

Version **34.0 / 14xx.06xx.20192020**

**Annexe 2 au règlement sur l'exécution de la révision du codage selon TARPSY**

# **Rapport-type de révision <sup>1</sup>**

## **de l'hôpital X**

Version **34.0**  
Révision des données **20192020**  
Applicable à partir du 01.01. **20202021**

**La version en langue allemande fait foi**

---

<sup>1</sup> Concrétisation du volet statistique et des critères d'évaluation

## Préambule

Pour atteindre des résultats homogènes permettant une comparabilité à l'échelle de la Suisse, les points suivants doivent être pris en compte lors de l'élaboration du rapport-type de révision:

1. Le rapport-type de révision est un document contraignant et doit être entièrement rempli. Il est considéré comme un rapport de révision standard.
2. L'ordre des chapitres doit correspondre à celui du rapport-type de révision.
3. Toutes les annexes doivent être jointes au rapport.
4. Si un chapitre du rapport-type de révision ne s'applique pas en raison d'une structure individuelle à un hôpital, ce chapitre doit être conservé avec une note de la société de révision expliquant l'absence des informations requises.
5. Toutes les désignations de colonnes et de lignes doivent être conservées de manière inchangée.
6. Si la société de révision met des évaluations ou informations supplémentaires à disposition de l'hôpital, celles-ci peuvent être complétées sans modification de la structure de base.

## Sommaire

<b>Résumé.....</b>	<b>5</b>
Résultats de la révision en bref .....	5
Comparaison de chiffres clés ensemble de base et échantillon .....	5
<b>1. Exécution de la révision.....</b>	<b>6</b>
1.1 Période de référence .....	6
1.2 Version en vigueur .....	6
1.3 Calcul et prélèvement de l'échantillon .....	6
1.4 Description chronologique de la révision .....	6
1.5 Qualification du réviseur .....	6
1.6 Indépendance du réviseur .....	6
1.7 Remarques.....	6
<b>2. Constatations .....</b>	<b>7</b>
2.1 Constatations générales .....	7
2.2 Bases administratives .....	7
2.2.1 Dossiers de patients.....	7
2.2.2 Données administratives provenant des cas rapportés.....	7
2.2.3 Erreurs de combinaison de cas (splitting du cas, regroupement de cas).....	8
2.2.4 Congruence de la facturation.....	8
2.3 Diagnostics et traitements .....	8
2.3.1. Erreurs constatées .....	8
2.3.2 Nombre d'erreurs de codage, selon le type d'erreur .....	8
2.3.3 Nombre de codes faux avec indication de la position.....	9
2.3.4 Pourcentage d'erreurs de codes selon le type d'erreur .....	9
2.3.5 Pourcentage de codes faux avec indication de la position.....	10
2.3.6 Nombre et pourcentage de codes non spécifiques dans le codage de l'hôpital .....	10
2.3.7 Attribution du diagnostic principal.....	10
2.3.8 Attribution du diagnostic supplémentaire .....	11
2.3.9 Attribution du code CHOP (sans 94.A1 et 94.A2).....	11
2.3.10 Attribution du code CHOP (94.A1).....	11
2.3.11 Attribution du code CHOP (94.A2).....	11
2.3.12 Traitement ambulatoire non psychiatrique externe .....	11
2.4 Médicaments et substances.....	12
2.5 Changements de cost-weights.....	12

2.5.1 Nombre et pourcentage de changements de cost-weights.....	12
2.5.2 Différences avec / sans soumission à l'OFS.....	12
2.6 Cost-weights.....	13
2.6.1 DMI de l'hôpital avant et après révision.....	13
2.6.2 CMI de l'hôpital avant et après révision.....	13
2.6.3 Durée moyenne de séjour à l'hôpital avant et après révision.....	13
2.6.4 Différences entre les cost-weights et différences entre les durées de séjour.....	13
2.7 Comparaison échantillon et ensemble de base.....	13
2.7.1 Nombre de cas et de jours.....	13
2.7.2 Nombre de diagnostics supplémentaires par patient.....	14
2.7.3 Nombre de codes de traitement par patient.....	14
2.7.4 Pourcentage de cas avec HoNOS, resp. HoNOSCA.....	14
2.7.5 Pourcentage de cas avec des rémunérations supplémentaires.....	14
2.8 Rémunérations supplémentaires.....	14
2.9 Comparaison avec les révisions antérieures.....	15
<b>3. Recommandations.....</b>	<b>16</b>
3.1 Recommandations pour l'amélioration du codage à l'hôpital.....	16
3.2 Recommandations pour le développement de TARPSY.....	16
3.3 Autres remarques du réviseur.....	16
<b>4. Remarques de la direction de l'hôpital.....</b>	<b>17</b>
<b>Annexe 1 : Pièces justificatives.....</b>	<b>18</b>
Déclaration d'engagement et confirmation d'indépendance du réviseur concernant la révision du codage des données 20XX à l'hôpital X.....	18
Déclaration de l'hôpital X confirmant l'intégralité des données fournies pour la révision du codage des données 20XX.....	20
<b>Annexe 2 : Aperçu des prestations durant la période sous revue.....</b>	<b>21</b>
Aperçu des prestations durant la période sous revue.....	21
Cas TARPSY selon le canton de domicile et le type d'assurance.....	21
Nombre de rémunérations supplémentaires.....	21

## Résumé

### Résultats de la révision en bref

Taille-Cas de l'échantillon	Nombre	
Cas de l'ensemble de base	Nombre	
Jours de l'échantillon	Nombre	
Jours de l'ensemble de base	Nombre	
DMI de l'hôpital avant révision		
DMI estimé de l'hôpital après révision (échantillon)		
Signification statistique de l'écart entre DMI avant et après la révision	oui/non	
Différence estimée entre DMI de l'hôpital avant et après révision	Valeur abs.	%
Cas révisés avec changements de cost-weightsPCG	Nombre	%
Diagnostics principaux corrects <sup>2</sup>	Nombre	%
Complément au diagnostic principal correct <sup>2</sup>	Nombre	%
Diagnostics supplémentaires corrects	Nombre	%
Code CHOP correct (sans 94.A1 et 94.A2) <sup>3</sup>	Nombre	%
Code CHOP correct (94.A1)	Nombre	%
Code CHOP correct (94.A2) <sup>3</sup>	Nombre	%
Rémunérations supplémentaires correctes <sup>34</sup>	Nombre	%
Regroupements de cas contestés	Nombre	%
Congruence contestée de la facturation	Nombre	%
Prestations ambulatoires externes saisies correctement	Nombre	%
Proportion de documents manquants	%	

### Comparaison de chiffres clés ensemble de base et échantillon

	Ensemble de base	Échantillon

<sup>2</sup> Pour les diagnostics principaux corrects et les compléments corrects au diagnostic principal, le code doit non seulement être correct, mais également avoir été codé à la bonne position (un diagnostic principal jugé « correct » doit par exemple être saisi à la position « Diagnostic principal ». Si un diagnostic supplémentaire a été codé avec le code correct pour le diagnostic principal, ce diagnostic supplémentaire ne peut alors pas être considéré comme un diagnostic principal correct).

<sup>3</sup> Indication par cas.

---

Cas avec rémunérations supplémentaires	%	%
Cas avec prestations ambulatoires externes	%	%
DMI		

## 1. Exécution de la révision

### 1.1 Période de référence

### 1.2 Version en vigueur

Catalogue des PCG avec cost-weights, règles de facturation (« Règles et définitions pour la facturation des cas selon TARPSY » ainsi que « Clarifications et exemples de cas concernant les règles d'application »), manuel de codage, classifications (CHOP et CIM-10-GM); typologie des erreurs.

### 1.3 Calcul et prélèvement de l'échantillon

Description complète de la méthode utilisée pour déterminer la taille de l'échantillon et de la méthode d'échantillonnage ainsi que des procédés de calcul utilisés.

### 1.4 Description chronologique de la révision

Date/heure de l'envoi de l'échantillon. Date/heure de l'entretien sur le cas. Durée de la révision du codage à proprement parler (sans rédaction du rapport, entretien sur le cas et autres tâches administratives). Indication du lieu du déroulement de la révision.

### 1.5 Qualification du réviseur

### 1.6 Indépendance du réviseur

Communication de liens de dépendance éventuels par rapport à un financeur et renvoi à l'Annexe 1.

### 1.7 Remarques

## 2. Constatations

### 2.1 Constatations générales

### 2.2 Bases administratives

#### 2.2.1 Dossiers de patients

##### 2.2.1.1 Pourcentage de documents manquants

##### 2.2.1.2 Qualité de la tenue des documents

Critères d'évaluation : transparence, chronologie, intégralité/absence de documents individuels pertinents pour la révision du codage.

#### 2.2.2 Données administratives provenant des cas rapportés

Erreurs dans :	Nombre	Pourcentage
Mode d'admission		
Décision d'envoi		
Lieu de séjour avant l'admission		
Changement de type de séjour (ambulatoire, hospitalisation, réadaptation, soins somatiques aigus)		
Décision de sortie		
Lieu de séjour après la sortie		
Traitement après la sortie		
Durée de séjour		
Congé administratif		
Motif de réadmission		
Placement à des fins d'assistance		

## 2.2.3 Erreurs de combinaison de cas (splitting du cas, regroupement de cas)

### 2.2.3.1 Erreurs constatées

Type d'erreur	PCG	Cost-weight de l'hôpital	Cost-weight du réviseur	Différence de cost-weight

### 2.2.3.2 Ecart entre cost-weights

La facturation est révisée sur la base de la version en vigueur des « Règles et définitions pour la facturation des cas selon TARPSY ».

## 2.2.4 Congruence de la facturation

Erreurs constatées :

	PCG	Cost-weight	Rémunérations supplémentaires
Incorrecte			
Encore aucune facture disponible			
Autre			
Manquante			

Les cas d'annulation qui ont été signalés avant le début de la révision doivent être énumérés en détail ici.

Dans ce contexte, il convient de rappeler le point 4.2.3.5 du règlement. La correction de factures en raison de la révision du codage n'est pas autorisée, sauf en cas de signification statistique.

## 2.3 Diagnostics et traitements

### 2.3.1. Erreurs constatées

Respect du manuel de codage, indication de l'importance PCG des erreurs constatées, etc.

### 2.3.2 Nombre d'erreurs de codage, selon le type d'erreur

	justes	faux	absents	injustifiés	inutiles	total
Diagnostic principal						
Complément au diagnostic principal						
Diagnostics supplémentaires						

	justes	faux	absents	injustifiés	inutiles	total
Total diagnostics						
Traitements (sans 94.A1 et 94.A2)						
Traitements (94.A1)						
Traitements (94.A2)						
Total traitements						

### 2.3.3 Nombre de codes faux avec indication de la position

	1 <sup>er</sup> caractère faux	2 <sup>e</sup> caractère faux	3 <sup>e</sup> caractère faux	4 <sup>e</sup> caractère faux	5 <sup>e</sup> caractère faux	6 <sup>e</sup> caractère faux	total
Diagnostic principal							
Complément au diagnostic princ.							
Diagnostics supplémentaires							
Total diagnostics							
Traitements (sans 94.A1 et 94.A2)							
Traitements (94.A1)							
Traitements (94.A2)							
Total traitements							

### 2.3.4 Pourcentage d'erreurs de codes selon le type d'erreur

	justes	faux	absents	injustifiés	inutiles
Diagnostic principal					
Complément au diagnostic princ.					
Diagnostics supplémentaires					
Total diagnostics					
Traitements (sans 94.A1 et 94.A2)					
Traitements (94.A1)					

Traitements (94.A2)					
Total traitements					

### 2.3.5 Pourcentage de codes faux avec indication de la position

	1 <sup>er</sup> caractère faux	2 <sup>e</sup> caractère faux	3 <sup>e</sup> caractère faux	4 <sup>e</sup> caractère faux	5 <sup>e</sup> caractère faux	6 <sup>e</sup> caractère faux	total
Diagnostic principal							
Complément au diagnostic princ.							
Diagnostics supplémentaires							
Total diagnostics							
Traitements (sans 94.A1 et 94.A2)							
Traitements (94.A1)							
Traitements (94.A2)							
Total traitements							

### 2.3.6 Nombre et pourcentage de codes non spécifiques dans le codage de l'hôpital

	Nombre de codes non spécifiques <sup>4</sup>	Pourcentage de codes non spécifiques
Diagnostics		

### 2.3.7 Attribution du diagnostic principal

	Nombre	Pourcentage
Pas de modification du codage de l'hôpital		
Code remplacé par le code exact		
Code absent remplacé par un nouveau code		
Classé au moyen du diagnostic supplémentaire existant		

<sup>4</sup> Tous les codes CHOP et CIM-10 contenant l'indication « sans autre précision » (SAP) sont considérés comme non spécifiques, à l'exception des codes CIM V01!-Y84!.

### 2.3.8 Attribution du diagnostic supplémentaire

	Nombre	Pourcentage
Pas de modification du codage de l'hôpital		
Code remplacé par le code exact		
Code absent remplacé par un nouveau code		
Classé au moyen du diagnostic supplémentaire existant		

### 2.3.9 Attribution du code CHOP (sans 94.A1 et 94.A2)

	Nombre	Pourcentage
Pas de modification du codage de l'hôpital		
Code remplacé par le code exact		
Code absent remplacé par un nouveau code		

### 2.3.10 Attribution du code CHOP (94.A1)

	Nombre	Pourcentage
Pas de modification du codage de l'hôpital		
Code remplacé par le code exact		
Code absent remplacé par un nouveau code		

### 2.3.11 Attribution du code CHOP (94.A2)

	Nombre	Pourcentage
Pas de modification du codage de l'hôpital		
Code remplacé par le code exact		
Code absent remplacé par un nouveau code		

### 2.3.12 Traitement ambulatoire non psychiatrique externe

	Nombre	Pourcentage
Saisis correctement		
Saisis incorrectement		

Non saisis		
------------	--	--

## 2.4 Médicaments et substances

La liste des médicaments et substances pouvant être enregistrés dans la statistique médicale au niveau des cas selon SwissDRG SA est déterminante.

	Nombre	Pourcentage
Saisis correctement		
Saisis incorrectement		
Non saisis		

Données sur le type d'erreur (unité de dosage, mode d'administration, etc.)

## 2.5 Changements de PCG cost-weights

### 2.5.1 Nombre et pourcentage de changements de PCG cost-weights

	Cost-weight supérieur après révision		Cost-weight inférieur après révision		Pas d'effet sur le cost-weight	
		%		%		%
Dus à une modification du diagnostic principal		%		%		%
Dus à la modification d'un diagnostic supplémentaire		%		%		%
Dus à une modification du code de traitement		%		%		%
Dus à d'autres changements		%		%		%
Total		%		%		%

### 2.5.2 Différences avec / sans soumission à l'OFS

Différences	Soumission à l'OFS oui/non	Remarques

## 2.6 Cost-weights

### 2.6.1 DMI de l'hôpital avant et après révision

Indication des valeurs suivantes :

1. ~~4.~~ DMI de l'hôpital avant révision (ensemble de base) ;
- ~~4.~~2. DMI estimé de l'hôpital avant révision (échantillon) ;
- ~~2.~~3. DMI estimé de l'hôpital après révision (échantillon) ;
- ~~3.~~4. Différence estimée du DMI avant et après révision ;
- ~~5.~~ 4. Intervalle de confiance ~~xy~~95% de la différence du DMI de l'hôpital avant et après révision.

### 2.6.2 CMI de l'hôpital avant et après révision

Indication des valeurs suivantes :

1. CMI de l'hôpital avant révision (ensemble de base) ;
2. CMI estimé de l'hôpital avant révision (échantillon) ;
3. CMI estimé de l'hôpital après révision (échantillon) ;

### 2.6.3 Durée moyenne de séjour à l'hôpital avant et après révision

1. Durée moyenne de séjour avant révision (ensemble de base) ;
2. Durée moyenne de séjour estimée avant révision (échantillon) ;
3. Durée moyenne de séjour estimée après révision (échantillon) ;

### 2.6.2.4 ~~Ecart-type estimé des d~~Différences entre les cost-weights et ~~de la part des différences entre les cost-weights qui ne sont pas égales à zéro~~durées de séjour

Indication des valeurs suivantes :

1. ~~Ecart-type estimé des différences entre les cost-weights de l'hôpital~~Liste des cost-weights associés avant et après révision, pour les cas avec des différences entre les cost-weights qui ne sont pas égales à zéro (liste des paires (x,y), où x = cost-weight avant révision, y = cost-weight après révision,  $x \neq y$ ).
2. ~~Part estimée des différences entre les cost-weights qui ne sont pas égales à zéro~~Liste des durées de séjour associées, avant et après révision, pour les cas avec des différences de durées de séjour qui ne sont pas égales à zéro (liste des paires (u,v) où u = durée de séjour avant révision, v = durée de séjour après révision,  $u \neq v$ )

## 2.7 Comparaison ~~ensemble de base et échantillon~~ et ensemble de base

### 2.7.1 Nombre de cas et de jours

Nombre de cas (échantillon)	
Nombre de cas (ensemble de base)	
Nombre de jours (échantillon)	
Nombre de jours (ensemble de base)	

### 2.7.1-2 Nombre de diagnostics supplémentaires par patient

Nombre de diagnostics supplémentaires/patient (échantillon)	
Nombre de diagnostics supplémentaires/patient (ensemble de base)	

### 2.7.2-3 Nombre de codes de traitement par patient

Nombre de codes de traitement/patient (échantillon)	
Nombre de codes de traitement/patient (ensemble de base)	

### 2.7.3-4 Pourcentage de cas avec HoNOS, resp. HoNOSCA

Pourcentage de cas avec HoNOS (échantillon)	
Pourcentage de cas avec HoNOS (ensemble de base)	
Pourcentage de cas avec HoNOSCA (échantillon)	
Pourcentage de cas avec HoNOSCA (ensemble de base)	

### 2.7.4-5 Pourcentage de cas avec des rémunérations supplémentaires

Pourcentage de cas avec des rémunérations supplémentaires (échantillon)	%	
Pourcentage de cas avec des rémunérations supplémentaires (ensemble de base)	%	

## 2.8 Rémunérations supplémentaires

	Nombre	Pourcentage
Saisies correctement		%
Saisies incorrectement		%
Non saisies		%

## **2.9 Comparaison avec les révisions antérieures**

Ce point s'applique dès la deuxième révision de l'établissement.

## **3. Recommandations**

### **3.1 Recommandations pour l'amélioration du codage à l'hôpital**

Les recommandations pour l'amélioration du codage doivent être détaillées et prendre en compte les erreurs constatées.

### **3.2 Recommandations pour le développement de TARPSY**

Propositions de modifications de la classification (CIM et CHOP), des directives de codage ou de l'algorithme du groupeur.

### **3.3 Autres remarques du réviseur**

## 4. Remarques de la direction de l'hôpital

.....

Lieu et date

.....

Hôpital X, le directeur

## Annexe 1 : Pièces justificatives

### Déclaration d'engagement et confirmation d'indépendance du réviseur concernant la révision du codage des données 20XX à l'hôpital X

1. Le réviseur s'engage à réviser le codage de manière appropriée et professionnelle sur la base du règlement pour la révision du codage selon TARPSY, dans la version 3.0 du XX.XX.2019 (ou plus récente) en cours de validité.
2. Le réviseur s'engage à traiter de manière durablement confidentielle, vis-à-vis de tiers, les contenus parvenus à sa connaissance durant son activité de révision et à ne pas réutiliser les résultats.
3. Le réviseur s'engage à garantir à tout moment l'anonymat des données de patients dans le cadre de la transmission des listes de données de la révision, de telle sorte que l'on ne puisse conclure à l'identité des patients.
4. Le réviseur confirme son indépendance par rapport à l'hôpital soumis à la révision. Il confirme notamment que, pendant la période de révision et la durée de la révision, il n'était pas lié à l'hôpital soumis à la révision par un contrat de travail, par un mandat, ou par d'autres rapports de dépendance financière. Tout lien de dépendance éventuel par rapport à un financeur doit être intégralement communiqué dans le rapport de révision.
5. Le réviseur atteste que la société de révision qui l'emploie n'a pas également codé les prestations médicales de l'hôpital concerné, ni conseillé ce dernier en matière de controlling médical.

.....  
Lieu et date

.....

Réviseur du codage

**Déclaration de l'hôpital X confirmant l'intégralité des données fournies  
pour la révision du codage des données 20XX**

Nous confirmons avoir communiqué au réviseur tous les cas, facturés selon TARPSY par l'hôpital X, de patients sortis entre le 1<sup>er</sup> janvier 20XX et le 31 décembre 20XX.

.....

Lieu et date

.....

Hôpital X, le directeur

## Annexe 2 : Aperçu des prestations durant la période sous revue

### Aperçu des prestations durant la période sous revue

Nombre de cas traités dans le cadre d'un séjour hospitalier (ensemble de l'institution)

	AMal	AA	AM	AI	Total
Psychiatrie des adultes					
Psychiatrie des enfants et des adolescents					
Patients en attente de placement <sup>5</sup>					
Soins somatiques aigus					
Réadaptation					

### Cas TARPSY selon le canton de domicile et le type d'assurance

	AMal	AA	AM	AI
Interne au canton				
Canton A				
Canton B				
Canton C				
....				

### Nombre de rémunérations supplémentaires

Rémunération supplémentaire	Dénomination	Montant	AMal	AA	AM	AI	Auto-payeurs	Autres	inconnu	Total
Total rémunérations supplémentaires										

version 89.0

<sup>5</sup> Patients en attente de placement = patients hospitalisés en psychiatrie en tant que cas de soins au sens des « Règles et définitions pour la facturation des cas selon TARPSY ».