

**Annexe 2 au règlement sur l'exécution de la révision du codage dans le cadre de TARPSY**

# **Rapport-type de révision <sup>1</sup> de l'hôpital X**

**Version 2.0**  
Etat du 12.03.2018

**La version en langue allemande fait foi**

---

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

## Sommaire

|  |          |
|--|----------|
| <b>Résumé.....</b>   | <b>4</b> |
| Résultats de la révision en bref .....   | 4        |
| Comparaison de chiffres clés ensemble de base et échantillon .....                     | 4        |
| <b>1. Exécution de la révision .....</b>   | <b>5</b> |
| 1.1 Période de référence.....  | 5        |
| 1.2 Version en vigueur .....   | 5        |
| 1.3 Calcul et prélèvement de l'échantillon.....  | 5        |
| 1.4 Description chronologique de la révision.....                                      | 5        |
| 1.5 Qualification du réviseur .....  | 5        |
| 1.6 Indépendance du réviseur.....  | 5        |
| 1.7 Remarques .....  | 5        |
| <b>2. Constatations .....</b>  | <b>6</b> |
| 2.1 Constatations générales.....   | 6        |
| 2.2 Bases administratives.....   | 6        |
| 2.2.1 Dossiers de patients.....  | 6        |
| 2.2.2 Données administratives provenant des cas rapportés .....                        | 6        |
| 2.2.3 Erreurs de combinaison de cas (splitting du cas, regroupement de cas) .....      | 7        |
| 2.2.4 Congruence de la facturation.....  | 7        |
| 2.3 Diagnostics et traitements .....   | 7        |
| 2.3.1. Erreurs constatées .....  | 7        |
| 2.3.2 Nombre d'erreurs de codage, selon le type d'erreur.....                          | 7        |
| 2.3.3 Nombre de codes faux avec indication de la position.....                         | 8        |
| 2.3.4 Pourcentage d'erreurs de codes selon le type d'erreur .....                      | 8        |
| 2.3.5 Pourcentage de codes faux avec indication de la position.....                    | 8        |
| 2.3.6 Nombre et pourcentage de codes non spécifiques dans le codage de l'hôpital ..... | 9        |
| 2.3.7 Attribution du diagnostic principal.....   | 9        |
| 2.3.8 Attribution du diagnostic supplémentaire .....                                   | 9        |
| 2.3.9 Attribution de l'HoNOS .....   | 10       |
| 2.3.10 Attribution de l'HoNOSCA.....   | 10       |
| 2.3.11 Traitement ambulatoire non psychiatrique externe.....                           | 10       |
| 2.4 Médicaments et substances.....   | 10       |
| 2.5 Changement de PCG.....   | 11       |
| 2.5.1 Nombre et pourcentage de changements de PCG.....                                 | 11       |
| 2.5.2 Différences avec / sans soumission à l'OFS.....                                  | 11       |

|  |           |
|--|-----------|
| 2.6 Cost-weights .....   | 11        |
| 2.6.1 Evaluation du DMI de l'hôpital avant et après révision .....   | 11        |
| 2.6.2 Ecart-type estimé des différences entre les cost-weights et de la part des différences entre les cost-weights qui ne sont pas égales à zéro..... | 11        |
| 2.7 Comparaison ensemble de base et échantillon .....  | 12        |
| 2.7.1 Nombre de diagnostics supplémentaires par patient .....  | 12        |
| 2.7.2 Nombre de groupes de cas PCG.....  | 12        |
| 2.7.3 Pourcentage de cas avec HoNOS resp. HoNOSCA.....   | 12        |
| 2.7.4 Pourcentage de cas avec des rémunérations supplémentaires.....   | 12        |
| 2.8 Rémunérations supplémentaires .....  | 12        |
| 2.9 Comparaison avec les révisions antérieures .....   | 12        |
| <b>3. Recommandations.....</b>   | <b>13</b> |
| 3.1 Recommandations pour l'amélioration du codage à l'hôpital.....   | 13        |
| 3.2 Recommandations pour le développement de TARPSY .....  | 13        |
| 3.3 Autres remarques du réviseur.....  | 13        |
| <b>4. Remarques de la direction de l'hôpital .....</b>   | <b>14</b> |
| <b>Annexe 1 : Pièces justificatives .....</b>  | <b>15</b> |
| Déclaration d'engagement et confirmation d'indépendance du réviseur concernant la révision du codage des données 20XX à l'hôpital X.....               | 15        |
| Déclaration de l'hôpital X confirmant l'intégralité des données fournies pour la révision du codage des données 20XX .....                             | 16        |
| <b>Annexe 2 : Aperçu des prestations durant la période sous revue .....</b>  | <b>17</b> |
| Aperçu des prestations durant la période sous revue .....  | 17        |
| Cas TARPSY selon le canton de domicile et le type d'assurance.....   | 17        |
| Nombre de rémunérations supplémentaires.....   | 17        |

## Résumé

### Résultats de la révision en bref

| Taille de l'échantillon   | Nombre      |   |
|---|-------------|---|
| DMI de l'hôpital avant révision   |             |   |
| DMI estimé de l'hôpital après révision                                    |             |   |
| 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 changement de PCG  | Nombre      | % |
| Diagnostics principaux corrects <sup>2</sup>                              | Nombre      | % |
| Complément au diagnostic principal correct <sup>2</sup>                   | Nombre      | % |
| HoNOS <sup>3</sup> correct  | Nombre      | % |
| HoNOSCA <sup>3</sup> correct  | Nombre      | % |
| Diagnostics supplémentaires corrects <sup>3</sup>                         | Nombre      | % |
| Rémunérations supplémentaires correctes <sup>4</sup>                      | Nombre      | % |
| Regroupements de cas contestés  | Nombre      | % |
| Congruence contestée de la facturation                                    | Nombre      | % |
| <b>Proportion de documents manquants</b>                                  | <b>%</b>    |   |

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

|   | Ensemble de base | Échantillon |
|---|------------------|-------------|
| <b>Nombre de cas avec rémunérations supplémentaires</b> | %                | %           |
| <b>DMI</b>  |                  |             |

<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> Une variante au moins doit être utilisée par l'hôpital pour la saisie de la gravité des symptômes.

<sup>4</sup> Indication par cas.

## **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<br>(ambulatoire, hospitalisation, réadaptation,<br>soins somatiques aigus) |        |             |
| Décision de sortie  |        |             |
| Lieu de séjour après la sortie  |        |             |
| Traitement après la sortie  |        |             |
| Durée de séjour   |        |             |
| Congé administratif (sortie d'essai non<br>incluse)   |        |             |
| 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.

## 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 |
|-------------------|--------|------|---------|-------------|----------|-------|
| HoNOS             |        |      |         |             |          |       |
| HoNOSCA           |        |      |         |             |          |       |
| Total diagnostics |        |      |         |             |          |       |

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

|                                    | 1 <sup>er</sup><br>caractère<br>faux | 2 <sup>e</sup><br>caractère<br>faux | 3 <sup>e</sup><br>caractère<br>faux | 4 <sup>e</sup><br>caractère<br>faux | 5 <sup>e</sup><br>caractère<br>faux | 6 <sup>e</sup><br>caractère<br>faux | total |
|------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------|
| Diagnostic principal               |                                      |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |       |
| Complément au<br>diagnostic princ. |                                      |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |       |
| Diagnostics<br>supplémentaires     |                                      |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |       |
| HoNOS                              |                                      |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |       |
| HoNOSCA                            |                                      |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |       |
| Total diagnostics                  |                                      |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |       |

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

|                                    | justes | faux | absents | injustifiés | inutiles |
|------------------------------------|--------|------|---------|-------------|----------|
| Diagnostic principal               |        |      |         |             |          |
| Complément au<br>diagnostic princ. |        |      |         |             |          |
| Diagnostics<br>supplémentaires     |        |      |         |             |          |
| HoNOS                              |        |      |         |             |          |
| HoNOSCA                            |        |      |         |             |          |
| Total diagnostics                  |        |      |         |             |          |

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

|                      | 1 <sup>er</sup><br>caractère<br>faux | 2 <sup>e</sup><br>caractère<br>faux | 3 <sup>e</sup><br>caractère<br>faux | 4 <sup>e</sup><br>caractère<br>faux | 5 <sup>e</sup><br>caractère<br>faux | 6 <sup>e</sup><br>caractère<br>faux | total |
|----------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------|
| Diagnostic principal |                                      |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |       |

|                                 | 1 <sup>er</sup><br>caractère<br>faux | 2 <sup>e</sup><br>caractère<br>faux | 3 <sup>e</sup><br>caractère<br>faux | 4 <sup>e</sup><br>caractère<br>faux | 5 <sup>e</sup><br>caractère<br>faux | 6 <sup>e</sup><br>caractère<br>faux | total |
|---------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------|
| Complément au diagnostic princ. |                                      |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |       |
| Diagnostics supplémentaires     |                                      |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |       |
| HoNOS                           |                                      |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |       |
| HoNOSCA                         |                                      |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |       |
| Total diagnostics               |                                      |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |       |

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

|             | Nombre de codes non spécifiques <sup>5</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 |        |             |

### 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 |        |             |

<sup>5</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!.

## 2.3.9 Attribution du HoNOS

|  | 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 HoNOSCA

|  | 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 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 Changement de PCG

### 2.5.1 Nombre et pourcentage de changements de PCG

|  | 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 de l'HoNOS                    |                                      | % |                                      | % |                                | % |
| Dus à une modification de l'HoNOSCA                  |                                      | % |                                      | % |                                | % |
| 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 Evaluation du DMI de l'hôpital avant et après révision

Indication des valeurs suivantes :

1. DMI de l'hôpital avant révision ;
2. DMI estimé de l'hôpital après révision ;
3. Différence estimée du DMI avant et après révision ;
4. Intervalle de confiance xy% de la différence du DMI de l'hôpital avant et après révision.

### 2.6.2 Ecart-type estimé des différences entre les cost-weights et de la part des différences entre les cost-weights qui ne sont pas égales à zéro

Indication des valeurs suivantes :

1. Ecart-type estimé des différences entre les cost-weights de l'hôpital avant et après révision ;
2. Part estimée des différences entre les cost-weights qui ne sont pas égales à zéro.

## 2.7 Comparaison ensemble de base et échantillon

### 2.7.1 Nombre de diagnostics supplémentaires par patient

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

### 2.7.2 Nombre de groupes de cas PCG

|   |  |
|---|--|
| Nombre de groupes de cas PCG/patient (échantillon)      |  |
| Nombre de groupes de cas PCG/patient (ensemble de base) |  |

### 2.7.3 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 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 sera contraignant dès la révision des données 2019.

### **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 pour le codage d'HoNOS/CA), 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, version 1.0 du XX.XX.2016 (ou plus récente).
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 durée de la révision, il n'a pas exercé la fonction de codeur dans l'hôpital soumis à la révision, n'a pas été lié à ce dernier par un contrat de travail ou un mandat, et n'est pas financièrement dépendant, de quelque manière que ce soit, de l'hôpital soumis à la révision. Tout lien de dépendance éventuel par rapport à un financeur doit être intégralement communiqué dans le rapport de révision.

.....

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>6</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 |
|--|--------------|---------|------|----|----|----|--------------|--------|---------|-------|
|  |              |         |      |    |    |    |              |        |         |       |
|  |              |         |      |    |    |    |              |        |         |       |
|  |              |         |      |    |    |    |              |        |         |       |
|  |              |         |      |    |    |    |              |        |         |       |
| <b>Total rémunérations supplémentaires version 7.0</b> |              |         |      |    |    |    |              |        |         |       |

<sup>6</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 ».