'accord avec un codage du réviseur ou avec d'autres constatations que le réviseur a faites dans le cadre de son activité et qu'aucun accord ne peut par ailleurs être trouvé par le dialogue, le rapport est établi selon l'évaluation et le codage du réviseur.
2. Le réviseur et l'hôpital peuvent présenter ensemble le codage contesté au secrétariat du codage de l'OFS à des fins d'évaluation. La réponse est donnée dans un délai de 30 jours

⁴ Les exigences minimales portant sur la documentation de HoNOS/CA correspondent aux prescriptions décrites sous le code CHOP. Dans le dossier du patient, l'évaluation par la personne responsable du cas du degré de gravité des symptômes doit être documentée, afin de permettre la vérification de cette valeur.

après réception de la demande. Dans ce cas aussi, c'est la position du réviseur qui est déterminante pour le rapport de révision. Le différend doit être mentionnée dans le rapport de révision, quelle que soit l'éventuelle évaluation faite par l'OFS.

5. Rapport de révision

5.1. Contenu du rapport de révision

1. Les résultats de la révision sont consignés dans le rapport de révision. Les informations contenues dans le rapport de révision ne doivent pas permettre de déduire l'identité des patients.
2. Le rapport de révision doit respecter les prescriptions formelles définies dans l'Annexe 2. Il se compose des parties suivantes :
 1. Rapport sur la révision du codage
 2. Listes de données de la révision

5.2. Utilisation et publication du rapport de révision

1. L'hôpital doit rendre accessibles en tant qu'observations principales les évaluations effectuées dans le rapport de révision sous forme de « Résumé » (page 4 du rapport-type de révision). Il est libre de publier le rapport de révision dans son intégralité.
2. Dans le cadre de la transmission des listes de données de la révision, l'anonymat des données concernant les patients doit être garanti à tout moment, de telle sorte qu'aucune conclusion ne puisse être tirée quant à l'identité des patients.
3. Les destinataires suivants sont en droit d'accéder à l'intégralité du rapport de révision signé au format pdf, y compris aux listes de données de la révision au format dat :

Destinataires	Droits du destinataire du rapport
Hôpital soumis à la révision	Peut disposer librement des contenus
Canton d'implantation	Peut transmettre les contenus en interne à des services cantonaux
H+	A définir par les établissements / H+. Adresse d'envoi : tarif@hplus.ch
santésuisse	Peut transmettre l'intégralité du rapport aux assureurs-maladie associés. Adresse d'envoi : mail@santesuisse.ch, objet : « Rapport de la révision du codage »
curafutura	Peut transmettre l'intégralité du rapport aux assureurs-maladie associés. Adresse d'envoi : info@curafutura, objet : « Rapport de la révision du codage »
CTM	Peut transmettre l'intégralité du rapport aux assureurs-accidents affiliés, à l'assurance militaire et à l'assurance invalidité. Adresse d'envoi : info@zmt.ch
CDS	Peut transmettre l'intégralité du rapport à tous les cantons. Adresses d'envoi : revisionsberichte@gdk-cds.ch ou rapportcodage@gdk-cds.ch

Destinataires	Droits du destinataire du rapport
SwissDRG SA	Ne peut pas transmettre les contenus. Adresse d'envoi : info@swissdrg.org
Secrétariat du codage de l'OFS	Peut demander à le recevoir si nécessaire. Ne peut pas transmettre les contenus.

4. Le réviseur s'assure que le rapport de révision et les données de la révision sont adressés aux destinataires mentionnés ci-dessus au plus tard le 30 juin de l'année des données soumise à révision X+2.

6. Etat

Version 4.0 approuvée par le Conseil d'administration de SwissDRG SA le 19.03.2020 à Berne.

Annexe 1 : Echantillon

- A) Pour la révision des données 2020 selon TARPSY, une taille d'échantillon de 5% est fixée pour chaque établissement, avec cependant un minimum de 20 cas et un maximum de 150.
- B) L'évaluation de la différence de codage (écart entre le DMI de l'établissement avant la révision et le DMI de l'établissement avec les codes du réviseur), ainsi que le type de détermination d'un niveau de confiance à 95% doivent être documentés de manière compréhensible, ce qui signifie qu'une tierce personne doit pouvoir les reproduire avec la même base de données et arriver à un résultat identique.
- C) Les résultats statistiques issus des échantillons doivent être déterminés avec des estimateurs non biaisés. Il est conseillé de faire appel à un spécialiste de la statistique.